



universität
wien

Diplomarbeit

Titel der Arbeit

Trauma, Migration und Gesundheit.

Die Auswirkungen von posttraumatischem und akkulturativem
Stress auf den Gesundheitszustand bosnischer Flüchtlinge in
Österreich.

Verfasserin

Hannah Korn

Angestrebter akademischer Grad

Magister der Philosophie (Mag. phil.)

Wien, im Juni 2012

Studienkennzahl: 298

Studienrichtung: Psychologie

Betreuerin: Ass.-Prof. Dr. Brigitte Lueger-Schuster

Diplomarbeit zur Erlangung des Magistergrades (Mag. phil.) im Jahr 2012

Trauma, Migration und Gesundheit.

Die Auswirkungen von posttraumatischem und akkulturativen Stress auf den Gesundheitszustand
bosnischer Flüchtlinge in Österreich.

Hannah Korn
Universität Wien

Abstract

The body of research on consequences of posttraumatic stress in refugee populations is growing steadily. However, little scientific attention has been directed towards the impact of acculturative stress, even though postmigration stress has been recognized as an important factor for poor subjective mental health. This is particularly important since a growing number of people are involuntarily displaced and forced to resettle in other countries. Posttraumatic experiences and the ongoing adaptional stress increase the vulnerability to mental health problems. Therefore, this study examines not only the impact of posttraumatic stress, but also the impact of cultural adaption demands to levels of mental health symptoms in a clinical and a nonclinical community group of Bosnian refugees several years after their migration to Austria. Instruments for assessment are the GHQ-28 to assess the occurrence and severity of general health symptoms, the IES-R to measure the posttraumatic reactions, the LAS to examine the degree of cultural adaption and a socio-demographic questionnaire. In line with the hypothesis posttraumatic reactions are a strong predictor for mental health outcomes in both groups. Additionally there are two domains of acculturation, the moral attitude (labeled norms and values) and social integration, which are associated with mental health symptoms. The study contributes to a better understanding of the various difficulties refugees are confronted with after migration and its impact on subjective mental health. Additionally, implications for mental health professionals working with refugees are discussed.

Keywords: posttraumatic stress; acculturation; mental health; Bosnian refugees

„People are strange when you are a stranger“
(The Doors, 1967)

Danksagung

Ich danke meiner Betreuerin Frau Ass.-Prof. Dr. Lueger-Schuster für die Betreuung dieser Arbeit, in der ich meine Ideen verwirklichen konnte.

Außerdem danke ich folgenden Personen, ohne die diese Arbeit nicht in der Form zu verwirklichen gewesen wäre.

Meinen Eltern, Barbara und Reinhard Korn, die immer für mich da waren und immer an mich geglaubt haben, auch wenn ich meinen Glauben an mich zwischenzeitlich verloren hatte. Für ihren emotionalen Zuspruch, wann immer ich diesen gebraucht habe und nicht zu vergessen für die Zeit die sie investiert haben, um meine Arbeit Korrektur zu lesen, sowie für ihre finanzielle Unterstützung. Ihr seid die Besten! Meinem Freund Leon Wendel für seine unerschöpfliche Geduld und seine aufmunternden Worte, auch in Zeiten in denen ich es ihm nicht leicht gemacht habe - und nicht zu vergessen für seine Hilfestellung bei der Formatierung. Marlene Kollmayer, meiner Begleiterin durch das gesamte Studium, für ihre Zeit und ihre Klugheit und die vielen Gespräche und Anregungen. Bei all meinen Freunden die mich unterstützt haben und die mein Leben (in Wien) zu dem machen was es ist. Ich liebe euch alle sehr!

Außerdem Sanela Piralic-Spitzl, Zarfina Helac und Dragana Vidovic, ohne die ich die sprachlichen Barrieren nicht überwunden hätte.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	7
2. Der Krieg in Bosnien und Herzegowina	16
2.1. Hintergründe	16
2.2. Verlauf	18
2.3. Folgen	19
3. Die Auswirkungen von Kriegen auf die psychische Gesundheit	20
3.1. PTSD und deren historische Entwicklung	21
3.2. Psychotrauma und posttraumatischer Stress	25
3.2.1. posttraumatischer kriegsbezogener Stress	27
3.2.2. Die Situation in Bosnien und Herzegowina (BiH)	28
4. Migration und Wohlbefinden	30
4.1. Stadien und Bereiche des Migrationsprozesses	31
4.2. Akkulturation	33
4.2.1. Entwicklung und Konzeptualisierung	33
4.2.2. Herausforderungen des Akkulturationsprozesses	39
4.2.3. Akkulturativer Stress	41
4.2.4. Exkurs: Immigrant paradox	43
4.2.5. Lowland Acculturation Scale	44
5. Hypothesen und Fragestellungen	46
5.1. Posttraumatischer Stress und psychische Gesundheit	46
5.2. Akkulturation und psychische Gesundheit	47
5.3. Bildungsstand und sozioökonomischer Status	49
5.4. Geschlecht und Alter	50
5.5. Länge des Aufenthalts	51
5.6. Stichprobenunterschiede	52
5.7. Resultierende Fragestellungen	53
6. Methode	54
6.1. Fallzahlplanung	54
6.2. Beschreibung der Stichprobe	54
6.3. Beschreibung der Messinstrumente	58
6.3.1. The Impact of Event Scale	58
6.3.2. The General Health Questionnaire	59
6.3.3. The Lowland Acculturation Scale	60
6.3.4. Soziodemografischer Fragebogen	61
6.4. Untersuchungsdesign und Ablauf der Studie	61
6.5. Beschreibung der statistischen Verfahren	61
6.5.1. Verfahren zur Voraussetzungsprüfung	62
6.5.2. Verfahren zur Prüfung der Homogenität der Verteilungen	62
6.5.3. Verfahren zum Aufdecken von Unterschieden zwischen den Stichproben	62
6.5.4. Verfahren zum Aufdecken von Zusammenhängen	63

6.5.5. Verfahren zur Beantwortung der Hauptfragestellung.....	63
6.5.6. Effektstärken.....	64
7. Ergebnisse.....	65
7.1. Posttraumatische Reaktionen.....	66
7.2. Psychische Gesundheit.....	66
7.3. Akkulturation.....	67
7.4. Stichprobenunterschiede in Bezug auf soziodemografische Variablen.....	69
7.4.1. Alter.....	69
7.4.2. Bildung.....	69
7.4.3. Länge des Aufenthalts.....	70
7.4.4. Geschlecht.....	70
7.5. Stichprobenunterschiede zwischen Männern und Frauen.....	70
7.6. Zusammenhänge zwischen dem psychischem Gesundheitszustand und den soziodemografischen Variablen.....	72
7.7. Beantwortung der Hauptfragestellungen.....	74
8. Diskussion.....	83
8.3. Limitations.....	92
8.4. Ausblick und Implikationen.....	94
8.5. Konklusion.....	96
Tabellenverzeichnis.....	98
Anhangsverzeichnis.....	98
Literaturverzeichnis.....	99
Anhang.....	111

Die vorliegende Arbeit wurde dem OWL Purdue Online Writing Lab (OWL, 2010) folgend in APA-Format (American Psychological Association) verfasst. Nur von dem geforderten doppelten Zeilenabstand wurde aus platzökonomischen sowie ökologischen Gründen abgesehen.

1. Einleitung

Migration stellt ein universelles Phänomen dar, welches es schon immer und in allen Ländern gab (Bhugra, 2004, S. 243; Ingleby, 2005) und das bis heute nichts an seiner Aktualität eingebüßt hat.

In kaum einer anderen Zeit allerdings war das Thema weltweit gesehen so akut wie heute. Migration ist als Kennzeichen einer globalisierten Welt (Bär, 2011) nicht nur zu etwas beinahe Alltäglichem geworden. Flexibilität in Bezug auf Wohnortwechsel, auch über die eigenen Landesgrenzen hinaus, wurde zu einer erwünschten und bisweilen geforderten Fähigkeit im Ausbildungs- und Berufsleben. Dazu kommen neu oder wieder aufflammende Kriege und Auseinandersetzungen wie etwa in einigen Ländern Nordafrikas oder im Nahen Osten. Die so entstehenden Flüchtlings- und Migrationsbewegungen überfordern häufig die Kapazitäten und Ressourcen der Staaten, welche diese aufnehmen. Daher ist es heute besonders wichtig sich mit diesem Thema, seiner Hintergründen und Folgen - vor allem auf das Individuum bezogen - auseinander zu setzen, um diesen Menschen akut aber auch längerfristig adäquate Hilfe und Unterstützung bei der Verarbeitung des Geschehenen und bei der Anpassung an eine neue Kultur gewährleisten zu können.

Auf den folgenden Seiten sollen zunächst einige zentrale Begriffe erläutert werden, die mit dem Thema Migration in Zusammenhang stehen. Darauf folgt eine kurze Darstellung der Hintergründe und des Verlaufs des Krieges in Bosnien und Herzegowina. Im Anschluss wird überblicksartig in die theoretischen Hintergründe und Forschungsergebnisse zu den Auswirkungen von Kriegen auf die psychische Gesundheit sowie zu Migration und Wohlbefinden eingeführt. Daraus werden in weiterer Folge die Hypothesen und Fragestellungen der vorliegenden Arbeit abgeleitet. Danach folgt die Beschreibung des methodischen Vorgehens und der statistischen Überprüfung der Fragestellungen. Abschließend werden die Ergebnisse dargestellt und diskutiert, sowie Ausblick und Implikationen für die zukünftige Forschung formuliert.

Für das weitere Verständnis ist es zunächst wichtig den Begriff der Migration, wie er in Folge verwendet wird, zu definieren. Es gibt die unterschiedlichsten Formen der Migration und mannigfaltige Gründe für Individuen sich zu einer Migration zu entschließen. Auf all

diese Arten und Motivationen einzugehen würde den Rahmen der vorliegenden Arbeit sprengen. Deshalb bezieht sich Migration im Kontext dieser Studie auf eine unfreiwillige, erzwungene Migration, eine Flucht aus der Heimat aufgrund von äußeren Umständen, die es den Individuen nicht ermöglichen dort zu bleiben.

Durch die stetig wachsende Zahl der Menschen, die weltweit dazu gezwungen wird ihr Heimatland zu verlassen und sich in fremden Ländern nieder zu lassen (Spasojevic, Heffer & Snyder, 2000), sehen sich die USA ebenso wie Westeuropa, Kanada und Australien mit noch nie dagewesenen Migrationsbewegungen konfrontiert. Diese sind noch um einiges größer als die Migrationswellen des 19ten und 20ten Jahrhunderts und lassen sich in nächster Zeit auch nicht durch Maßnahmen wie eine restriktive Einwanderungspolitik in den Griff bekommen (Portes & Rumbaut, 2006, S. 35; Schwartz, Unger, Zamboanga & Szapocznik, 2010, S. 237).

So ist es nicht verwunderlich, dass angesichts dieses Ausmaßes auch das wissenschaftliche Interesse - gerade im Bereich der Akkulturation - in den letzten Jahre stark zugenommen hat (Schwartz et al., 2010, S. 237). Unter Akkulturation versteht man den Prozess der Veränderung, der entsteht, wenn Menschen aus verschiedenen Kulturen in direkten Kontakt miteinander treten (Miller, 2007, S.118).

Eine genauere Darstellung dieses Konstrukts findet sich in Abschnitt 4.2..

Es wird deutlich, dass (unfreiwillige) Migration keine Randerscheinung darstellt, sondern ein elementarer Bestandteil in der globalisierten Welt ist (UNHCR, 2006). Zu den Menschen die davon betroffen sind und die aufgrund von Kriegen, politischer oder religiöser Verfolgung und Gewalt und damit einhergehenden Bedrohungen gezwungen werden ihre Häuser, Gemeinschaften und ihre Heimat zu verlassen, zählen nicht nur diejenigen, die in anderen Ländern Zuflucht suchen, sondern auch solche, die innerhalb der eigenen Landesgrenzen auf der Flucht sind (*internally displaced persons*, IDP), ebenso wie Staatenlose und Asylbewerber. Auch wenn die Schätzungen der Gesamtzahl dieser Betroffenen stark schwanken, kann anhand der Daten internationaler Agenturen davon ausgegangen werden, dass es sich derzeit weltweit um mehr als 42 Millionen Menschen handelt (vgl. UNHCR, 2006, 2009; Porter & Haslam, 2005; Spasojevic et al., 2000).

Diese Schätzungen werden durch aktuelle Zahlen bestätigt. In einem Bericht des Amtes des Hohen Flüchtlingskommissars der Vereinten Nationen (UNHCR, 2010) heißt es,

„By end 2010, there were 43.7 million forcibly displaced people worldwide, the highest number in 15 years. Of these, 15.4 million were refugees [...]. The overall figure also includes 837,500 asylum-seekers and 27.5 million internally displaced persons (IDPs)“ (S. 3).

So universell das Phänomen ist, so unterschiedlich und heterogen sind die individuellen Beweggründe, welche Individuen dazu veranlassen ihre Heimat zu verlassen (Bär, 2011; Bhugra, 2004). Neben wirtschaftlichen Gründen sind Kriege, Bürgerkriege und Unruhen im jeweiligen Heimatland eine der Hauptursachen für eine Migration.

Doch was auch immer die Gründe für die Migration waren, alle MigrantInnen müssen sich in der neuen Welt in die sie kommen, zu Recht finden und geeignete Strategien entwickeln (Springer, 2011). Dies stellt eine große Herausforderung an die Individuen dar, und nicht alle sind dieser in gleicher Weise gewachsen.

Eine erfolgreiche Anpassung ist abhängig von Kontextbedingungen, der Ähnlichkeit bzw. Verschiedenheit zwischen der alten und der neuen Kultur, von sozialer Unterstützung und eigenen Ressourcen, um nur einige Faktoren zu nennen. Die traumatischen Erfahrungen, verbunden mit dem - durch Kulturschock, Adaption und Integration in die neue Gesellschaft - weiter andauerndem Stress, machen Flüchtlinge und MigrantInnen besonders anfällig für psychische Probleme (Angel, Hjern & Ingleby, 2001; Spasojevic et al. 2000). Auch Muthny und Bermejo (2008) beschreiben Flüchtlinge in ihrem Werk als eine hochvulnerable PatientInnengruppe, die extremen Belastungen, wie Krieg und organisierter Gewalt im Heimatland sowie Flucht und schließlich Leben im Exil ausgesetzt waren und sind.

So ist es auch nicht verwunderlich, dass eine Vielzahl von schweren und langwierigen psychischen Folgen in dieser Gruppe berichtet wird (Lopes Cardozo, Vergara, Agani & Gotway, 2000; Miller Worthington, Muzurovic, Tipping & Goldman, 2002; Porter & Haslam, 2001 & 2005).

Bedarfsgerechte Interventionen, die sich an den speziellen Bedürfnissen dieser Menschen orientieren, werden immer notwendiger (Muthny & Bermejo, 2008; Spasojevic et al. 2000) und stellen eine große Herausforderung für die öffentliche Gesundheitsversorgung dar. Dies betrifft sowohl die Länder, in denen die Gewalt stattfand, als auch die Länder, die Flüchtlinge aufgenommen haben und weiterhin aufnehmen (Traue, Jerg-Bretzke & Lindert, 2010).

Der Begriff Flüchtling wird der Definition im Artikel 1 des Genfer Abkommens über die Rechtsstellung der Flüchtlinge vom 28. Juli 1951 folgend, verwendet. Als Flüchtling wird eine Personen bezeichnet, die sich

„aus der begründeten Furcht vor Verfolgung wegen ihrer Rasse, Religion, Nationalität, Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe oder wegen ihrer politischen Überzeugung außerhalb des Landes befindet, dessen Staatsangehörigkeit sie besitzt, und den Schutz dieses Landes sie nicht in Anspruch nehmen kann oder wegen dieser Befürchtung nicht in Anspruch nehmen will; oder die sich als Staatenlose infolge solcher Ereignisse außerhalb des Landes befindet, in welchem sie ihren gewöhnlichen Aufenthalt hatte und nicht zurückkehren kann bzw. will.“

(zit.n. UNHCR, 2003a, S. 11)

Die Migration bei Flüchtlingen ist also eine erzwungene Migration. Wenn in der vorliegenden Arbeit von MigrantInnen gesprochen wird, sind diese auch immer gleichzusetzen mit Flüchtlingen, denn sie haben ihre Heimat nicht freiwillig verlassen, sondern wurden - durch äußere Umstände - dazu gezwungen.

Wie in anderen Arbeiten auch (Hondius, van Willigen, Kleijr & van der Ploeg, 2000; Porter & Haslam, 2005; Schwartz et al., 2010), wird in weiterer Folge nicht explizit zwischen (unfreiwilligen) MigrantInnen, AsylbewerberInnen und Flüchtlingen unterschieden, denn diese Unterscheidung ist für das behandelte Thema und die herangezogene Stichprobe nicht primär von Bedeutung. Auch wenn sich diese Gruppen hinsichtlich verschiedener Merkmale sicher voneinander unterscheiden (Hondius et al., 2000; Schwartz et al., 2010), wird auf Grund der Vereinfachung darauf verzichtet. Die Begriffe MigrantInnen und Flüchtlinge werden in der vorliegenden Arbeit synonym verwendet.

Die bisherige Forschung im Bereich der psychischen Gesundheit von Flüchtlingen beschränkt sich vorwiegend auf Entstehungsfaktoren, die sich vor der Flucht beziehungsweise vor der Migration ereignet haben.

Steel, Silove, Bird, McGorry und Mohan (1999) berichten, dass die Beziehung zwischen einem vor der Migration erlebten Trauma und posttraumatischen Stress (PTS)-Symptomen in einer Vielzahl von Studien mit unterschiedlichsten MigrantInnengruppen untersucht und belegt wurde (vgl. Marshall, Schell, Elliott, Berthold, & Chun, 2005; Turner, Bowie, Dunn,

Shapo, & Yule, 2003) und dass diese Beziehung über Kulturen hinweg sehr robust ist. Bei diesem Ansatz steht die ätiologische Rolle des vor der Migration erlebten Traumas für die Entwicklung einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) im Vordergrund. Auch Mollica, Sarajlić, Chernoff, Lavelle, Sarajlić Vuković & Massagli (2001) berichten von einem starken Zusammenhang von PTBS und dem Erleben von massiver Gewalt in einer Stichprobe bosnischer Flüchtlinge.

Die zumeist kriegsbezogenen, traumatischen Erfahrungen können dazu führen, dass sich in Folge eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) und/oder eine schwere Depression entwickelt (Miller, Weine, Ramic, Brkic, Bjedic, Smajkic, et al., 2002). Abhängig ist dies vor allem von der Schwere des erlittenen Traumas (Brewin, Andrews & Valentine, 2000; Friedman, Keane & Resick, 2007). Es lässt sich also eine Dosis-Wirkungsbeziehung beobachten: je schwerer oder häufiger die Traumata sind, desto stärker sind auch die posttraumatischen Reaktionen (Dahl, Mutapicic & Schei, 1998; Marshall et al., 2005; Mooren, 2010).

In diesem Zusammenhang ist es wichtig zu erwähnen, dass bei weitem nicht alle Menschen, die einem Trauma ausgesetzt waren, eine voll ausgebildete klinische Störung entwickeln (Markovic, Manderson, & Kelaher, 2002). Fazel, Wheeler und Danesh (2005) berichten in ihrem Übersichtsartikel über psychische Störungen bei Flüchtlingen von einer 8-10% igen Prävalenz von PTBS und einer 5% igen für Depression, sowie von einer hohen Komorbidität dieser Störungsbilder. Turner et al. (2003) hingegen berichten von Raten bis zu 39% für PTBS in einer Stichprobe von Flüchtlingen aus dem Kosovo.

Daher wird von einigen Autoren vorgeschlagen den Begriff des *potentiell traumatischen Ereignis* zu verwenden (Bonanno, 2004; Bonanno & Mancini, 2012) um eben zu betonen, dass ein Trauma als Folge entstehen kann, nicht aber zwingend entstehen muss.

Eindeutig ist, dass in den meisten Fällen zumindest posttraumatischer Stress entsteht, welcher sich negativ auf den psychischen und allgemeinen Gesundheitszustand auswirkt.

Es ist unumstritten, dass das Erleben von politisch motivierter Gewalt und Zerstörung durch bewaffnete Konflikte den psychischen Gesundheitszustand von Menschen gefährdet (Marshall et al. 2005; Miller, et al., 2002b). Doch rückt in letzter Zeit zunehmend das Bewusstsein in den Vordergrund, dass auch die Erfahrungen während und nach der Migration einen Einfluss auf den psychischen Gesundheitszustand haben (Turner et al., 2003) und die Varianz der bei Flüchtlingen oft beobachteten Verhaltensmuster mit Hilfe dieser Stressoren

erklärt werden kann (Miller et al., 2002a, 2002b; Mooren, Knipscheer, Kamperman, Kleber & Kompoe, 2001; Silove, Sinnerbrink, Field, Manicavasager & Steel, 1997; Steel et al., 1999).

Die bisherige Forschung verstand die Psychopathologie bei MigrantInnen zumeist als posttraumatische Reaktion auf Stressoren wie Gewalt und Krieg (Angel et al., 2001).

Dieser Sichtweise wird, wie erwähnt, in den letzten Jahren verstärkt vorgeworfen, dass sie wichtige Dimensionen der Flüchtlingserfahrung nicht erfasst. Flüchtlinge erleben nicht ein einzelnes klar abgrenzbares Trauma, sondern sich akkumulierende Stressoren, welche sich über die verschiedenen Perioden der Flucht bis hin zu den Herausforderungen im Gastland erstrecken (Bhugra, 2004; Mooren, 2010). Wichtig ist also neben dem historischen Fokus auf die Stressoren des Krieges die andauernden Kontextfaktoren, denen die MigrantInnen nach der Flucht ausgesetzt sind, im Auge zu behalten (Miller et al., 2002b; Porter & Haslam, 2005). MigrantInnen haben im neuen Land nicht nur das erlittene Trauma zu bewältigen, sondern sehen sich auch häufig mit einer völlig anderen Lebensweise, einer anderen Sprache und anderen Sitten konfrontiert (Spasojevic et al. 2000). Bhugra (2004) hält die psychologischen Auswirkungen des Flüchtlingsdaseins auf den psychischen Gesundheitszustand für beträchtlich und nicht zu unterschätzen. Silove et al. (1997) beschreiben in ihrem Artikel, dass Adaptionsschwierigkeiten nach der Migration und der Verlust von sozialer wie kultureller Unterstützung einen merklichen Teil zu der Varianz der PTS-Symptome der von ihnen untersuchten Asylbewerber in Australien beitragen.

Zu einem ähnlichen Ergebnis kamen auch Steel et al. (1999) in ihrer empirischen Arbeit. 14 Prozent der Varianz der bei den von ihnen untersuchten Flüchtlingen gefundenen PTS-Symptome wurde durch Stressoren erklärt, welche sich nach der Migration ereignen. Daraus folgern sie, dass ein Trauma zwar ein erforderliches Kriterium für das Entstehen einer PTBS ist, dass aber eine Vielzahl anderer Faktoren das Ausmaß und die Stärke der Symptome beeinflussen. Stress, der nach der Migration auftritt, hat ihrer Meinung nach einen eigenständigen Effekt auf das Auftreten von PTS-Symptomen. Stress verursachende Faktoren können Adaptionsschwierigkeiten nach der Migration sein, ebenso das Wegfallen von sozialer und kultureller Unterstützung, Marginalisation und ein sich verschlechternder sozioökonomischer Status (Steel et al., 1999). Diese haben laut Brewin et al. (2000) oftmals einen stärkeren Einfluss auf den Gesundheitszustand als Faktoren die schon vor dem Trauma wirksam waren (Bhugra, 2004; Brewin et al., 2000; Knipscheer & Kleber, 2006; Porter & Haslam, 2005). Auch Miller et al. (2002a) fanden einen signifikanten Zusammenhang nicht

nur zwischen kriegsbedingter Gewalt und PTBS, sondern auch zwischen sozialer Isolation und PTBS-Symptomen in ihrem Sample bosnischer Flüchtlinge, ebenso wie Van Velsen, Gorst-Unsworth und Turner (1996) bei Folterüberlebenden.

Posttraumatischer Stress und akkulturationsbedingter Stress werden immer mehr als zwei eigenständige Faktoren bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von Stresssymptomen bei Flüchtlingen und MigrantInnen gesehen (Knipscheer & Kleber, 2006; Mooren et al., 2001), da dies entscheidende Elemente des Flüchtlingsdaseins sind, welche kumulativ und in komplexen Beziehungen auf den psychischen Gesundheitszustand einwirken (Markovic, et al., 2002; Porter & Haslam, 2005; Spasojevic et al., 2000; Turner et al., 2003).

Fragt man Flüchtlinge selber, scheint die Situation nach der Migration einen hohen Stellenwert bei der Erklärung von Krankheiten und eingeschränkter Gesundheit zu haben. Hondius, et al. (2000) sowie Markovic et al. (2002) stellten fest, dass gerade psychologische Probleme sehr häufig von den Flüchtlingen selbst darauf zurück geführt werden, dass sie große Sorgen in Bezug auf die derzeitige Lebenssituation im Gastland haben. Die Autoren formulieren hier sehr deutlich, dass die einseitige Konzentration auf körperliche Gesundheitsprobleme und vergangene Gewalterfahrungen nicht ausreicht und ein erweiterter Blickwinkel notwendig wird, wenn es darum geht, die besonderen Bedürfnisse von Flüchtlingen und MigrantInnen zu verstehen (Hondius et al., 2000).

Auch in einer neu erschienenen Studie von Carswell, Blackburn und Barker (2011) schätzt ein sehr hoher Prozentsatz der befragten Flüchtlinge und AsylbewerberInnen die Probleme, denen sie nach der Migration gegenüber stehen als „*serious*“ oder „*very serious*“ ein (S.115). Allerdings ist hier nur eine klinische Stichprobe untersucht worden und es ist davon auszugehen, dass diese Gruppe mehr schwerwiegende Migrationserfahrungen gemacht hat als nicht klinische Stichproben. Andere epidemiologischen Studien berichten allerdings von nicht ganz so hohen Werten (vgl. Marshall et al. 2005 & Mollica, McInnes, Sarajlic, Lavallo, Sarajlic, & Massagli, 1999).

Generell ist davon auszugehen, dass Stress nach einer Migration mit einem verschlechterten psychischen Gesundheitszustand einher geht (Carswell et al., 2011; Steel et al., 1999).

Um Flüchtlingen und MigrantInnen eine adäquate psychische und physische Versorgung gewährleisten zu können, ist eine wissenschaftliche Auseinandersetzung mit diesen Themen unumgänglich. Hierbei ist es besonders wichtig Prädiktoren zu finden, die gutes Coping, also eine möglichst erfolgreiche Bewältigung, vorhersagen und erleichtern, um den Professionellen, die dann letztlich Hilfe leisten, ein geeignetes Rüstzeug an die Hand zu

geben. Im Moment ist das Gesundheitssystem noch mangelhaft an die Bedürfnisse dieser Bevölkerungsgruppen angepasst und die Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund kann durchaus noch optimiert werden (vgl. Bär, 2011; Muthny & Bermejo, 2008; Weine; Kuc, Dzudza, Razzano & Pavkovic, 2001).

Empirische Daten in Bezug auf die psychologischen Dimensionen des Exils sind kaum vorhanden (Miller et al., 2002b), ebenso weiß man kaum etwas über die Beziehungen zwischen einzelnen Variablen des Exilaufenthaltes bzw. Flüchtlingsdaseins und dem psychischen wie physischen Gesundheitszustand der Betroffenen (Miller et al., 2002a). So ist es auch nicht verwunderlich, dass es kaum speziell geschulte Fachkräfte in den Gesundheits- und sozialmedizinischen Diensten und Beratungsstellen gibt und Flüchtlinge daher selten oder erst nach langer Zeit adäquate Hilfestellungen erhalten. So stellten Weine et al. (2001) fest, dass nicht einmal die Hälfte der Fachkräfte in den medizinischen und psychischen Gesundheitsdiensten die Flüchtlinge, die zu ihnen kommen, systematisch auf eine PTBS hin untersuchen, selbst kaum Wissen über die posttraumatische Belastungsstörung haben, darin auch nicht oder nur selten geschult werden und deshalb die Betroffenen und deren Familien nicht kompetent versorgen können. Das wiederum erschwert ein erfolgreiches Einleben und Integrieren im neuen Land und hält viele Menschen davon ab, produktive, vollwertige und gesunde Mitglieder in der für sie neuen Gesellschaft zu werden (Spasojevic et al., 2000).

Knipscheer und Kleber (2006) beschreiben in ihrem Artikel posttraumatischen Stress und akkulturativen Stress als zwei prägnante eigenständige Faktoren, welche bei der Flüchtlingsarbeit gesonderte Beachtung finden müssen. Auch Mooren (2010, S. 274) betont, dass sowohl Gewalt wie auch Migration und die anschließende Akkulturation unabhängig von einander zwei äußerst stressreiche Erfahrungen für Flüchtlinge sind.

Zwar scheint dies in den letzten Jahren auch verstärkt beachtet zu werden, dennoch ist laut den erst genannten Autoren die Wirkweise zwischen diesen beiden Stressoren noch recht wenig erforscht. Sie gehen davon aus, dass das Bemühen sich in einer neuen Kultur zurecht zu finden eine eben so große Herausforderung an die psychische Gesundheit darstellt, wie die zuvor erlebten Erfahrungen von Gewalt und Krieg im Heimatland (Carswell et al., 2011; Knipscheer & Kleber, 2006; Lopez Cardozo, et al., 2000; Mollica, et al., 1999; Turner et al., 2003).

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, in Anlehnung an den schon genannten Artikel von Knipscheer und Kleber (2006) die vorhandene Forschungslücke in Bezug auf die Beziehung zwischen posttraumatischem und akkulturativem Stress sowie deren Auswirkung auf den Gesundheitszustand zu schließen.

Die Studie stellt also eine Adaption der Studie von Knipscheer und Kleber (2006) für Österreich dar, welche darüber hinaus in Erfahrung bringen möchte, ob die von den Autoren gefundenen Zusammenhänge spezifisch für die Niederlande gelten oder auch in Österreich wirksam sind und damit eine erhöhte Generalisierbarkeit über kulturelle Kontexte hinweg aufweisen.

Um dies zu erreichen nähert sich die vorliegende Arbeit dem Themenkomplex, indem die Konstrukte PTBS und Akkulturation sowie deren Auswirkung auf den Gesundheitszustand anhand einer bestimmten Gruppe von Flüchtlingen untersucht werden. Im Zentrum stehen bosnische Flüchtlinge, die aufgrund des in ihrer Heimat herrschenden Krieges nach Österreich gekommen sind und nun hier leben.

Der Krieg in Bosnien und Herzegowina (1992 - 1995) und die andauernde Gewalt gegen Teile der Bevölkerung zwang viele Bosnier zur Flucht aus ihrer Heimat (Dahl et al., 1998; Miller et al. 2002a; Plante, Simicic, Andersen & Manuel, 2002). Viele von ihnen ließen sich in anderen Teilen Bosniens nieder, andere verließen das Land um Zuflucht in anderen Ländern des ehemaligen Jugoslawiens zu suchen (Plante et al., 2002), doch kam auch eine nicht geringe Zahl in weiterer Folge nach Österreich.

Im folgenden Abschnitt wird versucht eine ungefähre Vorstellung zu vermitteln, was dieser Krieg für die Betroffenen bedeutete, wie er verlief und welche Folgen er für die Menschen in der Region hatte und immer noch hat. Es wird sich um eine sehr verkürzte und vereinfachte Zusammenfassung der Ereignisse handeln, denn eine detailliertere Auseinandersetzung mit diesem Thema ist im Rahmen der vorliegenden Arbeit nicht möglich.

2. Der Krieg in Bosnien und Herzegowina

Das UNHCR (2010) geht Ende 2010 von über 43,7 Millionen Flüchtlingen weltweit aus. Diese Zahl beinhaltet auch 27,5 Millionen Menschen, die innerhalb der eigenen Landesgrenzen auf der Flucht sind, da sie vertrieben wurden oder ihre Heimatorte aufgrund von vor allem politischer Gewalt verlassen haben.

Außerdem beinhaltet diese Hochrechnung auch über eine Million bosnischer Flüchtlinge, welche durch die andauernde Gewalt gegen Teile der Bevölkerung, vor allem gegen die dort lebenden Muslime, aus ihrer Heimat vertrieben wurden und gezwungen waren sich in anderen Teilen des Landes niederzulassen oder in andere Länder zu fliehen (Dahl et al., 1998; Hund & Gakenyi, 2005; Miller et al. 2002a; Plante et al., 2002).

Die Armeen der Nachbarstaaten Serbien und Kroatien hatten sich mit den bosnisch-serbischen und den bosnisch-kroatischen Nationalistengruppen in Bosnien zusammengeschlossen, um gemeinsam gegen die Muslime im Land, die so genannten Bosniaken (Amnesty International, 2010), vorzugehen (Magas & Zanic, 2001; Miller et al. 2002a).

2.1. Hintergründe

Wichtig ist, den Krieg in Bosnien und Herzegowina in seinem historischen Kontext zu verstehen. Dazu ist es erforderlich den Blick nicht auf den Balkan zu beschränken, sondern zumindest Osteuropa, wenn nicht Europa als Ganzes mit einzubeziehen. Denn der Krieg entstand nicht auf Grund Jahrhunderte alten Hasses zwischen verschiedenen Bevölkerungsgruppen mit unterschiedlichen Glaubensrichtungen, wie manche Autoren vereinfachend behaupten, sondern als Konsequenz europäischer Geschichte und Entwicklung. Darin haben ganz Osteuropa und der Balkan schon immer eine eher traurige Rolle gespielt und sie wurde von wechselnden Großmächten (Osmanisches Reich, Habsburgern, Sowjetunion) beherrscht und nach Gutdünken geteilt. Der Krieg in Jugoslawien war Ausdruck der generellen Kriese, in welcher sich das kommunistische Osteuropa in den

1980er und 1990er Jahren befand. Der ökonomische, politische und wirtschaftliche Zusammenbruch der kommunistischen Systeme, verbunden mit stärker werdenden nationalistischen Tendenzen und Bestrebungen Nationalstaaten zu gründen, war der Nährboden für die entstandene bosnische¹ Krise (UNHCR, 2003b).

Nach offiziellen Angaben begann der Krieg in Bosnien und Herzegowina im April des Jahres 1992. Die gesellschaftliche Krise hatte zu dem Zeitpunkt allerdings schon lange begonnen, denn der in Kroatien seit fast einem Jahr herrschende Krieg beeinträchtigte die angrenzenden bosnisch-herzegowinischen Regionen schon stark. Die Wirtschaft, die auf Handelsbeziehungen zwischen den einzelnen jugoslawischen Republiken angewiesen war, wurde stark in Mitleidenschaft gezogen und die Inflation wuchs stetig. Aufgrund dessen verließen viele Menschen schon vor dem offiziellen Kriegsbeginn ihre Heimat und flüchteten ins Ausland (Will, 2009).

Dennoch war der darauf folgende tatsächliche Kriegsausbruch plötzlich und zwang hunderttausende Bosnier innerhalb von kürzester Zeit ihre Heimat zu verlassen (Angel et al., 2001).

Opačić, Knežević, Jović und Radović (2010) verglichen UNHCR-Daten mit Zahlen der letzten, vor dem Krieg durchgeführten Volkszählung und kamen zu dem Ergebnis, dass 51% der bosnischen Bevölkerung aus ihrer Heimat vertrieben wurden (Opačić, et al., 2010; UNHCR, 2000; UNHCR, 2002).

Die meisten dieser Menschen fanden Zuflucht innerhalb des Landes oder in angrenzenden Staaten des ehemaligen Jugoslawiens, dennoch waren es noch immer mehrere Hunderttausende die in andere europäische Länder flohen (Angel et al., 2001; Dahl et al., 1998). Die überwiegende Mehrheit dieser Flüchtlingsströme bildeten Muslime aus den nördlichen und nordöstlichen Regionen des Landes (Angel et al., 2001).

¹ Wenn von „Bosnien“ oder „bosnisch“ die Rede ist, ist immer Bosnien und Herzegowina bzw. bosnisch und herzegowinisch gemeint, die verkürzte Schreibweise wird aufgrund der besseren Lesbarkeit verwendet.

2.2. Verlauf

Während des Krieges kam es zu unglaublichen Gräueltaten und Gewalt gegenüber der zivilen Bevölkerung. Aus Berichten der Vereinten Nationen geht schon 1993 hervor, dass es zu Massenmorden, Folter, Erschießungen und zahlreichen Deportationen kam und dass auch Frauen und Kinder zu den Opfern zählten (United Nations, 1993). Auch wurden zu der Zeit ein weiteres Mal Konzentrationslager in Europa errichtet. Schulen, Sporthallen, Bahnhöfe, aber auch Krankenhäuser und Restaurants wurden vielerorts als Gefängnisse und Lager benutzt. Manche dieser Lager waren vorübergehend und wurden nur eine bestimmte Zeit lang genutzt, so lange nämlich bis die „ethnische Säuberung“ - anders kann man das nicht nennen, was sich dort abspielte - in einer bestimmten Region abgeschlossen war. Aber es wurden auch dauerhafte Konzentrationslager, vornehmlich in näherer Umgebung zu größeren Orten, errichtet (United Nations, 1993).

Hunderttausende Menschen, vor allem muslimischen Glaubens, wurden getötet und vertrieben, und das in einer Region, die vorher von einer toleranten, pluralistischen und multiethnischen Gesellschaft geprägt war (Miller et. al., 2002a; Mooren, DeJong, Kleber, & Ruvic, 2003; Opačić et al., 2010).

Im Verlauf des Krieges kam es zu zahlreichen Belagerungen. Das populärste Beispiel ist Sarajevo, doch auch zahlreiche andere Städte - zum Beispiel Gorazde und Gradacac - wurden über Monate belagert und deren Bevölkerung, die durch Flüchtlinge noch gewachsen war, war in dieser Zeit unter konstantem Beschuss. Dadurch kam es auch zu massiven Engpässen in der Nahrungsmittelversorgung. Es fehlte an Strom, Gas, Wasser, aber auch an medizinischer Versorgung und Medikamenten (Angel et al., 2001). Nach Meinung der UN können diese Städte auch als eine Art Konzentrationslager gewertet werden, die Einwohner standen unter ständigem Beschuss durch die Angreifer und viele wurden auf diese Weise getötet oder schwer verwundet. Unter den Verletzten und Toten war auch eine große Zahl an Kindern (United Nations, 1993).

„The major characteristic of these crimes against the non-Serbian population in Bosnia and Herzegovina is the absence of all civil and human standards in the marked brutality and monstrosity of the lowest kind, involving, as well, multiple crimes against individuals and groups of people. Thus, there are numerous examples which prove that people have been both illegally arrested, taken away, tortured and killed, that the population has been forcefully displaced and their property robbed and/or

destroyed, all this coupled with the destruction of their cultural and historical heritage“ (United Nations, 1993, para. 2)

Laut Europäischem Gerichtshof für Menschenrechte wurden mehr als 1000 000 Menschen, viele von ihnen Zivilisten (Spasojevic et al., 2000), in diesem Krieg getötet und weitere 30000 Menschen verschwanden. Von diesen wird noch immer ein Drittel vermisst (European Court of Human Rights, 2011).

Offiziell endete der Krieg in Bosnien-Herzegowina am 14.12.1995 mit dem an diesem Tag in Kraft getretenen Friedensvertrag von Dayton (Mollica et al., 1999; Plante et al. 2002; European Court of human Rights, 2011; Will, 2009).

2.3. Folgen

Der Krieg in Bosnien und Herzegowina, der mit dem Zerfall Jugoslawiens einherging, führte zu einem massiven Flüchtlingsstrom in Europa (Plante et al. 2002). Vor dem Krieg lag die Bevölkerungszahl in Bosnien und Herzegowina ungefähr bei 4,4 Millionen. Der Krieg zwang fast 2 Millionen Menschen, dauerhaft zu fliehen und sich in anderen Teilen des Landes oder anderen Ländern niederzulassen (Hunt & Gakenyi, 2005; Mollica et al., 1999; Mollica et al, 2001; Plante et al., 2002). Zunächst fanden die meisten Flüchtlinge Zuflucht in angrenzenden Ländern Ex-Jugoslawiens, wie Kroatien und Serbien. Im weiteren Verlauf bekamen sie dann begrenzte Aufenthaltsgenehmigungen in anderen europäischen Ländern und den USA. Die meisten wurden zumindest auf Zeit von Deutschland aufgenommen, doch eine nicht unwesentliche Anzahl gelangte auch nach Österreich (UNHCR, 2000). Kucera und Lueger-Schuster (2000) präsentierten in einem Beitrag für ein im Jahre 2000 in Sarajevo abgehaltenes Symposium Daten des Österreichischen Innenministeriums. Laut diesen wurden zwischen 1992 und 1995 mehr als 1000 000 Flüchtlinge aus Bosnien und Herzegowina in Österreich aufgenommen, von denen sich ungefähr 65 000 inzwischen erfolgreich in die österreichische Gesellschaft integriert haben.

Das nächste Kapitel widmet sich, nach einer kurzen Darstellung von Forschungsergebnissen über die Auswirkungen von Kriegen auf die psychische Gesundheit, dem in diesem Zusammenhang überaus wichtigen Konstrukt der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS), einer psychischen Störung die oft in traumatisierten Populationen und bei traumatisierten Personen gefunden wird, sowie posttraumatischem kriegsbezogenem Stress. Außerdem werden Forschungsergebnisse, welche sich explizit auf Flüchtlinge aus dem Ex-Jugoslawien beziehen vorgestellt.

3. Die Auswirkungen von Kriegen auf die psychische Gesundheit

Kriege sind immer mit schweren Belastungen für das einzelne Individuum und für ganze Gruppen einhergehend. Die generellen Lebensumstände sind schlecht und es besteht eine reale Gefahr für das eigene Leben und die eigene Unversehrtheit, wie auch für nahestehende Personen. Solche Erfahrungen lösen bei Individuen Überforderung sowie extreme Gefühle und Emotionen aus und führen zu massivem Kontrollverlust, denn solche Erfahrungen lassen sich nicht mit bisherigen Vorstellungen, Überzeugungen und Schemata über die Welt vereinbaren (Creamer, 1995; Creamer, Burgess & Pattison, 1992; Knipscheer & Kleber, 2006).

Studien, die sich mit den Auswirkungen von Krieg auf den psychischen Gesundheitszustand beschäftigten, zeigen deutlich, wie nachhaltig solche Kriegserfahrungen Individuen beeinträchtigen können. (vgl. Markovic et al., 2002; Mollica et al., 1999; Mooren et al., 2001; Mooren, et al., 2003). Berichtet werden häufig Reaktionen wie Alpträume und immer wiederkehrende Träumen, die den Menschen keine Ruhe lassen, Konzentrationsschwierigkeiten, Flashbacks, das Gefühl der Hilflosigkeit, aber auch Schuldgefühle, Vermeidung, Intrusionen, Übererregtheit sowie emotionale Abgestumpftheit (Knipscheer & Kleber, 2006; Markovic et al. 2002; Mooren et al. 2003; Weine et al. 2001). All diese Reaktionen zusammen genommen sind Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung. Sie gelten jedoch zunächst als normale Reaktionen auf abnormale Geschehnisse und werden erst dann zu einem Teil einer Störung, wenn sie länger als drei Monate andauern (Creamer, 1995; Markovic et al., 2002). Die posttraumatische

Belastungsstörung ist die am weitesten verbreitete und häufigste Folge von traumatischen Ereignissen, besonders bei solchen, die als von Menschen verursacht klassifiziert werden (DeJong, Komproe, van Ommeren, ElMasri, Araya, Khaled, et al., 2001, Steel, Chey, Silove, Marnane, Bryant & van Ommeren, 2009).

Allerdings ist es wichtig zu betonen, dass nicht alle Menschen, die solchen schweren Traumatisierungen ausgesetzt waren als Folge eine PTBS entwickeln (Markovic et al., 2002). Darüber hinaus finden sich zusätzlich oder als alleinige Folge auch andere psychische Störungsbilder, wie Depression, aber auch Angststörungen und somatoforme Schmerzstörungen (Muthny & Bermejo, 2008).

Auf diese Störungsbilder einzugehen ist im Rahmen dieser Arbeit nicht möglich und so widmet sich der folgende Abschnitt nur der posttraumatischen Belastungsstörung genauer.

3.1. PTSD und deren historische Entwicklung

Das was wir heute unter dem Begriff posttraumatische Belastungsstörung verstehen ist keineswegs ein neues Phänomen. Seit Anbeginn der Menschheit dürften Menschen auf Naturkatastrophen, Hungersnöte, feindliche Angriffe, aber auch auf den Kampf um Ressourcen und das Überleben mit solchen so genannten Traumafolgestörungen reagiert haben (Seidler, 2009).

Die heutige Definition einer posttraumatischen Belastungsstörung, so wie sie nun in Klassifikations- und Diagnosehandbüchern wie der ICD-10 und dem DSM-IV zu finden ist, ist das Ergebnis einer mehr als hundertjährigen Entwicklung. Dem zu Folge ist das Krankheitskonzept nur in seiner historischen Eingebundenheit zu verstehen (Will, 2009, S.26).

Mitte des 19. Jahrhunderts verwendeten englische Chirurgen den Begriff „*railway spine*“ zur Beschreibung einer Krankheitssymptomatik die bei Menschen auftrat, die unter den Folgen eines Eisenbahnunglückes litten. Dies gilt als erste vorläufige Beschreibung der heutigen Diagnose posttraumatische Belastungsstörung (Lamprecht, 2000; Seidler, 2009; Will, 2009).

In Deutschland widmete sich in Folge der Neurologe Oppenheim der Konzeptualisierung der frühen Psychotraumatologie. Er überwand die enge Fokussierung auf Eisenbahnunglücke und deren Überlebende und widmete sich den Folgen von Arbeitsunfällen generell. Er kam zu dem Schluss, dass posttraumatische Symptome zu einer eigenen Krankheitskategorie zusammengefasst werden sollten und schlug die Bezeichnung „traumatische Neurose“ für diese Symptomatologie vor (Lamprecht, 2000; Maercker, 2009).

Kurze Zeit später, gegen Ende des 19. Jahrhunderts, tauchten mit der sich entwickelnden Psychoanalyse weitere Beschreibungen und Erklärungsversuche der Traumafolgeschäden auf. Freud widmete sich diesem Thema unter anderem in seiner Schrift „Zur Ätiologie der Hysterie“. Er führte die Hysterie in seiner Neurosenlehre auf frühkindliche Traumata zurück. Doch auch ihm gelang die schlüssige Erfassung und gänzliche Integration seelischer Folgen von Traumata in sein Werk nicht (Freud, 1896; Lamprecht, 2000; Seidler, 2009; Will, 2009).

Nachdem Traumafolgeschäden schon nach Unfällen und als Folge von Kindesmissbrauch beobachtet und beschrieben worden waren, bot der 1914 ausgebrochene Erste Weltkrieg eine weitere Gelegenheit zur Beobachtung dieses Phänomens.

Zwar stellte dieser Krieg mit seiner bis dahin kaum vorstellbaren Zerstörungskraft, den neuen Waffen und der neuen Kriegstechnik (Friedmann, 2004) eine so noch nie dagewesene kriegerische Auseinandersetzung dar (Will, 2009), so dass es schon in den ersten Monaten zu einem massiven Auftreten von *„unklaren Nervenzusammenbrüchen und körperlichen Symptomen“* (Friedmann, 2004, S. 7) kam, doch galt das Interesse der behandelnden Personen, welche hauptsächlich Militärärzte waren, in erster Linie der schnellen Wiederherstellung der Kriegstauglichkeit der Soldaten (Will, 2009).

Auf der einen Seite gab es zu dieser Zeit also durchaus schon das Wissen über psychische Auswirkungen von Gewalt, doch wurde diese Wirkung durch eine schon vorher dagewesene Schwäche des Individuums erklärt und oft als Simulation oder Willensschwäche interpretiert (Bonanno & Mancini, 2012; Maercker, 2009; Seidler, 2009). Die gängige Auffassung deutscher und österreichischer Psychiater war, dass „echte Männer“ einen solchen Krieg seelisch unbeschadet zu überstehen hätten und nur „minderwertiges Menschenmaterial“ mit schlechter Disposition mit Symptomen dieser Art reagieren würde, und zwar aus dem einfachen Grund, sich vor weiteren Kampfhandlungen drücken zu wollen (Friedmann, 2004, S. 7). Dementsprechend sahen auch die Behandlungen aus, die der Logik folgten, dass sie schlimmer sein sollten als der Dienst an der Front, sodass die Soldaten schnellstmöglich

dorthin zurückkehrten (Seidler, 2009). Im Gegensatz dazu stand das Verhalten der britischen und amerikanischen Behörden, die schon im I. Weltkrieg ihren heimkehrenden Soldaten Renten für offensichtliche psychische Kriegsfolgen zugestanden (Friedmann, 2004).

Aus der Zeit zwischen den beiden Weltkriegen stammen die ersten systematischen Beschreibungen und Forschungen. Da es sich bei den ehemaligen Soldaten um eine recht homogene Patientengruppe handelte, konnten Nervenärzte, Psychiater und Neurologen ihre neuen Krankheits- und Behandlungskonzepte erproben (Maercker, 2009; Will, 2009).

Trotz der massiven Gewalt gegen Teile der Bevölkerung und deren systematischer Vernichtung war das Deutschland nach dem Zweiten Weltkrieg gekennzeichnet durch völliges Fehlen von Untersuchungen zu psychischen Folgen des Krieges. Es fand keinerlei offene Auseinandersetzung mit Traumafolgestörungen in der deutschen Bevölkerung statt (Seidler, 2009; Will, 2009). Bis weit in die sechziger Jahre galt die Meinung, dass zwar in Folge von Gewalterfahrungen kurzzeitige akute Reaktionen auftreten können, langfristige chronische Erkrankungen ihren Ursprung jedoch im Patienten haben und nicht im Erlebten (Bonanno & Manicin, 2012; Will, 2009).

Nach dem Ende des Zweiten Weltkrieges gab es nicht nur kriegstraumatisierte Soldaten und Zivilisten, sondern auch Überlebende aus den Konzentrations- und Vernichtungslagern des nationalsozialistischen Regimes. Doch auch angesichts dessen wich man kaum von dem Konzept der Prädisposition ab und auch der Vorwurf der Simulation schwebte bei Diskussionen zu diesem Thema immer im Raum. Es ging um viel Geld, welches im Zuge von Entschädigungsverfahren hätte bezahlt werden müssen (vgl. Friedmann, 2004; Seidler, 2009; Will, 2009). Es folgte ein zähes Ringen um adäquate Begutachtung und daraus folgende Wiedergutmachungsansprüche, vor allem zwischen Gutachten in Deutschland und denen in den USA (Becker, 2003; Will, 2009). Ein Kritiker der gängigen Begutachtungspraxis war der aus Wien stammende und in die USA immigrierte Psychoanalytiker Eissler, der in einem Aussatz die Frage stellte, „*Die Ermordung von wie vielen seiner Kinder muß ein Mensch symptomfrei ertragen können, um eine normale psychische Konstitution zu haben?*“ (Eissler 1963, zit. n. Seidler, 2009, S. 9).

Zur großen Trendwende, die der Psychotraumatologie endgültig zum Durchbruch verhalf, führte der Vietnamkrieg, besser gesagt die Vielzahl an massiv traumatisierten heimkehrenden Soldaten. Als gesunde junge Männer waren sie in den Krieg gezogen, psychisch krank

kehrten sie zurück (Seidler, 2009) und zwangen durch ihren Präsenz die Öffentlichkeit dazu, sich mit den Folgen solcher seelischen Extrembelastungen auseinanderzusetzen (Friedmann, 2004; Resick, 2003). Die große Anzahl an Suchtkranken, an Menschen mit Persönlichkeitsverformungen oder Psychose-ähnlichen Erlebnis- und Verhaltensstörungen erschütterten nicht nur die Gesellschaft, sondern belasteten auch das amerikanische Budget (Friedmann, 2004). Man kam nun nichtmehr umhin, Menschen in Folge von seelischen Extrembelastungen auch bei körperlicher Unversehrtheit einen Krankenstatus zuzuerkennen und ihnen entsprechende Behandlungen zukommen zu lassen (vgl. Becker, 2003; Friedmann, 2004; Seidler, 2009).

Die systematische Erforschung und Erfassung der Folgen von massivem Stress wurde gesellschaftspolitisch nicht nur von den Veteranenverbänden vorangetrieben, sondern auch von der immer stärker werdenden Frauenrechtsbewegung. Diese setzte sich für die Öffentlichmachung von Vergewaltigungen und häuslicher Gewalt ein, was neben der Einrichtung von Frauenhäusern, Krisenzentren für Frauen und Opferschutzprogrammen auch die professionelle Beschäftigung mit Traumafolgestörungen begünstigte (Resick, 2003; Will, 2009).

Psychologen begannen Mitte der siebziger Jahre mit der systematischen Erfassung und Kanonisierung von einzelnen traumabedingten Symptomen in Untergruppen (Resick, 2003). Diese Bemühungen gipfelten im Jahr 1980 in dem von der American Psychiatric Association (APA) herausgegebenen umfassenden Klassifikationssystem „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition“ (APA 1980), kurz DSM-III (Bonanno & Mancini, 2012; Schwarz-Langer, Deighton, Jerg-Bretzke, Weisker, & Traue, 2006; Van Velsen, et al., 1996). 1992 wurde die posttraumatische Belastungsstörung dann auch in der Internationalen Klassifikation der Krankheiten 10. Revision (ICD-10) aufgenommen (Schwarz-Langer et al. 2006).

Das wichtigste diagnostische Kriterium für eine posttraumatische Belastungsstörung ist das erleben eines Traumas, welches als A Kriterium in die Klassifikation eingeht. Nach einigen Veränderungen dieser Beschreibung (American Psychiatric Association, 1998) folgt die nachfolgende Definition der Version des DSM-IV [deutsche Ausgabe] (Saß, Wittchen & Zaudig, 1998, S.491).

A. Die Person wurde mit einem traumatischen Ereignis konfrontiert, bei dem die beiden folgenden Kriterien vorhanden waren:

(1) die Person erlebte, beobachtete oder war mit einem oder mehreren Ereignissen

konfrontiert, die tatsächlichen oder drohenden Tod oder ernsthafte Verletzung oder eine Gefahr der körperlichen Unversehrtheit der eigenen Person oder anderer Personen beinhalteten.

(2) Die Reaktion der Person umfasste intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen.

A1 beschreibt objektiv das Ereignis, während A2 auf die subjektive Reaktion des/der Betroffenen eingeht. Eine posttraumatische Belastungsstörung liegt strenggenommen nur dann vor, wenn beide Teile des Kriteriums erfüllt sind (Maercker, 2009).

Das B Kriterium bezieht sich auf das Wiedererleben des traumatischen Ereignisses, wobei mindestens eine der fünf geschilderten Formen des Wiedererlebens vorhanden sein muss.

Das C Kriterium bezieht sich auf die Vermeidungsreaktionen. Hier müssen drei von sieben Symptomen vorliegen.

Das D Kriterium schildert Symptome eines erhöhten Arousals und es sollen zwei der fünf beschriebenen Symptome erlebt werden.

Dazu kommt noch das Kriterium E, welches besagt, dass das Störungsbild länger als einen Monat dauern muss und das F Kriterium, das sich auf den Leidensdruck und die dadurch entstandenen Beeinträchtigungen bezieht (vgl. Saß et al., 1998)

Eine zusätzliche Klassifikation traumatischer Ereignisse in Traumtypen kann erfolgen. Maercker (1998, 2009) unterscheidet einmalige, kurzfristige Typ-I-Traumata, mehrfache, langfristige Typ-II-Traumata und medizinisch bedingte Traumata. Zusätzlich können diese Traumtypen noch in akzidentielle und interpersonelle Traumata unterschieden werden, also in Unfälle oder Naturkatastrophen und von Menschen verursachte.

3.2. Psychotrauma und posttraumatischer Stress

Innerhalb der psychischen Störungen besitzt das Psychotrauma eine Sonderstellung, da es nicht rein deskriptiv sondern ätiopathologisch konzipiert ist. Dabei wird angenommen, dass es eine spezifische Ursache gibt, einen benennbaren Grund, nämlich das vorangegangene Trauma. Dieses belastende Ereignis beziehungsweise die andauernde belastende Situation ist der primäre und ausschlaggebende Kausalfaktor, und die Störung wäre ohne seine

Einwirkung nicht entstanden. Dilling, Mombour, & Schmidt (2011, S. 207) definieren ein Trauma als ein *„belastendes Ereignis oder eine Situation außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophalem Ausmaßes (kurz oder langanhaltend), die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde.“*

Auch wenn die posttraumatische Belastungsstörung die am häufigsten berichtete psychiatrische Folge eines traumatischen Ereignisses und/oder einer von Menschen erzeugten Katastrophe ist (DeJong, et al., 2001, Steel et al., 2009), reagiert nicht jeder Mensch auf ein erlebtes Trauma mit einer voll ausgeprägten PTBS (Bramsen & van der Ploeg, 1999; Brewin et al., 2000; Hondius, et al., 2000; Markovic et al., 2002). Prävalenzraten in klinischen Stichproben sind erwartungsgemäß hoch, doch in nichtklinischen MigrantInnenstichproben schwanken diese erheblich (Hondius, et al., 2000, Steel et al., 2009). Steel und Kollegen (2009) fanden in einer von ihnen vorgenommenen Meta-Analyse über Folter und andere traumatische Ereignisse bei Flüchtlingen, in die 161 Artikel mit 181 Studien eingingen, Prävalenzraten zwischen 0% -99%. Die nicht bereinigte gewichtete Prävalenzrate über alle Studien hinweg lag bei 30.6%, die für bosnische Flüchtlinge bei 28.3%. Fest steht, dass Personen, die ein solches Trauma erlebt haben, ein höheres Risiko haben, eine PTBS zu entwickeln, als Menschen, die keinem solchen Ereignis ausgesetzt waren (Yehuda, 2002).

Inzwischen hat sich die Auffassung manifestiert, dass ein erlebtes Trauma eine notwendige aber nicht hinreichende Bedingung für die Entstehung einer PTBS ist (vgl. *potentiell traumatisches Ereignis*; Bonanno, 2004; Bonanno & Mancini, 2012) und dass, um die Entstehung zu begründen, personenbezogene Risikofaktoren und Umweltfaktoren miteinbezogen werden müssen, welche teilweise schon vor dem Trauma wirksam waren. Risikofaktoren, die schon vor dem Trauma bestehen, sind zum Beispiel psychiatrische Erkrankungen in der Familie, das Geschlecht (genauer: weiblich sein), eine sehr frühe Traumatisierung, genetische und neuroendokrine Faktoren, Persönlichkeitsmerkmale und eine geringe Bildung (Brewin et al., 2000). Ergänzend beeinflussen die Art und Anzahl der ausgesetzten Stressoren, die unmittelbare Reaktion auf das Trauma und nach dem Trauma auftretende Faktoren, wie die soziale Unterstützung und zusätzlicher alltäglicher Stress, das Auftreten und die Intensität einer PTBS (Brewin et al., 2000). Dennoch scheint es aufgrund der derzeitigen Datenlage so zu sein, dass posttraumatische Faktoren einen stärkeren Einfluss haben als solche, die schon vor dem Trauma wirksam waren, auch wenn diese natürlich nicht unwichtig sind (Brewin et al., 2000, S. 748).

Studien über traumatischen Stress zeigen, dass nur eine Minderheit der Opfer unter einer voll ausgebildeten PTBS leidet (Van der Velden, et al., 1996), dass aber fast alle Menschen, die durch Kriege traumatisiert wurden mehr oder weniger viele posttraumatische Symptome zeigen.

Daher liegt der Fokus dieser Studie auch nicht auf der Diagnose PTBS, sondern, wie auch bei Knipscheer und Kleber (2006), auf der Stärke der Ausprägung der posttraumatischen Stressreaktion.

3.2.1. posttraumatischer kriegsbezogener Stress

Bei einem Kriegstrauma handelt es sich in der Regel um ein länger andauerndes interpersonelles Typ-II-Trauma.

Blank (1986) beschreibt einige für Kriege typische Stressoren, welche gerade über einen längeren Zeitraum eine ungeheure Belastung darstellen. Die generellen Lebensumstände sind schlecht, es gibt oft kaum Wasser, kaum Nahrung und Kleidung, kein sicheres Dach über dem Kopf und viele Menschen leiden außerdem unter Schlaflosigkeit. Routinen sind kaum möglich und während des aktiven Kampfes herrscht eine außergewöhnliche sensorische Reizüberflutung. Natürlich stellen auch die Kämpfe selbst und die Bombardierungen aus der Luft einen enormen Stressor dar, die Angst verwundet zu werden, genau so wie die Angst davor, dass andere, einem nahe stehende Menschen verwundet oder getötet werden, sowie der Anblick der Verletzten und Toten. Dazu kommt noch die Angst vor, oder das tatsächliche Erleben von psychischer und physischer Folter, Vergewaltigung und Belagerungen, und die Zerstörung von Häusern und ganzen Städten (Başoğlu, Livanov, Crnobarić, Frančisković, Suljić, Durić & Vranešić, 2005; Blank, 1986; Dahl et al. 1998; Miller et al., 2002a).

All diese Traumata und extremen Stressoren rufen Stressreaktionen hervor (Maercker, 2009; Markovic et al., 2002).

Die Nachhaltigkeit der Auswirkungen dieser Kriegserfahrungen werden in unzähligen Studien untersucht und lang anhaltende Beeinträchtigungen werden festgestellt (vgl. Markovic et al., 2002; Mollica et al., 1999; Mooren, 2010; Mooren et al., 2001; Mooren et al., 2003). Häufige Reaktionen sind Intrusionen, Alpträumen, Konzentrationsschwierigkeiten, Flashbacks, Gedanken- und Gefühlsvermeidung, Erregtheit, wird man an das Trauma erinnert, emotionale Abgestumpftheit oder Taubheit, sowie Ein- und

Durchschlafschwierigkeiten (Knipscheer & Kleber, 2006; Maercker, 2009; Markovic et al. 2002; Mooren et al. 2003; Weine et al. 2001).

All dies führt auch zu massivem Kontrollverlust über das eigene Leben, denn Überzeugungen über die Gerechtigkeit in der Welt, über sich und andere, werden in Kriegszeiten fundamental erschüttert. Die Erfahrungen, die gemacht werden lassen sich nicht in die vorhandenen kognitiven Schemata über die eigene Sicherheit und Unverletzlichkeit integrieren (Creamer, 1995; Creamer et al., 1992). Daraus resultiert ein eingeschränkter Gesundheitszustand, auch wenn in vielen Fällen nicht das Vollbild einer posttraumatischen Belastungsstörung erreicht wird (Markovic et al. 2002, Mooren, 2010; Mooren et al., 2003). Prävalenzraten einer PTBS bei Flüchtlingen schwanken von Stichprobe zu Stichprobe erheblich, es werden Werte zwischen 3.5 und 90% berichtet (Silove et al. 1997, Schwarz-Langer et al., 2006).

3.2.2. Die Situation in Bosnien und Herzegowina (BiH)

Der Krieg in Ex-Jugoslawien hat ohne Zweifel das ganze Leben der dort ansässigen Bevölkerung zutiefst erschüttert und für immer verändert (Knipscheer & Kleber, 2006).

Dennoch gibt es so gut wie keine epidemiologischen Daten über den psychischen Einfluss dieses Krieges auf die Menschen, die ihn durchleben mussten (Miller et al., 2002a). Hält man sich die Gräueltaten dieses Krieges vor Augen, so ist es nicht verwunderlich, dass viele Menschen immer noch an den Folgen dieser Erlebnisse leiden (Knipscheer & Kleber, 2006) und dass in unzähligen Studien sehr hohe Trauma- und Depressionswerte sowohl bei Kindern als auch bei Erwachsenen berichtet werden (Angel et al., 2001; Miller et al., 2002a). Da es, wie erwähnt, kaum systematisch gesammelte epidemiologische Daten gibt, muss man mit der Generalisation der gefundenen Ergebnisse vorsichtig sein. Dazu kommt auch, dass es sich in den meisten Studien um rein klinische, zumeist nicht randomisierte Stichproben handelt.

Nichts desto trotz lässt sich auf Grund der vorhandenen Daten sagen, dass Überlebende des Krieges in Bosnien und Herzegowina und der damit einhergegangenen Vertreibungen ein erhöhtes Risiko haben, klinisch signifikante Werte in Bezug auf psychologischen Distress und PTBS aufzuweisen (Angle et al., 2001; Miller et al., 2002a; Weine, Vojvoda, Becker, McGlashan, Hodzic, Laub, et al., 1998).

Dies gilt für Bosnier, die im eigenen Land vertrieben wurden ebenso wie für im Exil lebende bosnische Flüchtlinge und MigrantInnen.

Die Lebensbedingungen nach dem Krieg waren für die, die geblieben sind sehr schwierig, denn es gab kaum bestehende Infrastruktur, nur wenige Möglichkeiten Arbeit zu finden und ein generell noch unstabiles soziales Gefüge. Aber auch diejenigen, die in angrenzenden oder anderen Ländern Zuflucht fanden, sahen sich mit erheblichen Problemen konfrontiert. Sie mussten zum Beispiel belastende und teilweise retraumatisierende Asylverfahren mit unsicherem Ausgang durchstehen (Schwarz-Langer et al., 2006) und sich einem schwierigen Akkulturationsprozess in einer neuen Gesellschaft stellen (Mooren, 2010).

Auch wenn durch verschiedene Studien, zum Beispiel mit Überlebenden des Zweiten Weltkrieges (Bramsen & van der Ploeg, 1999), oder auch mit Flüchtlingen aus Südostasien (Marshall et al., 2005) schwere und langwierige Folgen des Kriegsgeschehens, auch noch Jahrzehnte später belegt worden sind und das Erforschen von Langzeitfolgen in kriegserschütterten Gesellschaften von großer Bedeutung ist (Mooren, 2010), weiß man doch noch recht wenig über die Langzeitfolgen auf die Gesundheit bei Flüchtlingen, Jahre nachdem sie sich in einem anderen Land nieder gelassen haben (Marshall et al., 2005).

Wie schon weiter oben dargestellt, widmete sich die wissenschaftliche Forschung in Bezug auf die Gesundheit von Flüchtlingen primär den kriegsbezogenen Ereignissen. Das Interesse an Geschehnissen, welche sich erst ereigneten, nachdem die Menschen das Heimatland verlassen hatten, ist erst in den letzten Jahrzehnten gestiegen. Heute herrscht ein breiter Konsens, dass gerade diese Ereignisse dazu beitragen, die hohen Werte in Bezug auf psychologischen Disstress in solchen Stichproben zu erklären (Miller et al., 2002b; Steel et al., 1999).

So widmet sich das 4. Kapitel den psychischen Folgen und Akkulturationsprozessen, die im Anschluss an eine Migration entstehen beziehungsweise durchlaufen werden können.

4. Migration und Wohlbefinden

Da sich die vorliegende Arbeit mit den Auswirkungen einer unfreiwilligen Migration beschäftigt, geht der folgende Abschnitt primär auf Flüchtlinge und MigrantInnen ein, die ihre Heimat aufgrund dort herrschender Kriege und Gewalt verlassen haben und lässt andere Push- und Pullfaktoren für eine eventuelle Migration weitestgehend außer Acht. In weiterer Folge widmet er sich explizit dem Konstrukt der Akkulturation und den mit der Akkulturation einhergehenden Stressoren.

Flüchtlinge sind eine sehr sensible und vulnerable Gruppe an Individuen, die generell ein größeres Risiko haben an psychischen Erkrankungen zu leiden.

Besonders häufig wird eine posttraumatische Belastungsstörung gefunden, die sich nach dem Erleben von (wiederholter) massiver Gewalt entwickeln kann, aber auch Depressionen aufgrund der erlebten, oft zahlreichen Verluste können entstehen, sowie Somatisierungsstörungen (Bär, 2011; Turner et al., 2003).

Zwar ist das Phänomen der Migration recht universell, doch ist der tatsächliche Prozess überaus heterogen und Flüchtlinge machen völlig unterschiedliche Erfahrungen, was von sehr vielen unterschiedlichen Gegebenheiten abhängt. Der Migrationsprozess ist also alles andere als einfach und überschaubar und beinhaltet eine Fülle an stressenden Ereignissen und Faktoren, die gleichzeitig wiederum von anderen, sozialen und individuellen, sowie Kontextfaktoren beeinflusst werden (Bhugra, 2004).

In einer Studie aus dem Jahre 2001 weisen Porter und Haslam nach, dass Flüchtlinge (*displaced people*) einen schlechteren Gesundheitszustand aufweisen als Personen, die nicht zur Flucht gezwungen waren (*nondisplaced people*). Auch wenn diese ebenfalls schwere kriegsbedingte Traumata erlebt hatte, führte eine zusätzliche Migration zu signifikant mehr Beeinträchtigungen und zu höherem Leidensdruck. Daraus folgt für die Autoren, dass der zusätzliche Druck, den eine unfreiwillige Migration mit sich bringt, sich kumulativ negativ auf den psychischen Gesundheitszustand auswirkt (Porter & Haslam, 2001).

Auch Knipscheer und Kleber (2006) betonen, dass es negative Konsequenzen auf den Gesundheitszustand hat, ein politischer Flüchtling zu sein und sich mit der Aufgabe konfrontiert zu sehen, sich in einer anderen Gesellschaft neu anpassen zu müssen.

Im Gegensatz zu Überlebenden von Naturkatastrophen oder schlimmen Unfällen sind Flüchtlinge nicht nur einer (einmaligen) lebensbedrohenden Situation ausgesetzt, sondern einer Vielzahl sich akkumulierender Stressoren, welche sich vor, während und nach der Flucht ereignen. Sie verlieren oft Alles – ihre Häuser, ihnen nahestehende Menschen und Familienangehörige, die Gemeinschaft, ihre Heimat – und sehen sich darüber hinaus gezwungen ihre bisherigen Annahmen über sich selbst, ihr Leben, ihre soziale Rolle und ihre Identität in Frage zu stellen (Porter & Haslam, 2001).

4.1. Stadien und Bereiche des Migrationsprozesses

Bhugra (2004) unterscheidet vier Stadien im Migrationsprozess (*premigration, initial stage, middle stage and final stage*), in denen unterschiedliche Stressoren wirksam sind, die jeweils mit anderen Stressoren in unterschiedlicher Weise interagieren. Ein adäquates Erfassen solcher Vorgänge ist im Idealfall mit einem Längsschnittdesign verbunden. Des Weiteren betont er, dass diese Stadien sich auch unterschiedlich auf verschiedene Menschen auswirken.

Wie sich aber diese unterschiedlichen Anforderungen im Migrationsprozess auf psychologischer Ebene im Einzelnen auswirken bleibt wegen dessen Komplexität unklar. Auch das Level der Akkulturation, das eine Person erreicht, spielt in diesen Wechselwirkungsprozessen eine wichtige Rolle (Knipscheer & Kleber, 2006).

Für die gängigen psychischen Krankheiten bei Flüchtlingen gibt es keine einheitlichen Prävalenzraten, da diese sehr stark von der Stichprobe und der Art der Messinstrumente abhängen. Die meisten Untersuchungen fanden an klinischen Stichproben statt und kamen so zu sehr hohen Raten, die sich nicht auf die allgemeine Bevölkerung generalisieren lassen (Bhugra, 2004).

Ergänzend zu den vier Stadien unterscheidet Bhugra (2004) auch einige Bereiche, in denen der Migrationsprozess unterschiedlich zum Tragen kommt. Zuerst widmet er sich dem Alter und dem Geschlecht. Beim Alter finden sich komplexe Interaktionen, da jüngere Menschen

eher auswandern und darüber hinaus generell anfälliger für psychische Krankheiten sind, aber auch flexibler in ihrer Anpassung. Geschlechtsbezogene Unterschiede finden sich primär in die Richtung, dass Frauen anfälliger sind für psychische Krankheiten als Männer, und dies scheint auch für Flüchtlingsstichproben zu gelten (vgl. Markovic et al., 2002).

Ein weiterer wichtiger Bereich ist der der Sprache. Verbale und nonverbale Kommunikation besitzen eine Schlüsselfunktion bei einer erfolgreichen Anpassung und Sprachflüssigkeit wird als Resilienzfaktor gesehen. Hier gibt es allerdings sich widersprechende Ergebnisse. In einigen Studien hing der überwiegende Gebrauch der neuen Sprache mit schlechteren Gesundheitswerten und einen erhöhten Drogenkonsum zusammen. Dieses Phänomen wird in der Literatur auch „*immigrant paradox*“ genannt und in Abschnitt 4.2.4. noch ausführlicher besprochen.

Des Weiteren betont Bhugra (2004) den Bereich der Arbeit und Berufstätigkeit, denn dieser ändert sich in fast allen Fällen nach einer Migration. Gerade höher qualifizierte Menschen finden sich oft in Beschäftigungsverhältnissen wieder, für die sie weit überqualifiziert sind, was oft zu einem verringerten Selbstwertgefühl führt. Aber auch Menschen mit besonders geringer Qualifizierung haben oft Probleme einen geeigneten Beruf zu finden, nachdem sie sich in einem neuen Land niedergelassen haben.

Auch die familiären Verhältnisse stellen einen Bereich dar, der laut Bhugra (2004) von der Migration betroffen ist. Gerade wenn Menschen ohne ihre Familie fliehen fehlt emotionale Unterstützung. Und wenn dann noch rechtliche Probleme, in Bezug auf Aufenthalt und das Nachholen der zurückgelassenen Familienmitglieder dazu kommen, kann zusätzlich erheblicher Stress entstehen.

Darüber hinaus ist auch die Einstellung gegenüber der eigenen und der neuen Kultur von Bedeutung für ein erfolgreiches Anpassen und Einleben, sowie die Einstellung und Gastfreundlichkeit der neuen Gesellschaft gegenüber MigrantInnen (Miller et al., 2002b).

Wenn Menschen aus eher ländlichen Gegenden im Zuge der Migration in Städte gelangen kann auch hier ein Konflikt und Stress entstehen (Bhugra, 2004).

Das nächste Kapitel widmet sich dem Konstrukt der Akkulturation, welches oftmals heran gezogen wird, um die so häufig gefundene Varianz in sensiblen Flüchtlingsstichproben zu verstehen und angemessen erklären zu können. Zunächst wird versucht das Konstrukt so, wie es in der vorliegenden Arbeit verwendet wird, zu definieren und dessen Konzeptualisierung bis heute zu beschreiben. Danach wird auf einzelnen Herausforderungen im Akkulturationsprozess hingewiesen, mit welchen sich die Menschen, die ihn durchlaufen

konfrontiert sehen, um dann in weiterer Folge ein Messinstrument vorzustellen, das konzipiert wurde, um die verschiedenen Dimensionen dieses komplexen Prozesses zu erfassen.

4.2. Akkulturation

Seit den 1980er Jahren steigt das Interesse an der Akkulturationsforschung im Bereich der Psychologie stetig an. Zu dieser Zeit entwickelte Berry mit Kollegen eine der bekanntesten und am weitest verbreiteten Akkulturationstheorien (Berry, Kim, Minde, & Mok, 1987; Berry, 1997), welche in Folge von vielen Forschern als Grundlage benutzt wurde, um Akkulturation zu erforschen. Die von ihm entwickelte Typologie der Akkulturationsstrategien, wonach es vier mögliche Ausgänge der Akkulturation gibt (Assimilation, Separation, Integration, und Marginalisation), wurde zum Standardvokabular in der Akkulturationsliteratur (Yoon, Langrehr, & Ong, 2011).

4.2.1. Entwicklung und Konzeptualisierung

Dass das Interesse an dem Konzept der Akkulturation gerade zu der Zeit zunahm, hat vor allem politische Gründe (Yoon et al., 2011), doch war man sich des Phänomens durchaus schon früher bewusst, wie die klassische Definition der Akkulturation von Redfield, Linton und Herskovits aus dem Jahre 1936 zeigt: *“Acculturation comprehends those phenomena which result when groups of individuals sharing different cultures come into continuous first-hand contact, with subsequent changes in the original culture patterns of either or both groups”* (zit. n. Yoon et al., 2011, S. 149).

Miller definiert 2007 Akkulturation als *“cultural adaptation that occurs as a result of contact between multiple cultures”* (Miller, 2007, S. 118).

Wie man sieht hat sich in den letzten 70 Jahren an der allgemeinen Definition an sich grundsätzlich nicht viel geändert. Schon bei Redfield und Kollegen (1936) war die Akkulturation bi-direktional gedacht (Yoon, et al., 2011) oder zumindest die Möglichkeit dafür gegeben (Bhugra, 2004). Was bedeutet, dass beide betroffenen Kulturen, Gruppen oder Individuen sich gegenseitig beeinflussen. In der Realität ist es aber eher so, dass die

Minderheit - zum Beispiel eine MigrantInnengruppe - sich stärker von der dominanten Gruppe beeinflussen lässt und sich eher in diese Richtung anpasst, als umgekehrt (Berry, 1997; Bhugra, 2004; Yoon, et al., 2011).

Auch wenn man es der Definition vielleicht nicht sofort ansieht, so hat doch eine stetige Ausdifferenzierung und Weiterentwicklung des Konstrukts Akkulturation stattgefunden. Die wichtigsten Paradigmenwechsel und Neuerungen werden im Folgenden dargestellt.

Psychologische Akkulturation - Eine Erweiterung der Definition wurde von Graves (1967) vorgenommen. Ursprünglich war die Akkulturation als ein Gruppenphänomen gedacht, Veränderungen auf Gruppenebene waren von Interesse. Graves verstand und beschrieb diese Veränderungsprozesse aber zusätzlich auch als individuelles Phänomen, denn er ging auch von psychologischen Veränderungen im Individuum aus. In Folge wurde hierfür der Begriff psychologische Akkulturation verwendet. Diese Unterscheidung ist in sofern von Bedeutung, da dadurch eine systematische Untersuchung der Beziehungen zwischen diesen beiden Variablen möglich ist und da darüber hinaus nicht alle Individuen gleich stark am Akkulturationsprozess der Gruppe partizipieren und Personen diesen unterschiedlich wahrnehmen sowie erleben und somit auch auf unterschiedliche Weise von diesem beeinflusst werden. Das bedeutet, dass das, was als Gruppenphänomen wirksam ist, auf persönlicher Ebene nicht oder nur bedingt wirksam sein muss und umgekehrt (Berry, 1997; Graves, 1967).

Auf individueller Ebene bezieht sich Akkulturation auf psychologische Veränderungen eines Individuums, welche sich sowohl im Verhalten äußern als auch in Charaktereigenschaften zum Tragen kommen. Die Veränderungen die durch den Akkulturationsprozess entstehen werden bei Berry und Kollegen grob in fünf, sich teilweise überschneidende Kategorien gruppiert (Berry et al., 1987, S.491). Akkulturation geht danach erstens mit realen, materiellen Veränderungen einher, diese können die neue Wohnsituation oder die wirtschaftlich Lage betreffen, aber auch eine dichtere Bevölkerung oder mehr Umweltverschmutzung sein. Zweitens können biologische Veränderungen, wie neue Krankheiten, aber auch einfach andere Essgewohnheiten auftreten. Drittens sind natürlich die kulturellen Veränderungen hier sehr wichtig. Diese stellen auch das Kernstück der allgemeinen Definition dar. Alte Sitten, Techniken, Bräuchen, aber auch die Sprache, die Religion und soziale Strukturen verändern sich und werden zum Teil durch die der neuen

Gesellschaft ersetzt oder zumindest modifiziert. Als vierter Punkt können die veränderten sozialen Gefüge und Beziehungen genannt werden und als fünfter und letzter Punkt wird nochmal explizit auf die psychologischen Veränderungen im Individuum hingewiesen. Verhaltensänderungen und Veränderungen der psychischen Gesundheit scheinen fast immer eine Rolle zu spielen, wenn sich Menschen im Akkulturationsprozess befinden.

Die für diese Arbeit relevanten Dimensionen oder Ebenen, in denen sich der Akkulturationsprozess abspielt, werden im Folgenden noch einmal detaillierter besprochen.

Generell wird hier von einem personenzentrierten Blickwinkel ausgegangen, bei dem das Individuum im Mittelpunkt steht. Neben Anderen prägte auch Berry hierfür den Begriff psychologische Akkulturation (Berry et al., 1987), der im Kontrast zu den Begriffen soziologische und anthropologische Akkulturation, die als Gruppenphänomen verstanden werden, steht.

Akkulturation als bilinearer Prozess - Eine weitere Dimension der Akkulturation, die der Differenzierung bedurfte, war die Linearität der Akkulturation. Anfangs ging man in den Akkulturationstheorien und in der Akkulturationsforschung davon aus, dass Akkulturation und Enkulturation gegenüberliegende Endpunkte eines Kontinuums seien. Dieser Logik folgend bedeutete Akkulturation die vollständige Annahme der neuen Sitten, Werte, Gebräuche und Verhaltensweisen und das gleichzeitige Aufgeben der eigenen (Schwartz et al., 2010). Von dieser Sichtweise ist man inzwischen abgekommen. Seit den 1980er Jahren wurde verstärkt die Meinung vertreten, dass das Lernen und Annehmen neuer Verhaltensweisen und Werte nicht automatisch mit dem Aufgeben der alten, ursprünglichen Verhaltensweisen und Werte einhergehen muss (vgl. Berry et al., 1987; LaFromboise, Coleman, & Gerton, 1993; Schwartz et al., 2010). Der 1993 erschienene Artikel von LaFromboise, Coleman und Gerton, der mittlerweile zu den Klassikern auf diesem Gebiet zählt, betonte mit dem so genannten „*alternation model*“ die Möglichkeit, dass ein Individuum sich in zwei Kulturen zurechtfinden und je nach Notwendigkeit das eigene Verhalten anpassen kann (LaFromboise et al., 1993, S.399). Eine Person kann also Kompetenzen sowohl für die neue Kultur als auch für die eigene Herkunftskultur entwickeln und besitzen und nach Belieben zwischen diesen wechseln. In diesem Klima entwickelten Berry und Kollegen auch ihre Akkulturationstheorie. Seine vier Typen entstehen durch die Variation von Involvieren und Heraushalten auf den Dimensionen Akkulturation und Enkulturation.

Enkulturation bedeutet in diesem Zusammenhang für MigrantInnen der ersten Generation die Beibehaltung der eigenen Kultur und für die der zweiten oder dritten Generation eine kulturelle Sozialisation mit der Herkunftskultur.

Heute werden Akkulturation und Enkulturation als bilineare Prozesse betrachtet, die miteinander interagieren und nicht mehr als unabhängige orthogonale Konstrukte (LaFromboise et al., 1993; Schwartz et al., 2010; Yoon et al., 2011).

Berrys Kategorienmodell der Akkulturation sowie ähnliche Modelle, die sich den zwei Prozessen und den vier möglichen Ausgängen bedienen, wurde in Folge aber immer häufiger kritisch hinterfragt. Neben methodischen Vorwürfen wurde vor allem der „*one size fits all*“ Ansatz kritisiert. Der Migrant/die Migrantin selbst bleibt in diesen Modellen weitestgehend unbeachtet, das Ursprungsland, sowie das Land welches sie/ihn aufnimmt ebenfalls. Ein nuancierterer Ansatz, wie er in moderneren Konzeptionen verwendet wird (*alternation model*, LaFromboise et al., 1993), hat mehr Aussagekraft und mehr Erklärungswert als dieser doch recht allgemeine und starre Ansatz mit nur vier möglichen Ausgängen. Um Akkulturationsprozesse wirklich verstehen zu können ist es wichtig, nicht nur den einzelnen Migrant/die einzelne Migrantin zu beachten, sondern auch das soziale Gefüge und die Kultur aus der er/sie kommt, den sozioökonomischen Status, das Sprachverständnis und, nicht zu vergessen, die Kultur und das soziale Gefüge in das er/sie kommt mit einzubeziehen (Schwartz et al., 2010).

Immer mehr rücken weitere Dimensionen der Akkulturation und des Kontextes, in dem sie sich vollzieht, in den Fokus der Aufmerksamkeit bei der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit diesem Thema.

Dimensionen der Akkulturation - Akkulturation ist nicht nur in Bezug auf die unabhängige Aneignung, Beibehaltung oder Zurückweisung von Herkunfts- und Aufnahmekultur mehrdimensional, sondern auch was die verschiedenen Komponenten betrifft, welche sich im Laufe der Akkulturation verändern (Berry, Phinney, Sam & Vedder, 2006; Schwartz et al., 2010). Klar ist, dass sich etwas ändert, wenn Menschen nicht in ihrer Herkunftskultur leben in der sie sozialisiert wurden, doch was genau sich ändert ist angesichts der Komplexität des Phänomens schwer zu definieren. Jeder von der Psychologie untersuchte Bereich des menschlichen Denkens, Fühlens und Handelns kann vom

Akkulturationsprozess betroffen sein und somit relevant werden (Berry, 1997). Daher ist es nicht weiter verwunderlich, dass die Anzahl und Reichweite bzw. Breite der gefundenen Dimensionen erheblich zwischen einzelnen Forschern und Forschergruppen schwanken. Generell gilt jedoch, dass die verschiedenen Dimensionen zu unterschiedlichen Zeitpunkten des Akkulturationsprozesses relevant werden. So ist es zum Beispiel von Vorteil um sich in einer neuen Kultur erfolgreich zu recht zu finden, sich möglichst zuerst das nötige Verhaltensrepertoire anzueignen und erst im nächsten Schritt neue Wertvorstellungen zu übernehmen (Schwartz et al. 2010; Yoon et al., 2011).

In diesem Beispiel wird nur in zwei Dimensionen unterteilt: Verhalten und Werte. Ersteres beinhaltet zum Beispiel den Spracherwerb oder die Teilnahme an kulturellen Aktivitäten, Letzteres spiegelt Überzeugungen und Grundsätze bezüglich Menschen, aber auch gegenüber der Natur wider.

Andere hingegen unterscheiden fünf Dimensionen wie Sprache, kognitiver Stil, Persönlichkeit und Identität, Einstellung und akkulturativen Stress oder Verlustgefühle (vgl. Berry et al., 1987; Kampermann, Komproe & DeJong, 2007; Knipscheer & Kleber, 2006), LaFromboise und Kollegen (1993) sogar sechs. Mooren und Kollegen (2001) beschreiben drei Ebenen des Funktionsniveaus die beeinflusst werden, die des Verhaltens (hier werden Gebräuche, aber auch die Präferenz von Medien oder Lebensmitteln sowie Essgewohnheiten genannt), die der Kognition (vor allen Normen und Werte) und die der Affekte und Emotionen, entwickeln daraus aber in Folge auch fünf Dimensionen, auf die noch genauer einzugehen ist.

Trotz dieser Vielzahl an gefundenen Ebenen scheinen all diese Dimensionen doch mehr oder weniger eng miteinander verbunden, in Zusammenhang zu stehen und sich teilweise zu überschneiden (Yoon et al., 2011). Eine Schlüsselfunktion scheint die Sprache einzunehmen, denn die Fähigkeit sich in der Sprache der neuen Kultur zu verständigen wird immer als äußerst wichtige Eigenschaft genannt (Mooren et al., 2001)

Zu sagen, eine Person ist oder ist nicht akkulturiert, wäre dem zu Folge eine unzulässige Vereinfachung. Es ist notwendig, geeignete Dimensionen zu beschreiben, in welchen die Person hohe bzw. niedrige Akkulturationswerte aufweist (Schwartz et al., 2010). Auch LaFromboise et al. (1993) betonen, dass erfolgreiche Akkulturation oder *cultural competence*, wie sie es nennen, kein dichotomes Konstrukt sei, jemand also nicht viel oder wenig Kompetenz besitze. Vielmehr müsse hier in mehreren Ebenen gedacht werden und die

unterschiedliche Entwicklung in Bereichen wie Persönlichkeit und soziale Fertigkeiten sollte betrachtet werden. Generell wird angenommen, dass Personen, die in mehreren Bereichen Kompetenzen erworben haben, im Allgemeinen weniger Probleme haben und auch weniger Probleme, sich in der neuen Kultur zu recht zu finden (LaFramboise et al., 1993). Dennoch haben Veränderungen in einem Bereich nicht automatisch Veränderungen in anderen Bereichen zur Folge und wenn sich verschiedene Bereiche ändern, dann tun sie dies nicht zwangsläufig in die gleiche Richtung (Schwartz et al., 2010).

Kontext und Akkulturation - Nicht zu vernachlässigen ist in diesem Zusammenhang auch der Kontext, denn Akkulturation passiert nicht in einem Vakuum sondern in einem sozialen, politischen und ökonomischen Gefüge (Berry, 1997). Dieser kontextuelle Einfluss wurde recht eindrucksvoll in einer Studie von Berry et al. (2006) an Jugendlichen aus dreizehn verschiedenen Nationen untersucht, die hier beispielhaft genannt werden soll. In dieser zeigte sich, wie wichtig der Makro-Kontext für das gesunde Integrieren einer ethnischen und einer nationalen Identität ist. Auch die Stimmung im Aufnahmeland gegenüber der MigrantInnengruppe und MigrantInnen generell spielt eine wichtige Rolle. Darüber hinaus geht eine unfreiwillige Migration fast immer mit einer Verschlechterung der sozio-ökonomischen Lage einher (Mooren et al., 2001).

Auch die Länge des Aufenthaltes in der neuen Kultur sowie die Dauerhaftigkeit des Aufenthaltes spielen eine nicht unwichtige Rolle bei der Akkulturation (Berry, 1997). Mooren und Kollegen merken kritisch an, dass das wissenschaftliche Erfassen von Akkulturation eigentlich nur mit einer Längsschnittstudie adäquat zu bewerkstelligen ist, denn es geht um die Veränderung, die eine Person über die Zeit erlebt, wenn sie konstant einer anderen als ihrer Herkunftskultur ausgesetzt ist (Mooren et al., 2001).

Bhugra betont darüber hinaus, dass neben den genannten Aspekten auch der Grad der Unterschiedlichkeit zwischen den Kulturen eine Rolle spielt, ebenso wie das Ausmaß, in dem man der Kultur ausgesetzt ist beziehungsweise sich ihr aussetzt. Außerdem setzt er die Bereitschaft des Individuums, sich zumindest zu einem gewissen Grad zu ändern voraus, denn sonst kann eine befriedigende Akkulturation nicht funktionieren (Bhugra, 2004).

Akkulturation ist zusammengefasst also ein bi-linearer, multidimensionaler Prozess, der durch die dynamische Interaktion zwischen Individuum und umgebendem (sozialem) System entsteht, wenn Menschen in einer anderen Kultur als der Heimatkultur leben (Yoon et al., 2011). Um sie adäquat erfassen zu können, müssen zusätzlich systemische Hintergrundinformationen gesammelt werden (Mooren et al., 2001).

4.2.2. Herausforderungen des Akkulturationsprozesses

Akkulturation im Sinne von Mooren und Kollegen (2001, S.49) ist ein Maß für den Grad der Veränderung einer Person und der Anpassung an eine neue Gesellschaft. Akkulturation stellt somit einen der wichtigsten moderierenden Faktoren in Bezug auf den Stress dar, welcher im Anschluss an eine Migration entsteht und kann heran gezogen werden, um soziale und gesundheitliche Migrationsfolgen zu erklären. Wie auch bei anderen Autoren zu finden, wird in weiterer Folge mit einer Definition der Akkulturation gearbeitet, die fünf verschiedene Dimensionen beinhaltet (Kampermann et al., 2007; Knipscheer & Kleber, 2006; Mooren et al., 2001). Erstens, die Fähigkeit geeignete Fertigkeiten für die neue Gesellschaft zu entwickeln und diese auch zielführend einzusetzen (wie das Lernen der Sprache und das Organisieren des Wohnens und der Finanzen (*Skills*)), zweitens das Beibehalten der eigenen Kultur, Traditionen und Bräuche (wie das Feiern traditioneller Feste (*Tradition*)), drittens die soziale Integration in die neue Gesellschaft (wie der Kontakt zur einheimischen, autochthonen Bevölkerung (*Sozial Integration*)), viertens die moralische Einstellung gegenüber Werten und Haltungen der neuen Gesellschaft (*Norms & Values*) und schließlich fünftens, das Erleben von Heimweh und Verlustgefühlen gegenüber dem Heimatland und die Hinwendung zu Personen aus dem selben Kulturkreis (*Loss*) (Knipscheer & Kleber, 2006).

Akkulturation kann in jedem interkulturellen Kontakt stattfinden, auch auf Grund der generellen Globalisierung. Die Forschung konzentriert sich aber in den allermeisten Fällen auf MigrantInnen, Flüchtlinge und AsylbewerberInnen, welche sich voraussichtlich dauerhaft in dem neuen Land niederlassen werden. Diese Gruppe hat häufig schwerwiegende Traumata in ihrer Heimat erlebt, was ihre Anpassungsfähigkeit an ein neues Land und eine neue Kultur beeinflusst (Schwartz et al., 2010). Nachdem die Menschen zumeist unfreiwillig und unter Gewalteinwirkung ihre Heimat verlassen haben, sehen sie sich mit der Notwendigkeit

konfrontiert, sich an eine neue Kultur und eine neue Umgebung anzupassen. Diese notwendige Anpassung kann weitere Frustrationen und neuen Stress hervorrufen, welcher sich mit den Erfahrungen von Krieg und Migration akkumuliert (Mooren, 2010).

Es kann also davon ausgegangen werden, dass der Akkulturationsprozess eine der größten Herausforderungen darstellt, mit welcher sich MigrantInnen nach der Migration konfrontiert sehen (Berry, 1997; Rogler, Cortes & Malgady, 1991). Und so ist es auch nicht verwunderlich, dass der Ausgang sehr unterschiedlich aussehen kann und auch von einer Reihe von soziopolitischen und psychologischen Faktoren in beiden beteiligten Gruppen abhängt (Berry, 1997).

Trotz des Wissens über die Wichtigkeit dieses Prozesses gibt es laut Porter und Haslam (2001) noch zu wenig systematische Forschung, die sich mit den Auswirkungen dieser Herausforderungen eines Lebens im Exil auf den psychischen Gesundheitszustand von Flüchtlingen beschäftigt.

Die meisten Ergebnisse in den Bereichen Akkulturation, akkulturativer Stress und psychische Gesundheit stammen aus Untersuchungen an den größten MigrantInnenpopulationen in den USA, Australien und Großbritannien, also vor allem an Hispanics, Asiaten und Afro-Amerikanern (Fassaert, DeWit, Tuionebreijer, Knipscheer, Verhoeff, Beekman, & Decker, 2011; Finch, Frank & Vega, 2004). Daher ist eine Generalisation auf andere Kulturkreise und MigrantInnengruppen problematisch und nur unter Vorbehalt zulässig.

Es ist keineswegs so, dass Akkulturation zwingend mit sozialen und/oder psychischen Problemen einhergeht. Die gefundenen Ergebnisse variieren hier sehr stark. Laut Berry (1997) kann man in der Akkulturationsforschung drei Hauptrichtungen erkennen, die jeweils von unterschiedlichen Anforderungen an das Individuum ausgehen.

Die Erste geht davon aus, dass die psychischen und sozialen Veränderungen relativ einfach vollzogen werden können, denn es geht in erster Linie um das Erlernen eines neuen Verhaltensrepertoires. Außer einigen kleineren Konflikten verläuft der Akkulturationsprozess reibungslos. Ausdrücke wie „*behavioral shift*“, „*culture learnig*“ oder „*social skill acquisition*“ verdeutlichen diese Sichtweise recht schön.

Wenn es zu vermehrten Problemen und Konflikten im Akkulturationsprozess kommt, scheint eine zweite Sichtweise angemessen. Hier wird davon ausgegangen, dass die Individuen, die sich im Akkulturationsprozess befinden akkulturativen Stress erleben, es ihnen also nicht so

leicht fällt ihr Verhaltensrepertoire zu verändern. Auch der Ausdruck *Kulturschock* wird in diesem Zusammenhang verwendet. Doch scheint der Begriff akkulturativer Stress, auch wenn es sich beim Kulturschock um ein durchaus anerkanntes und populäres Konstrukt handelt, hier als Modell angebracht zu sein. Erstens, da es eng mit Stressmodellen der Psychologie verbunden ist, und zweitens weil das Wort Schock suggeriert, dass ausschließlich negative Erfahrungen gemacht werden. Deshalb wird sich der nächste Abschnitt dem Konstrukt des akkulturativen Stresses noch genauer widmen.

In Fällen, in denen schwerwiegenden Problemen auftreten, muss von einer psychopathologischen Perspektive ausgegangen werden, denn dann überfordern und übersteigen die Anforderungen der Akkulturation die Möglichkeiten des Individuums geeignete Strategien zu entwickeln und ein Coping ist nicht mehr möglich (Berry, 1997).

4.2.3. Akkulturativer Stress

Akkulturativer Stress wird als ein reduzierter Gesundheitszustand derjenigen, welche sich im Akkulturationsprozess befinden definiert und schließt neben psychologischen Aspekten auch körperliche und soziale Aspekte mit ein (Berry et al., 1987). Es handelt sich dabei um Stress, bei dem der begründete Verdacht vorliegt, dass er seinen Ursprung im Akkulturationsprozess hat und systematisch mit diesem zusammenhängt (Berry et al., 1987).

Stress bedeutet in diesem Zusammenhang, der Definition von Berry et al. (1987, S. 492) folgend, einen generalisierten psychischen und physischen Zustand des Körpers, der durch externe Stressoren eingetreten ist und der, um ein normales Funktionieren möglich zu machen, reduziert werden muss und zwar mit Hilfe geeigneter Copingstrategien, bis eine zufriedenstellende Anpassung an die neue Situation erfolgt ist.

Das Konzept des akkulturativen Stresses wurde eingeführt um die Varianz der psychischen Gesundheit von MigrantInnen und Flüchtlingen zumindest teilweise erklären zu können (Mooren et al., 2001). So scheint es typisches Stressverhalten zu geben, welches immer wieder zu beobachten ist, wenn Menschen sich mit der Aufgabe konfrontiert sehen, sich in einer neuen Kultur zurechtzufinden. Dazu gehört unter anderem ein verminderter allgemeiner

Gesundheitszustand, der physische, psychische und soziale maladaptive Aspekte mit einschließt (Berry et al., 1987; Schwartz et al., 2010).

Es ist wichtig für ein Individuum, das in mehr als einer Kultur zurechtkommen möchte oder muss, Kompetenzen in einigen zentralen Bereichen zu entwickeln. LaFromboise und Kollegen (1993) unterscheiden wie schon erwähnt sechs Dimensionen, in denen solche Kompetenzen entwickelt werden müssen. Kommt es zu Konflikten in einem oder mehreren Bereichen, entsteht Stress.

Es besteht keine Einigkeit darüber, ob ein hohes, oder ein niedriges Level der Akkulturation eher mit psychologischen und allgemeinen Problemen einhergeht.

Diesem Problem, welches auch *immigrant paradox* (vgl. Schwartz et al., 2006) genannt wird, widmet sich der Exkurs in Abschnitt 4.2.4 auf den nächsten Seiten genauer.

Außerdem werden eine Vielzahl an moderierenden Faktoren besprochen, welche auf die Beziehung zwischen Akkulturation und Stress einwirken. Zu diesen Moderatorvariablen gehört die Art der neuen Kultur genau so wie demografische, soziale und psychische Charakteristika der betroffenen Person (Mooren et al., 2001). Aber auch soziale Kontextfaktoren wie die soziale Unterstützung oder der Status der Person beeinflussen diese (Berry et al., 1987).

Unumstritten ist, dass die Akkulturation einer der Hauptfaktoren für den Stress ist, welcher nach der Migration entsteht und sich so negativ auf den Gesundheitszustand der MigrantInnen auswirkt (Mooren et al., 2001). Dennoch beschäftigte man sich in der Flüchtlingsforschung sehr lange primär mit den Konsequenzen kriegsbedingter Erlebnisse und des Erlebens von Gewalt und Zerstörung (Miller et al., 2002a).

Mittlerweile gibt es aber zahlreiche Befunde, welche dem Stress, der im Anschluss an eine Migration entsteht, eine bedeutende Rolle bei der Entstehung des Leides und des reduzierten Gesundheitszustandes, welcher so oft in Flüchtlingsstichproben gefunden wird, zugestehen (vgl. Miller et al., 2002a; Steel et al., 1999).

Ein Problem ist, dass es sehr schwierig ist die unterschiedlichen Studien zu vergleichen, da Akkulturation und Gesundheit zum Teil sehr unterschiedlich operationalisiert werden (Rogler et al., 1991).

4.2.4. Exkurs: Immigrant paradox

Als Laie würde man erwarten, dass MigrantInnen, die in mehreren Bereichen eine hohe Akkulturation aufweisen, also zum Beispiel der Sprache mächtig sind und Kontakt zur autochthonen Bevölkerung haben, generell einen besseren Gesundheitsstatus und weniger psychische Probleme haben, als solche, die nicht so hohe Akkulturationswerte aufweisen. Das so genannte *immigrant paradox* beschreibt das Phänomen, dass MigrantInnen, die der neuen Kultur stark ausgesetzt sind oder sich dieser stark aussetzen, einen schlechteren physischen und psychischen Gesundheitszustand haben als andere (Schwartz et al., 2010).

Exemplarisch sei hier die Studie von Burnam, Hough, Karno, Escobar & Telles (1987) genannt. Diese kamen zu dem Ergebnis, dass in Amerika lebende Mexikaner, die mehr Kontakt zur amerikanischen Gesellschaft hatten und vorwiegend amerikanisch sprachen, ein erhöhtes Risiko hatten an Substanzmissbrauch und -abhängigkeit sowie Depression zu leiden, als Mexikaner, die sich mehr zu ihrer Ursprungskultur hin orientierten.

Eine mögliche Erklärung für dieses Phänomen lieferten Schwartz und Kollegen (2010). Sie wiesen darauf hin, dass, obwohl sich ein mehrdimensionaler Ansatz in der Akkulturationsforschung empirisch als sinnvoll erwiesen hat, viele Studien immer noch eindimensionale Ansätze haben und eindimensionale Merkmale der Akkulturation heranziehen. Diese Ansätze haben allerdings eine limitierte Aussagekraft. Es ist nicht möglich festzustellen, ob die negativen Auswirkungen durch das Annehmen der neuen Kultur entstehen oder durch den Verlust der Heimatkultur oder durch beides (Schwartz et al., 2010). Ein mehrdimensionaler differenzierter Ansatz würde hier zur Lösung beitragen und aussagekräftigere Ergebnisse liefern.

Wie weiter oben schon erwähnt, zählen die Sprache und der Sprachgebrauch zu den wichtigsten Indikatoren der Akkulturation. Daher beschäftigte sich eine Vielzahl an Studien zu diesem Thema vor allem mit der verhaltensbezogenen Akkulturation und es wurden überwiegend Messinstrumente entwickelt, die die Sprache und andere kulturelle Praktiken abfragen (Schwartz et al., 2010). Doch reicht dieser Ansatz oft nicht aus, um die große gefundene Varianz zu erklären. Darüber hinaus ergaben Studien, dass der Sprachgebrauch unabhängig von den Überzeugungen und Haltungen der eigenen und der neuen Kultur

gegenüber ist. Portes und Rumbaut (2006) berichteten zum Beispiel, dass Asiaten, die in Amerika leben, auch wenn sie kaum noch ihre Muttersprache sprechen, sich dennoch sehr stark mit ihrer Kultur identifizieren, ihre Werte aufrechterhalten und die eigenen Festtage und Traditionen wahren.

Sich also damit zu begnügen nur verhaltensbezogene kulturelle Variablen zu messen, führt zu einem falschen und verzerrten Bild der Akkulturation und ihrer Folgen (Schwartz et al, 2010).

Das nächste Kapitel widmet sich daher der Beschreibung eines Messinstruments, welches nicht nur die verhaltensbezogenen Ebenen der Akkulturation erfasst, sondern auch Einstellungen, Normen und Werte der Personen berücksichtigt.

4.2.5. Lowland Acculturation Scale

Die *Lowland Acculturation Scale* ist ein Messinstrument, welches von Mooren und Kollegen (2001) entwickelt wurde. Die Autoren sahen die Notwendigkeit, ein Messinstrument zu entwickeln, dessen Validität über verschiedene Migrantengruppen konstant bleibt und so uneingeschränkteren Einsatz finden kann. Bisherige Skalen waren immer für eine bestimmte Gruppe entwickelt worden und nicht wirklich für den Gebrauch in einem anderen Setting geeignet. Die meisten Studien, und daher auch die meisten Messinstrumente wurden im angloamerikanischen Raum entwickelt und beziehen sich auf große MigrantInnengruppen die dort leben, also vor allem auf die spanisch sprechenden Minderheiten, sowie Asiaten und Afroamerikaner. Diese Skalen sind, wie eben schon erwähnt, nicht geeignet um sie in einem anderen kulturellen Kontext wie den Niederlanden oder auch Österreich mit ihren spezifischen MigrantInnenpopulationen zu verwenden (Mooren et al., 2001).

Darüber hinaus sollte damit die einseitige Konzentration auf verhaltensbezogene Aspekte und die Sprache überwunden werden indem auch auf Einstellungen und Werthaltungen eingegangen wurde. Auch der geforderten Mehrdimensionalität wurde in diesem Ansatz Rechnung getragen (vgl. Schwartz et al., 2010; *immigrant paradox*) um ein differenziertes Bild der Akkulturation erfassen zu können.

Von den Autoren wurden fünf Faktoren vorgeschlagen und faktorenanalytisch bestätigt: an eigenen Traditionen festhalten (*traditions*), Einstellung gegenüber Normen und Werte der neuen Gesellschaft (*norms and values*), erlebte Verluste und Verlustgefühle (*loss*), neue adäquate Fähigkeiten lernen (*skills*) und soziale Integration in die neue Gesellschaft (*social intgration*). Diese Faktoren ähneln denen von LaFromboise et al. (1993) sehr und wurden in Abschnitt 4.1.2. schon ausführlich dargestellt.

Auf die genaue Handhabung der Lowland Acculturation Scale wird in Abschnitt 6.3.3. noch genauer eingegangen.

5. Hypothesen und Fragestellungen

Da empirische Studien, die sich dem Zusammenhang und den Auswirkungen von posttraumatischem Stress und akkulturationsbedingten Anforderungen widmen, rar sind (vgl. Knipscheer & Kleber, 2006; Miller et al., 2002a; 2002 b; Spasojevic et al., 2000), ist das Ziel dieser Studie, empirische Daten in diesem Bereich zu liefern und diese in Bezug zum psychischen Gesundheitszustand von bosnischen Flüchtlingen zu setzen, sowie etwaige Stichprobenunterschiede offen zu legen. Des Weiteren soll untersucht werden, ob die Ergebnisse, welche Knipscheer und Kleber (2006) erzielten, auch bei bosnischen Flüchtlingen in Österreich zu finden sind oder ob sie spezifisch für die Niederlande gelten.

Im Einzelnen sollen dabei folgende Hypothesen überprüft werden:

5.1. Posttraumatischer Stress und psychische Gesundheit

Wie auch bei Knipscheer und Kleber (2006) liegt der Fokus der vorliegenden Arbeit auf der Ausprägung der posttraumatischen Reaktionen und nicht auf der Diagnose posttraumatische Belastungsstörung. Denn wie Studien zum traumatischen Stress gezeigt haben, reagiert nur ein kleiner Anteil der Personen, die von Kriegen betroffen waren mit einer voll ausgeprägten PTBS, doch fast alle zeigen posttraumatische Reaktionen (Knipscheer & Kleber, 2006). Ein weiterer Grund ist, dass auch Personen aus der Bevölkerung untersucht werden sollen und nicht ausschließlich eine klinische Stichprobe. So wird auch eine spätere Generalisierbarkeit der Ergebnisse etwas erleichtert.

Aufgrund von Ergebnissen früherer Forschung ist anzunehmen, dass die Stärke der posttraumatischen Reaktionen einen entscheidenden Einfluss auf den psychischen Gesundheitszustand hat und somit als guter Prädiktor für den Gesundheitszustand der bosnischen Flüchtlinge herangezogen werden kann (Dahl et al., 1998; Knipscheer & Kleber, 2006; Miller et al., 2002a; Steel et al., 1999; Turner et al., 2003). Drei Studien, die sich mit bosnischen Flüchtlingen beschäftigt haben seien hier stellvertretend genannt. Dahl et al. (1998) untersuchten bosnische Frauen während des Krieges und stellten fest, dass über 70% der Frauen, die von ihnen als stark traumatisiert eingestuft wurden, mit relevanten

Symptomen reagierten. Plante et al. (2002) kamen zu dem Ergebnis, dass traumatischer Stress sich auf das psychische Wohlbefinden bosnischer Flüchtling negativ auswirkt. Auch Markovic et al. (2002) zeigten, dass ein schlechter Gesundheitszustand in einem Selbsteinschätzungsfragebogen mit Traumata vor der Migration zusammen hängen. Daher kann die Alternativhypothese gerichtet formuliert werden.

Haupthypothese 1:

H₀: Posttraumatischer Stress hat keinen Einfluss auf den psychischen Gesundheitszustand.

H₁: Ein großer Teil der Varianz der psychischen Gesundheit ist durch die Stärke der posttraumatischen Reaktionen zu erklären, wobei eine stärkere Stressreaktion mit vermindertem Wohlbefinden einhergeht.

5.2. Akkulturation und psychische Gesundheit

Ergänzend zur posttraumatischen Belastung fanden Miller et al. (2002a, 2002b), Knipscheer und Kleber (2006), Steel et al. (1999), sowie Porter und Haslam (2005) Hinweise darauf, dass akkulturationsbezogene Variablen einen weiteren Teil der Varianz der psychischen Gesundheit bei Flüchtlingen erklären. Steel et al. (1999) berichteten, dass 14% der Varianz von posttraumatischen und gesundheitsbezogenen Symptomen, die in ihrer Stichprobe von tamilischen Flüchtlingen gefunden wurde, durch akkulturativen Stress erklärt wurde. Auch Mooren et al. (2001) betonten den Zusammenhang von Migration und dem damit verbundenen schlechteren sozioökonomischen Status und der Entstehung von psychischen Problemen. Sie kamen zu dem Schluss, dass Akkulturation ein wichtiger Moderator bei der Erklärung des Gesundheitszustandes ist.

Auch hier kann eine gerichtete Hypothese formuliert werden.

Haupthypothese 2:

H₀: Akkulturativer Stress hat keinen Einfluss auf den psychischen Gesundheitszustand.

H₁: Akkulturationsbezogener Stress wirkt sich - ergänzend zum posttraumatischen Stress - negativ auf das psychische Wohlbefinden aus und erklärt somit einen Teil der Varianz.

Knipscheer und Kleber (2006) formulierten zusätzliche Vorannahmen zu unterschiedlichen Komponenten bzw. Dimensionen der Akkulturation.

Schwierigkeiten, geeignete praktische Fähigkeiten in der neuen Gesellschaft zu entwickeln (*skills*) und Schwierigkeiten mit sozialer Interaktion führen laut den Autoren zu mehr psychischen Gesundheitsproblemen. Steel et. al. (1999) nahmen an, dass sich soziale Isolation im Gastland, Adaptionsschwierigkeiten und der Verlust der eigenen Kultur und Unterstützung negativ auf den wahrgenommenen Gesundheitszustand auswirken. Auch Miller et al. (2002a; 2002b) bestätigten in ihren Studien an einer klinischen und einer nicht-klinischen Stichprobe bosnischer Flüchtlinge in den USA den Faktor soziale Isolation als sehr wichtig. Allerdings konnten die a priori Hypothesen von Knipscheer und Kleber (2006) nur zum Teil statistisch bestätigt werden. Der Faktor *skills* war signifikant. Dies wurde auch in einer aktuellen Studie von Fassaert et al. (2011) noch einmal bestätigt. Mangelhafte Fähigkeiten für ein Leben in einer neuen Gesellschaft waren signifikant mit erhöhtem psychologischen Stress verbunden. Soziale Interaktion erwies sich als nicht statistisch signifikant, dafür aber der Faktor Tradition.

Die sich daraus ergebenden Hypothesen lauten:

Nebenhypothesen 3 bis 5:

H₀: Der Faktor *Skills* hat keinen Einfluss auf das psychische Wohlbefinden.

H₁: Der Faktor *Skills* hat einen Einfluss auf das psychische Wohlbefinden.

H₀: Der Faktor *Tradition* hat keinen Einfluss auf das psychische Wohlbefinden.

H₁: Der Faktor *Tradition* hat einen Einfluss auf das psychische Wohlbefinden.

H₀: Der Faktor *soziale Interaktion* hat keinen Einfluss auf das psychische Wohlbefinden.

H₁: Der Faktor *soziale Interaktion* hat einen Einfluss auf das psychische Wohlbefinden.

Zusätzlich sollen noch einige soziodemografische Variablen als mögliche Prädiktoren untersucht werden.

5.3. Bildungsstand und sozioökonomischer Status

Im Einklang mit anderen Forschern wird davon ausgegangen, dass ein wichtiger Faktor für das Wohlbefinden von Migranten die Erwerbstätigkeit ist und ein niedriger sozioökonomischer Status mit einem schlechteren Gesundheitszustand einhergeht (Bhugra, 2004; Knipscheer & Kleber, 2006; Porter & Haslam, 2005). Belastend ist hierbei vor allem die Differenz zwischen dem sozioökonomischen Status vor und nach der Migration, denn dieser verschlechtert sich zumeist massiv (Markovic et al., 2002). Auch der generelle Bildungsstand beeinflusst den psychischen Gesundheitszustand. Gerade höher gebildete Migranten müssen sich oft mit Arbeitsangeboten weit unter ihrer Qualifikation zufrieden geben, was teils auf mangelnde Sprachkenntnis zurückzuführen ist, teils aber auch auf das nicht Anerkennen von Qualifikationen und Abschlüssen, welche im Heimatland erworben wurden (Bhugra, 2004; Knipscheer & Kleber, 2006). Dies geht mit einem verminderten Selbstwert und einem verschlechterten psychischen Gesundheitszustand einher (Bhugra, 2004). Auch Porter und Haslam (2005) kommen in ihrer Metaanalyse zu dem Ergebnis, dass gebildete Flüchtlinge, ebenso wie Flüchtlinge mit einem hohen sozioökonomischen Status vor der Flucht, einen schlechteren psychischen Gesundheitszustand aufweisen als weniger Gebildete und solche mit niedrigerem sozioökonomischen Status vor der Flucht. Aber auch ein zu geringer Bildungsgrad und ein niedriger sozioökonomischer Status wirkt sich negativ auf den Gesundheitszustand von Flüchtlingen aus (Bhugra, 2004; Brewin et al., 2000). Blight, Ekblad, Persson und Ekberg (2006) kommen ebenfalls zu dem Ergebnis, dass sich Arbeitslosigkeit negativ auf den psychischen Gesundheitszustand von bosnischen Flüchtlingen in Schweden auswirkt.

Nebenhypothese 6:

H₀: Der Bildungsstand hat keinen Einfluss auf den psychischen Gesundheitszustand.

H₁: Der Bildungsstand hat einen Einfluss auf den psychischen Gesundheitszustand.

5.4. Geschlecht und Alter

In der vorliegenden Arbeit wird außerdem untersucht, ob Alter und Geschlecht der Personen einen Einfluss auf den psychischen Gesundheitszustand und das wahrgenommene Wohlbefinden haben.

Ob das Geschlecht einen Einfluss auf den wahrgenommenen und tatsächlichen Gesundheitszustand hat wird viel diskutiert. Generell scheinen Frauen ein erhöhtes Risiko zu haben an negativen gesundheitlichen Folgen zu leiden (Blight et al., 2006; Brewin et al., 2000; Furr, Comer, Edmunds & Kendall, 2010; Porter & Haslam, 2005). Auch Markovic et al. (2002) berichten, dass sich Frauen in einem gesundheitsbezogenen Selbsteinschätzungsfragebogen signifikant schlechter bewerten als Männer in der gleichen Stichprobe. Bei Mooren et al. (2003) hatten Männer schlechtere Werte im GHQ, was ungewöhnlich ist, denn normaler Weise berichten Frauen, wie eben dargestellt, mehr Gesundheitsprobleme. In der IES gab es zwar keine signifikanten Unterschieden, aber auch hier hatten Männer höhere Werte. In diesem Fall wird das Ergebnis von den Autoren so erklärt, dass unterschiedliche Kriegserlebnisse vorliegen. Männer waren in dieser Stichprobe sehr oft an der Front im Einsatz gewesen.

Es gibt aber auch Studien, die keine Geschlechtsdifferenzen bei bosnischen Flüchtlingen finden können (Mollica et al., 1999; Momartin, Silove, Manicavasgar & Steel, 2004).

Auch der Einfluss des Alters wird kontrovers diskutiert (Porter & Haslam, 2005). Ältere Menschen scheinen hier ein erhöhtes Risiko zu haben (Lozes Cardozo et al., 2000; Mollica et al., 2001; Plante et al., 2002; Weine et al., 1998), doch auch Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene werden in einigen Untersuchungen als Risikogruppe identifiziert (vgl. Steel et al., 1999). Auch hier liegen ebenso gegenteilige Ergebnisse vor. Bei einer Studie von Mooren et al., (2003) gab es Unterschiede zwischen den Altersgruppen, hier aber hatten Jüngere im

Vergleich zu Älteren niedrigere Werte - also eine geringere Symptombelastung - sowohl in der IES als auch im GHQ.

Nebenhypothesen 7 und 8:

H₀: Das Alter hat keinen Einfluss auf den psychischen Gesundheitszustand.

H₁: Das Alter hat einen Einfluss auf den psychischen Gesundheitszustand.

H₀: Das Geschlecht hat keinen Einfluss auf den psychischen Gesundheitszustand.

H₁: Das Geschlecht hat einen Einfluss auf den psychischen Gesundheitszustand.

5.5. Länge des Aufenthalts

Es gibt nur wenige Studien, die sich auch den Langzeitfolgen von Traumata und Migration in Flüchtlingspopulationen widmen (Dahl et al., 1998; Marshall et al., 2005; Lopes Cardozo, Kaiser, Gotway & Agani, 2003). Dennoch spricht einiges dafür, dass kriegsbezogene traumatisierende Ereignisse auch Jahre später noch die Adaptionsstrategien von Flüchtlingen beeinflussen (Plante et al., 2002). In einer Studie von Marshall et al. (2005) wird von hohen Raten psychiatrischer Störungen bei kambodschanischen Flüchtlingen in den USA, auch nach über zwanzig Jahren berichtet und die Autoren betonen, dass diese Menschen immer noch psychiatrische Versorgung nötig haben, auch wenn ihr Trauma schon lange zurück liegt. Diese Ergebnisse lassen sich auch in anderen Flüchtlingsstichproben beobachten (Lopes Cardozo et al., 2003; Markovic et al., 2002; Mooren et al., 2001; Plante et al., 2002; Turner et al., 2003; Weine et al., 1998).

In der Studie von Knipscheer und Kleber (2006) werden diese Ergebnisse nicht nur bestätigt, sie zeigen darüber hinaus, dass sich die Effekte der Traumata über die Zeit eher noch verschlimmern. Auch dieser Befund wurde zuvor schon bei Mooren und Kollegen (2003) beobachtet, allerdings wurden hier Frauen untersucht, die zwar vor dem Krieg flohen, aber nicht in angrenzende Länder, sondern innerhalb des eigenen Landes Zuflucht suchten.

Nicht nur der allgemeine psychische Gesundheitszustand ist von Langzeitfolgen betroffen, gerade PTS-Symptome scheinen mit der Zeit zuzunehmen (Bramsen & van der Ploeg, 1999;

Mollica et al., 1999; Lopes Cardozo et al., 2003; Van Ommeren, DeJong, Sharma, Komproe, Thapa, & Cardena, 2001).

Nebenhypothese 9:

H₀: Die Länge des Aufenthaltes im Gastland hat keinen Effekt auf das psychische Wohlbefinden.

H₁: Die Länge des Aufenthaltes im Gastland hat einen Effekt auf das psychische Wohlbefinden.

5.6. Stichprobenunterschiede

Allgemein wird davon ausgegangen, dass Personen in klinischen Stichproben schwerere pathologische psychische Probleme haben als Personen in nicht-klinischen Stichproben, und dass sie auf Grund dessen in die psychiatrische Versorgung gelangt sind. Eine Schlussfolgerung wäre, dass bosnische Flüchtlinge die eine solche Versorgung sehr nötig haben, diese auch bekommen. Nichts desto Trotz scheinen die Ergebnisse von Knipscheer und Kleber (2006) ein etwas anderes Bild zu zeichnen. Ein nicht geringer Prozentsatz in ihrer nicht-klinischen Stichprobe sah sich mit erheblichen psychischen und gesundheitlichen Problemen konfrontiert. Diese Menschen befanden sich, aber trotz dieser Probleme nicht in psychiatrischer Behandlung.

Ein weiterer Punkt den die oben genannten Autoren zu bedenken gaben war, dass PatientInnen für ihre Probleme möglicher Weise mehr sensibilisiert seien und so eher in der Lage und eher bereit seien zu formulieren und anzugeben, dass ihre Probleme psychischer Natur sind. Personen die sich nicht in Behandlung befinden seien daher eine Risikogruppe. In einer narrativen Vorstudie wurde deutlich, dass es gerade für Menschen aus dem ehemaligen Jugoslawien ein großes Tabuthema ist, sich psychologische Hilfe zu suchen und dass die Eigeninitiative daher kaum vorhanden ist, unter anderem aus Angst vor dem Gerede des Umfeldes (Knipscheer & Kleber, 2006).

Nebenhypothese 10:

H_0 : Es gibt keine Unterschiede zwischen den Werten im GHQ, der IES und der LAS in den zwei Gruppen.

H_1 : Es gibt Unterschiede zwischen den Werten im GHQ, der IES und der LAS in den zwei Gruppen.

5.7. Resultierende Fragestellungen

Zusammenfassend lässt sich aus den Einzelhypothesen eine Hauptfragestellung bilden, die sich darauf bezieht ein Modell zur Vorhersage des psychischen Gesundheitszustandes bosnischer Flüchtlinge in Österreich zu testen. Diese Fragestellung lautet:

1. Kann der psychische Gesundheitszustand bosnischer Flüchtlinge in Österreich durch die Stärke ihrer posttraumatischen Reaktionen, den akkulturationsbezogenen Stress sowie durch soziodemographische Variablen (Alter, Geschlecht, Bildungsstand, Länge des Aufenthaltes in Österreich) erklärt werden?

Zusätzlich werden die Unterschiede zwischen den Stichproben explorativ mit folgender Fragestellung untersucht.

2. Wie unterscheiden sich bosnische Flüchtlinge in Österreich, die in klinischer Behandlung waren, von solchen, die nicht in klinischer Behandlung waren, in ihrem psychischen Gesundheitszustand, der Stärke ihrer posttraumatischen Reaktionen und akkulturationsbezogenem Stress?

6. Methode

Das folgende Kapitel beinhaltet das methodische Vorgehen und dient der Beschreibung der Stichprobe, der Beschreibung der verwendeten Fragebögen und Verfahren, sowie der Darstellung des Untersuchungsdesigns. Des Weiteren werden die zur Überprüfung der Hypothesen angewandten statistischen Verfahren und Methoden sowie deren Voraussetzungen beschrieben.

6.1. Fallzahlplanung

Um statistisch aussagekräftige Ergebnisse erzielen zu können, sollten sowohl in der klinischen als auch in der nichtklinischen Stichprobe mindestens 34 Personen befragt werden. Die mit dem Computerprogramm G Power (Faul, Erdfelder, Buchner, & Lang, 2009) errechnete minimale Stichprobengröße für die gesamte Stichprobe bei einem angenommenen mittleren Effekt ($r = 0.3$), einem Alpha-Level $\alpha = 0.05$ und einer Teststärke $\beta = 0.2$, $(1-\beta) = 0.8$ oder 80%, betrug 68 Personen. Ein mittlerer Effekt wird anhand der in der Literatur gefundenen Effekte angenommen, bei Knipscheer und Kleber (2006) zum Beispiel erklärt das angewendete Model 58% der gefundenen Varianz, was auf einen Effekt mindestens mittlerer Stärke schließen lässt.

Die geforderte Stichprobengröße konnte allerdings nur für die klinische Teilstichprobe erreicht werden.

6.2. Beschreibung der Stichprobe

Ein großer Teil der psychologischen Forschung im Flüchtlingsbereich beschränkt sich ausschließlich auf klinische Stichproben oder auf Flüchtlinge die erst sehr kurz im neuen Land oder noch in Flüchtlingslagern leben (DeJong et al., 2001; Mollica et al., 2001). Da die

Generalisierbarkeit solcher Ergebnisse eingeschränkt ist, wird in der vorliegenden Arbeit zusätzlich auch eine nicht-klinische Teilstichprobe mit einbezogen. Dies soll einerseits eine Überschätzung der Ergebnisse verhindern, andererseits ermöglicht das Einbeziehen von Personen, die keine Hilfe in Anspruch nehmen eine Überprüfung, ob es sich um tatsächliche Beschwerdefreiheit handelt oder um ein Muster der Nichtinanspruchnahme psychologischer und psychiatrischer Dienste (Bär, 2011; Knipscheer & Kleber, 2006; Marshall et al., 2005; Miller et al., 2002b). Außerdem werden auch Personen befragt, die sich schon bis zu zwei Jahrzehnten in Österreich aufhalten, um mögliche Langzeiteffekte sichtbar zu machen.

Es erwies sich als schwierig und sehr zeitintensiv eine solche Stichprobe bosnischer Flüchtlinge zu rekrutieren. Da die Erhebung recht lange Zeit nach dem Krieg durchgeführt wurde, waren die gesuchten Personen daher kaum noch durch Vereine und Beratungsstellen zu finden. Vereine, die sich Flüchtlingen annehmen, haben darüber hinaus kaum Kapazitäten, etwaige Anliegen und Anfragen in dieser Richtung bearbeiten zu können. Ein weiteres Problem war sicher auch das Thema der vorliegenden Arbeit, denn es zwang die teilnehmenden Personen dazu, sich mit ihrer traumatischen Vergangenheit und gegebenenfalls schwierigen Gegenwart auseinander zu setzen und nicht alle waren bereit dazu. Zudem war es nicht möglich eine finanzielle Gegenleistung für die Teilnahme zu erbringen.

Rekrutiert wurde die Stichprobe schließlich vorwiegend durch private Kontakte zu Bosniern in Österreich (Wien, Linz, Graz). Einige dieser Kontaktpersonen waren PsychologInnen und SozialarbeiterInnen, die durch ihre Stellungen in der Lage waren Personen in psychologischen und sozialmedizinischen Zentren sowie Krankenhäusern zu erreichen, oder PatientInnen aus der eigenen Praxis zu einer Teilnahme zu bewegen.

Personen die sich bereit erklärten an der Erhebung teilzunehmen wurden gebeten andere Personen aus ihrem Freundes- und Bekanntenkreis für eine Teilnahme zu gewinnen. Durch diese so genannte Schneeballmethode wurden insgesamt 65 Personen erreicht.

Zwei der Personen mussten aufgrund von fehlerhaft oder nur zum Teil ausgefüllten Fragebögen schon im Vorfeld aus der Studie ausgeschlossen werden, daher fließen 63 Personen in die folgenden Berechnungen mit ein.

Da es sich bei der vorliegenden Stichprobe um ein *convenience Sample* handelt, also um eine nicht repräsentative Stichprobenauswahl an Hand von einfacher Verfügbarkeit, müssen Verallgemeinerungen der Ergebnisse mit Vorsicht vorgenommen werden. Außerdem war es

nicht möglich zwischen teilnehmenden Personen und jenen, die eine Teilnahme ablehnten, zu unterscheiden.

Von den insgesamt 63 Personen, die in der weiter unten beschriebenen Auswertung berücksichtigt werden, waren 59% (37) weiblichen Geschlechts. Das Durchschnittsalter lag bei 48 Jahren ($SD = 9,4$) mit einem Range von 30 bis 64 Jahren.

59% waren verheiratet, je 12,5 % ledig bzw. verwitwet, 9,5% geschieden und 6,5% lebten in einer festen Beziehung. 73% hatten mindestens ein Kind, durchschnittlich hatte jede Testperson 1,5 Kinder. 54% gaben an, dass auch ihre Kinder in Österreich lebten, bei 32% war das nicht so und bei 14% lebten nicht alle Kinder in Österreich. 57% waren islamischen Glaubens, 14% katholischen Glaubens, 16% ohne Bekenntnis, 9,5% waren serbisch orthodox und 3,5% waren anderen Glaubens. Alle TeilnehmerInnen wurden in Bosnien geboren, 51% davon in ländlicher Umgebung. Die Mehrheit kam ohne Umwege, noch während des Krieges nach Österreich (69%), 48% kamen im Jahr 1992, 18% im Jahr 1993 und 9,5% im Jahr 1994. Die durchschnittliche Länge des Aufenthaltes beträgt 18 Jahre. Die meisten Personen lebten mit dem oder der PartnerIn (34%), 29% mit PartnerIn und Kindern, 9,5 mit Kindern, 24% alleine und 3,5% Personen lebten in einer Wohngemeinschaft. 75% hatten Angehörige in Österreich und alle gaben an auch Kontakt zu diesen zu haben.

Da das Bildungssystem in Bosnien sich von dem österreichischen unterscheidet, wurde das bosnische Schulsystem als Grundlage zur Ermittlung des Bildungsstandes verwendet. Keine der Testpersonen hatte keine Schulbildung, 12,5% besuchten eine Volks- bzw. Gesamtschule, 21% absolvierten eine Lehre. Die meisten Teilnehmer, nämlich 47,5%, schlossen die untere Mittelschule ab, 6% die höhere Mittelschule, was in etwa der Matura entspricht und 13% gaben an einen Universitätsabschluss zu besitzen.

34 Personen (54 %) gaben an schon einmal eine psychologische Behandlung in Anspruch genommen zu haben, 29 (46%) verneinten dies.

Die Klinische Stichprobe setzte sich aus all jenen Teilnehmern zusammen, die im soziodemografischen Fragebogen die Frage, ob sie jemals in psychologischer oder psychotherapeutischer Beratung oder Behandlung waren, mit ja beantwortet haben.

Daher ergibt sich eine klinische Stichprobe von $N=34$ Personen und eine nicht-klinische Stichprobe von $N=29$ Personen.

In Tabelle 1 werden die relevanten Informationen für beide Gruppen angeführt.

Tabelle 1

Verteilung der soziodemografischen Variablen in den Stichproben

	Klinische Stichprobe (n=34)	Nicht-klinische Stichprobe (n=29)
Alter in Jahren M (SD)	52,5 (7,53)	44 (10,052)
Anteil der Frauen n (%)	20 (58,8)	17 (58,6)
Personen im Haushalt Mdn	2	2
Bildungsstand n (%)		
Volks- /Gesamtschule	8 (23,5)	-
Lehre	8 (23,5)	5 (17,2)
Untere Mittelschule	15 (44,1)	15 (51,7)
Höhere Mittelschule	2 (5,9)	2 (6,9)
Universitätsabschluss	1 (2,9)	7 (24,1)
In Österreich seit n (%)		
bis Ende 1995	31 (91,2)	22 (75,5)
ab Anfang 1996	3 (8,8)	7 (24,5)
Familienstand n (%)		
Ledig	2 (5,9)	6 (20,7)
Verheiratet	22 (64,7)	15 (51,7)
Geschieden	4 (11,8)	2 (6,9)
In Beziehung	1 (2,9)	3 (10,3)
Verwitwet	5 (14,7)	3 (10,3)
Lebensumstände n (%)		
Alleine	10 (29,4)	6 (20,7)
Mit PartnerIn	11 (32,4)	10 (34,5)
Mit Kindern	3 (8,8)	3 (10,3)
Mit PartnerIn / Kindern	10 (29,4)	8 (27,6)
In Wohngemeinschaft	-	2 (6,9)
Religion n (%)		
Islamisch	24 (70,6)	11 (42,3)
Katholisch	3 (8,8)	6 (23,1)
Orthodox	2 (5,9)	3 (11,5)
Ohne Bekenntnis	3 (8,8)	6 (23,1)
andere	2 (5,8)	-

6.3. Beschreibung der Messinstrumente

Um Verständnisproblemen vorzubeugen, wurden in der vorliegenden Arbeit alle verwendeten Fragebögen, Instruktionen sowie die informierte Einwilligung ins Bosnische übersetzt beziehungsweise es wurden schon übersetzte und validierte klinischen Fragebögen (GHQ, IES, LAS) mit freundlicher Genehmigung von Frau Dr. Trudy Mooren verwendet. Diese hatte mit Kollegen neben der vor ihnen entwickelten Lowland Acculturation Scale (LAS) auch die Impact of Event Scale (IES-22) und den General Health Questionnaire (GHQ-28) ins Bosnische übersetzt, adaptiert und validiert (Mooren et al., 2001) und diese freundlicherweise als Erhebungsinstrumente für diese Arbeit zur Verfügung gestellt.

In den nächsten Abschnitten folgen die genaueren Beschreibungen dieser Fragebögen die in der Studie zum Einsatz kamen.

6.3.1. The Impact of Event Scale

Die posttraumatischen Reaktionen werden mit der *Impact of Event Scale-Revised* (IES-R, Weiss & Marmar, 1997; deutsche Version, Maercker & Schützwohl, 1998) erhoben. Die IES-R ist die überarbeitete und adaptierte Version der ursprünglichen IES-15 (Horowitz, Wilner & Alvarez, 1979). Sie ist ein Selbstbeurteilungsverfahren und bildet ein Maß über Vorhandensein und Häufigkeit individueller Belastungsreaktionen angesichts kritischer Lebensereignisse. Das Verfahren besteht aus drei Subskalen: Intrusion, Vermeidung und Hyperarousal mit jeweils sieben, acht und sieben Items. Ein Beispiel für ein Item zur Messung der Intrusionen ist: *“Auch ohne es zu beabsichtigen, musste ich daran denken”*, eines für Vermeidung ist: *“Ich versuchte, nicht darüber zu sprechen”* und eines für Übererregtheit ist: *“Ich konnte nicht einschlafen”*. Auf einer vierstufigen Likert-Antwortskala (1 = "überhaupt nicht" bis 5 = "oft") ist die Häufigkeit des Auftretens der Belastungsreaktionen von den Teilnehmern selbst zu beurteilen. Die einzelnen Items sind gewichtet, sie zählen 0, 1, 3 oder 5 und man erhält den Gesamtscore indem man die einzelnen Werte addiert, wobei ein höherer Wert mehr Symptombelastung bedeutet. Auch wenn die Cutoff-Werte nur eingeschränkt gültig sind, da hier auch die Schwere des Traumas sowie die seit dem vergangene Zeit mit hineinspielt, werden Werte zwischen 26 und 35 berichtet

(Mooren, et al., 2003). Das Verfahren besitzt statistische Reliabilität (Cronbach's $\alpha = 0.80$) und auch die übrigen psychometrischen Eigenschaften gelten als erfüllt (vgl. Joseph, 2000; Knipscheer & Kleber, 2006; Mooren et al., 2003).

Außerdem wurde die transkulturelle Validität von Mooren (2001) an Stichproben in Ex-Jugoslawien nachgewiesen.

6.3.2. The General Health Questionnaire

Der allgemeine psychische Gesundheitszustand wird mit dem *General Health Questionnaire* (GHQ-28; Goldberg & Hillier, 1979) erhoben. Dieser Fragebogen misst den aktuellen Stand des subjektiven Wohlbefindens in vier Bereichen: Psychosomatische Symptome, Angst und Schlaflosigkeit, soziale Beeinträchtigungen und (schwere) Depression. Jede dieser Subskalen besteht aus sieben Items und die Häufigkeiten werden pro Item auf einer vierstufigen Likert-Skala angegeben (von nie bis sehr häufig). Die ersten beiden Ausprägungen werden mit Null kodiert, die letzteren beiden mit Eins (0,0,1,1). Der Summenscore ergibt sich in Folge durch einfaches Addieren. Hohe Werte stehen für einen schlechteren psychischen Gesundheitszustand. Goldberg et al. (1979) folgend wird angenommen, dass ein Punktwert von fünf und weniger für Symptombefreiheit spricht, Werte zwischen sechs und elf werden interpretiert als mittelgradig schwere psychische Morbidität und Werte über elf als eindeutig krankheitswertig (Goldberg, Gater, Satorius, Ustun, Picinelli, Gureje & Rutter, 1997; Lopes Cardozo et al., 2003; Turner et al., 2003). Um aussagekräftige Ergebnisse auch für die einzelnen Subskalen zu erhalten, empfiehlt es sich, diese mit einer Likert-Kodierung von 0 bis 3 zu versehen und diese Werte dann zu Summenscores zusammen zu zählen. Die Reliabilität, gemessen mit Cronbach's α variierte für die einzelnen Subskalen zwischen 0.81 und 0.89 und ist für den gesamten Test 0.93 (Lopes Cardozo et al., 2003; Mooren et al., 2003).

Auch hier wurde die transkulturelle Validität unter anderem an einer Stichprobe aus Bosnien und Herzegowina nachgewiesen (Mooren et al., 2003; Mollica et al., 2001).

6.3.3. The Lowland Acculturation Scale

Welches Ausmaß an kultureller Adaption vorliegt wird anhand der *Lowland Acculturation Scale* (LAS; Mooren et al., 2001) festgestellt. Es handelt sich hierbei um ein gut validiertes Instrument, welches schon bei verschiedenen MigrantInnenstichproben in den Niederlanden zum Einsatz kam (Fassaert et al., 2011). Das Verfahren misst Stressoren und andere mit der Migration in Zusammenhang stehende Umstände. Es besteht aus 25 Items und beinhaltet darin die in Abschnitt 4.2.2. und 4.2.4. erwähnten fünf Dimensionen: *skills, traditions, social integration, values and norms* und *loss*.

Die Antworten sollen sich auf die letzten drei Monate beziehen und anhand einer sechs-stufigen Likert-Skala soll die persönliche Zustimmung zu den Aussagen angegeben werden (1 = totale Ablehnung bis 6 = völlige Zustimmung).

Die Dimension Fähigkeiten (*skills*) wird anhand von fünf Items erhoben und erfasst das Ausmaß und die Schwierigkeit an integrativen Aufgaben. Ein Beispielitem wäre hier: „*Ich habe Schwierigkeiten Holländisch (bzw. Deutsch) zu verstehen*“. Ein hoher Punktwert bedeutet weniger geeignete Fähigkeiten diese Aufgaben adäquat zu erfüllen. Die Dimension Tradition (*tradition*) wird mit vier Items erhoben und bezieht sich auf das Beibehalten von Traditionen, Bräuchen und der Kultur des Heimatlandes. Zum Beispiel: „*Ich halte es für wichtig unsere Traditionen an meine (zukünftigen) Kinder weiter zu geben*“. Ein höherer Punktwert zeigt eine konservativere Lebenseinstellung in diesem Bereich. Soziale Integration (*social integration*) wird mit vier Items erhoben und bezieht sich vor allem auf den Kontakt mit der einheimischen Bevölkerung. Ein Item ist hier: „*Ich habe viel Kontakt zu Holländern (bzw. Österreichern)*“. Ein hoher Punktwert bedeutet vermehrten Kontakt. Die moralischen Einstellungen werden mit der Dimension Normen und Werte (*norms and values*) durch fünf Items, wie dieses: „*Ich halte das holländische (bzw. österreichische) Gesetz für zu nachsichtig mit Kriminellen*“, erfasst. Je höher die Werte hier, desto konservativer und kritischer die Sicht auf das Gastland mit all seinen Normen und Werten, abweichend von den eigenen. Die letzte Dimension Verlust (*loss*) wird mit sieben Items erhoben und bezieht sich auf das Gefühl des Verlusts der Heimat und der Menschen dort, je höher die Werte, desto größer dieses Gefühl. Ein Beispielitem wäre hier: „*Ich gehöre hier weniger hin als nach (Ursprungsland)*“. Hier bedeuten höhere Werte eine höhere Zustimmung zu dieser Aussage.

Die innere Konsistenz der Subskalen des LAS war zufriedenstellend, Cronbach's α variierte

zwischen 0.48 für die Dimension Werte und Normen, 0.62 für soziale Integration, 0.73 für Traditionen, 0.77 für Fähigkeiten und 0.80 für Verlust (Knipscheer & Kleber, 2006; Mooren et al., 2003).

6.3.4. Soziodemografischer Fragebogen

Der soziodemografische Fragebogen wurde für die Studie entworfen und enthält Fragen über Alter und Geschlecht der Person, Lebensumstände, Ausbildungsniveau, Beruf und Einkommensquelle, Länge des Aufenthaltes in Österreich und Religionszugehörigkeit.

Dieser Fragebogen wurde von zwei unabhängigen Übersetzerinnen, mit Bosnisch als Muttersprache, unabhängig von einander, abwechselnd ins Bosnische und zurück übersetzt.

6.4. Untersuchungsdesign und Ablauf der Studie

Die vorliegende empirische Studie ist eine einmalig durchgeführte Querschnittsstudie, die zu einem Zeitpunkt unterschiedliche Personen untersucht, um so die aus der Literatur abgeleiteten a priori Hypothesen zu prüfen.

Ausgewählte Patienten erhielten nach Aufklärung über die Studie und schriftlicher Einverständniserklärung einen Selbsteinschätzungsfragebogen, welcher von ihnen durch einfaches Ankreuzen auszufüllen war. Alle darin enthaltenen Erhebungsinstrumente (genauere Beschreibung siehe Abschnitt 6.3) sind, um Verständnisproblemen vorzubeugen, in bosnischer Sprache verfasst und validiert. Die Erhebungsdauer war mit 20 Minuten pro Person recht kurz und stellte somit keine allzu große Belastung für die Teilnehmer dar.

6.5. Beschreibung der statistischen Verfahren

Die für die Auswertung angewendeten Verfahren und statistischen Methoden werden in den folgenden Absätzen vorgestellt. Zunächst werden die zur Voraussetzungsprüfung

herangezogen statistischen Tests vorgestellt, um dann in Folge die zur Hypothesenprüfung verwendet Verfahren zu besprechen.

Zunächst wurden alle Variablen mit Hilfe deskriptiver Standardverfahren wie Häufigkeiten, Mittelwerte bzw. Median und Standardabweichungen zusammengefasst und beschrieben. Dies geschah sowohl für die gesamte Stichprobe als auch für die klinische und die nicht-klinische Stichprobe getrennt von einander.

6.5.1. Verfahren zur Voraussetzungsprüfung

Bevor die statistischen Verfahren zur Überprüfung der Hypothesen zur Anwendung kamen, wurden Levene-Tests zur Überprüfung der Homogenität der Varianzen und Kolmogorov-Smirnov-Tests (mit Lillyfors-Korrektur) zur Prüfung der Normalverteilung durchgeführt. Normalverteilung und Homogenität der Varianzen sind Voraussetzungen für einige parametrische Verfahren. Falls diese nicht gegeben waren wurde auf nonparametrische statistische Methoden zurückgegriffen.

6.5.2. Verfahren zur Prüfung der Homogenität der Verteilungen

Mit dem χ^2 -Test als einem parameterfreien Verfahren wurde geprüft, ob es sich bei der Verteilung der soziodemographischen Variablen in den beiden Stichproben um homogene Verteilungen handelt, sich diese also nicht signifikant voneinander unterscheiden.

6.5.3. Verfahren zum Aufdecken von Unterschieden zwischen den Stichproben

Mit Hilfe einzelner t-Tests wurden die klinische und die nicht-klinische Stichprobe auf etwaige Mittelwertsunterschiede in Bezug auf psychische Gesundheit, posttraumatische Reaktionen, Akkulturation sowie gemessene soziodemografische Variablen hin untersucht. Waren die Voraussetzungen, vor allem die Homogenität der Varianzen nicht gegeben, wurde hier alternativ der parameterfreie U-Test als Verfahren herangezogen.

6.5.4. Verfahren zum Aufdecken von Zusammenhängen

Um festzustellen, welche soziodemografischen Variablen mit dem psychischen Gesundheitszustand (erhoben mit dem GHQ-28) in Zusammenhang stehen, wurden Korrelationen zwischen den Variablen Alter, Geschlecht, Länge des Aufenthaltes in Österreich, höchste abgeschlossene Ausbildung, Religion, Familienstand, Lebensumstände, Stichprobenzugehörigkeit und der abhängigen Variable - dem Gesamtwert des GHQ - gerechnet. Variablen, die nicht mit der gesundheitsbezogenen Variable in Zusammenhang standen, wurden in weiterer Folge nicht in die Regression mit einbezogen. Falls die Voraussetzungen für die Pearson-Korrelation nicht gegeben waren, wurde auch hier auf nicht-parametrische Alternativen wie die Spearman-Korrelation zurückgegriffen. Bei dichotomen Variablen kam die punkt-biseriale Korrelation zum Einsatz. Ebenso wurde mit den explorativen Korrelationen zwischen den klinischen Fragebögen verfahren.

6.5.5. Verfahren zur Beantwortung der Hauptfragestellung

Da im Vorfeld theoriegeleitete Hypothesen aufgestellt wurden, ist die hierarchische multiple Regression - soweit die Voraussetzungen erfüllt sind - ein passendes Verfahren, um lineare Beziehungen zwischen einer Kriteriumsvariablen und mehreren Prädiktorvariablen zu untersuchen beziehungsweise um die Kriteriumsvariable durch die Prädiktorvariablen vorherzusagen. Hierbei werden die Variablen anhand ihrer theoretischen Wichtigkeit nacheinander oder blockweise in die Regression aufgenommen, mit dem Ziel, möglichst viel der bei der Kriteriumsvariablen gefundenen Varianz zu erklären.

Alle beschriebenen Auswertungen und statistischen Analysen der Daten wurden computergestützt, mittels des Statistikprogramm IBM SPSS Statistics 20 (Statistical Package of Social Science) für Mac OS 10.6/10.7 vorgenommen (vgl. Leonhart, 2010).

6.5.6. Effektstärken

Um die gefundenen Ergebnisse besser verstehen und interpretieren zu können wurden zusätzlich Effektgrößen errechnet. Diese deskriptive Statistik bezieht sich auf die Stärke der Beziehung zwischen den Variablen. Darüber hinaus dienen diese auch zur besseren Vergleichbarkeit der Ergebnisse mit Ergebnissen anderer Studien. Die folgende Auflistung der Effektgrößen orientiert sich an Cohen (1992) und dient der Differenzierung in kleine, mittlere und große Effekte.

Pearson Korrelation r

$r = .10$ entspricht einem kleinen Effekt
 $r = .30$ entspricht einem mittleren Effekt
 $r = .50$ entspricht einem großen Effekt

Cohen's d

$d = 0.20$ entspricht einem kleinen Effekt
 $d = 0.50$ entspricht einem mittleren Effekt
 $d = 0.80$ entspricht einem großen Effekt

7. Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse sowohl für die gesamte Stichprobe bosnischer Flüchtlinge, als auch für die beiden Teilstichproben (klinisch und nicht-klinisch) getrennt dargestellt. Neben den Ergebnissen für die erhobenen Parameter werden auch die Resultate der explorativen Auswertungen berichtet, sowie etwaige Gruppenunterschiede zwischen der klinischen und der nicht-klinischen Stichprobe.

Die in die statistischen Auswertungen aufgenommenen Daten waren größtenteils normalverteilt und wiesen homogene Varianzen auf, was mittels des Kolmogorow-Smirnow-Tests mit Lilliefors-Korrektur und dem Levene-Test geprüft wurde.

Zunächst werden die Ergebnisse für die Parameter posttraumatische Reaktionen, psychische Gesundheit und Akkulturation beschrieben und Unterschiede zwischen den Gruppen mittels t-Tests oder deren parameterfreier Entsprechung (χ^2 -Test) aufgedeckt, anschließend wird so auch mit den soziodemografischen Variablen verfahren. Außerdem werden, neben den Stichprobenunterschieden, auch Gruppenunterschiede zwischen Frauen und Männern explorativ untersucht.

Im Anschluss werden Korrelationen berechnet um die soziodemografischen Variablen zu finden, welche mit dem Gesundheitszustand - hier gemessen mit dem GHQ-28 - in Zusammenhang stehen. Diese Variablen werden dann im nächsten Schritt in die hierarchische Regression aufgenommen. Dadurch ist gewährleistet, dass nicht zu viele, nicht aussagekräftige oder redundante Parameter in die Regression aufgenommen werden, so dass das Modell sparsam bleibt.

Zur Beantwortung der Hauptfragestellung dienen multiple hierarchische Regressionen. Mit deren Hilfe sollen die relativen Auswirkungen von posttraumatischem und akkulturativem Stress untersucht werden.

7.1. Posttraumatische Reaktionen

Die gesamte Stichprobe bosnischer Flüchtlinge zeigte hohe Werte in der IES-R ($M = 63.73$, $SE = 31.66$). Personen in der klinischen Teilstichprobe gaben höhere Werte an und hatten einen höheren Mittelwert ($M = 84.71$, $SE = 14.64$) als die der nicht-klinischen Stichprobe ($M = 39.14$, $SE = 28.4$).

Dieser Unterschied ist signifikant ($t_{\text{total}}(40,375) = -7.803$, $p < .001$, $r = .79$).

Auch für die einzelnen Subskalen (*Intrusion*, *Vermeidung* sowie *Übererregtheit*) wurden signifikante Unterschiede zwischen den Stichproben gefunden ($t_{\text{Übererregtheit}}(46,252) = -8.203$, $p < .001$, $r = .77$; $t_{\text{Vermeidung}}(39,196) = -5.53$, $p < .001$, $r = .68$; $t_{\text{Intrusionen}}(40,086) = -7.505$, $p < .001$, $r = .76$).

Die errechneten Effektgrößen schwanken zwischen $r = .68$ und $r = .79$ und weisen auf große Effekte hin.

Alle Personen in der klinischen Stichprobe erreichten Totalwerte über 35, was als Anzeichen für eine schwere Beeinträchtigung durch posttraumatische Reaktionen gesehen werden muss ($N_{\text{klinisch}} = 34$; 100%), und auch in der nicht-klinischen Stichprobe erreichten über die Hälfte der teilnehmenden Personen Werte, die über diesem Cutoff-Wert von 35 lagen ($N_{\text{nicht-klinisch}} = 29$; 51.72%) (Mooren et al., 2003).

7.2. Psychische Gesundheit

Die Werte der gesamten Stichprobe im GHQ-28 waren relativ hoch ($M = 12.54$; $SE = 5.833$). Die Hälfte der befragten Personen ($N = 32$; 50.8%) beantworteten 12 oder mehr Fragen positiv, was nach Goldberg et al. (1997) als ein Cutoff-Wert gilt der eine krankheitswertige, schwere psychische Morbidität vermuten lässt. In der klinischen Stichprobe lagen fast 80% über diesem Cutoff-Wert ($N = 27$; 79.4%) und sogar in der nicht-klinischen waren es noch über ein Fünftel ($N = 6$; 20.7%)

Die klinische Stichprobe gab durchschnittlich höhere Werte an ($M = 15.94$, $SE = 5.14$) als die nichtklinische Stichprobe ($M = 8.55$, $SE = 3.699$), was auf eine höhere Symptombelastung schließen lässt. Dieser Unterschied ist signifikant ($t_{\text{Total}}(61) = -6.445$, $p < .001$, $r = .64$).

Auch in den Subskalen (*körperliche Beschwerden, Angst und Schlaflosigkeit, Depression sowie soziale Dysfunktion*) sind die Werte der klinischen Stichprobe signifikant höher als in der nicht-klinischen ($t_{\text{somatic complains}} (61) = -5.849, p < .001, r = .60$; $t_{\text{anxiety\&insomnia}} (61) = -6.356, p < .001, r = .63$; $t_{\text{depression}} (48,688) = -5.827, p < .001, r = .64$).

Einzige Ausnahme in diesem Bereich war die Skala *Soziale Dysfunktion* ($t_{\text{social dysfunktion}} (61) = 3.033, p < .05, r = .36$), wo die nicht-klinische Stichprobe höhere Werte aufwies.

Alle hier gefundenen Effektstärken deuten auf große Effekte hin.

7.3. Akkulturation

In Bezug auf die Akkulturation unterschieden sich die beiden Stichproben nur in zwei der fünf Subskalen, nämlich in der Skala *Traditionen* und der Skala *Skills* sowie in der Gesamtskala, nicht aber in den Subskalen *Normen und Werte, soziale Integration* und *Loss*.

$t_{\text{Traditionen}} (61) = 3.346, p < .001, r = .39,$

$t_{\text{Normen und Werte}} (61) = .358, p = .721, r = .05,$

$t_{\text{Skills}} (59.2) = 4.258, p < .001, r = .48,$

$t_{\text{Social Integration}} (61) = -.37, p = .712, r = .05,$

$t_{\text{Total}} (61) = 2.599, p < .05, r = .32.$

$t_{\text{Loss}} (61) = 1.131, p = .263, r = .14,$

Personen der nicht-klinischen Stichprobe gaben an, geringere Fähigkeiten zu besitzen, anfallende Aufgaben in der neuen Gesellschaft adäquat erfüllen zu können und sie wiesen darüber hinaus eine konservativere Einstellung in Bezug auf zu wahrende Traditionen auf.

Anhand der errechneten Effektgrößen kann man sagen, dass bei den Dimensionen *Tradition, Skills* und bei der Gesamtskala von mittleren Effekten ausgegangen werden kann und bei der Dimension *Loss* von einem kleinen. Bei den Dimensionen *Social Interaction* und *Normen und Werte* fand sich kein Effekt.

In der Tabelle 2 werden die Mittelwerte sowie die Standardabweichungen der klinisch-psychologischen Fragebögen (GHQ-28, IES-R und LAS) für die klinische ($N = 34$) und die nicht-klinische ($N = 29$) Stichprobe dargestellt.

Tabelle 2

Mittelwerte und Standardabweichungen der IES, des GHQ und der LAS

Stichprobe	nicht-klinisch	N = 29	klinisch	N = 34
Variablen	M	SE	M	SE
Prädiktorvariablen				
IES Intrusionen	13,0	10,5	29,2	5,3
IES Vermeidung	15,1	11,2	27,7	5,5
IES Erregtheit	11,0	9,5	27,9	6,1
IES-22 Total	39,1	28,4	84,7	14,6
LAS Skills	18,3	1,1	12,3	0,9
LAS Traditionen	37,8	1,9	28,5	1,9
LAS soz. Integration	21,1	1,1	21,6	0,8
LAS Normen und Werte	24,6	2,3	23,5	1,7
LAS Loss	11,6	0,9	10,3	0,7
LAS Total	113,3	5,1	96,1	4,3
Kriteriumsvariablen				
GHQ Somat. Beschwerde	2,0	1,8	4,5	1,7
GHQ Angst & Schlaflos.	1,6	2,3	5,2	2,2
GHQ soz. Dysfunktion	4,5	1,8	3,1	1,9
GHQ Depression	0,5	1,1	3,2	2,4
Total GHQ-28	8,6	3,7	16,0	5,1

7.4. Stichprobenunterschiede in Bezug auf soziodemografische Variablen

Der folgende Abschnitt widmet sich explorativ etwaigen weiteren Unterschieden zwischen den beiden Stichproben in Bezug auf Variablen, die mit dem soziodemografischen Fragebogen erhoben wurden. Diese Berechnungen dienen auch der besseren Interpretation der Ergebnisse und helfen gefundene Zusammenhänge in der Regression inhaltlich zu interpretieren.

7.4.1. Alter

Personen in der klinischen Stichprobe waren im Durchschnitt älter ($M = 52,5$, $SD = 7,53$) als in der nicht-klinischen Stichprobe ($M = 44$, $SD = 10,05$). Diese Differenz ist statistisch signifikant ($t(61) = -3.172$, $p < .05$). Die errechnete Effektgröße von $r = .14$ deutet auf einen kleinen, aber dennoch signifikanten Unterschied hin.

Dieser Unterschied bleibt auch bestehen, werden die TeilnehmerInnen in zwei Altersgruppen (jung: 30-47 Jahre, $N = 25$; alt: 48-64 Jahre, $N = 38$) geteilt. Die resultierende Kreuztabelle mit χ^2 -Test zeigt einen signifikanten Unterschied zwischen den beiden Stichproben ($\chi^2(1) = 8,052$, $p < .05$).

Die Personen in der klinischen Stichprobe sind signifikant älter als in der nicht-klinischen Stichprobe.

7.4.2. Bildung

Es zeigte sich ein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Stichproben in Bezug auf die Bildung ($\chi^2(4) = 12,877$, $p < .05$). In der nicht-klinischen Stichprobe befinden sich signifikant mehr höher gebildete Personen als in der klinischen Stichprobe.

7.4.3. Länge des Aufenthalts

Die beiden Stichproben unterscheiden sich in Bezug auf die Länge des Aufenthaltes nicht signifikant voneinander ($t(61) = 1,473, p = .146$).

Da die große Mehrheit der Personen etwa gleich lange in Österreich lebt und so, auf Grund der fehlenden Varianz, keine Aussagen über Zeiteffekte gemacht werden können ist die Länge des Aufenthaltes für weitere Berechnungen nicht von Interesse. 91,2% der klinischen und 75,5% der nicht-klinischen Stichprobe leben schon seit 1995 oder länger in Österreich.

7.4.4. Geschlecht

In der resultierenden Kreuztabelle zeigte sich kein Unterschied zwischen der Anzahl der Männer und der Frauen in den beiden Stichproben ($\chi^2(1) = .000, p = .987$).

Laut der durchgeführten Chi²-Tests bestehen keine Unterschiede zwischen den Stichproben in Bezug auf Religion, Familienstand und Lebensumstände.

7.5 Stichprobenunterschiede zwischen Männern und Frauen

Zusätzlich wurde explorativ untersucht, ob sich Männer ($N = 26$) und Frauen ($N = 37$) in ihren Werten und somit in den Bereichen psychische Gesundheit, traumatische Reaktionen und Akkulturation unterschieden. Auch hier wurden t-Tests zum Aufdecken etwaiger Gruppenunterschiede gerechnet.

In Bezug auf die posttraumatischen Reaktionen und die Akkulturationsdimensionen wiesen Frauen durchschnittlich und in den einzelnen Subskalen leicht höhere Werte auf als Männer, allerdings ist keiner dieser Unterschiede signifikant.

Was den psychischen Gesundheitszustand betrifft wiesen Männer sowohl im Gesamtwert des GHQ-28 und in den Subskalen leicht höhere Werte auf als Frauen, was auf einen schlechteren allgemeinen Gesundheitszustand hindeutet. Einzige Ausnahme war die Skala soziale Dysfunktion, hier wiesen Frauen höhere Werte auf. Dennoch waren auch hier die Unterschiede nicht signifikant.

In Tabelle drei sind die Mittelwerte und Standardabweichungen jeweils für Frauen und Männer dargestellt.

Tabelle 3

Mittelwerte und Standardabweichungen der Variablen getrennt für Frauen und Männer

Stichprobe	Männer		Frauen	
Variablen	M	SE	M	SE
Prädiktorvariablen				
IES Intrusionen	21,46	12,3	21,94	10,9
IES Vermeidung	21,23	10,6	22,32	10,8
IES Erregtheit	19,65	12,3	20,43	11,0
IES-22 Total	62,38	33,6	64,68	30,7
LAS Skills	13,96	6,9	15,81	5,9
LAS Traditionen	30,38	11,0	34,49	12,2
LAS soz. Integration	21,08	5,4	21,51	5,1
LAS Normen und Werte	23,58	10,9	24,3	11,6
LAS Loss	9,88	4,1	11,57	4,9
LAS Total	98,88	27,6	107,68	26,9
Kriteriumsvariablen				
GHQ Somat. Beschwerde	3,69	2,2	3,11	2,1
GHQ Angst & Schlaflos.	4,08	2,9	3,08	2,8
GHQ soz. Dysfunktion	3,54	1,8	3,89	2,1
GHQ Depression	2,54	2,6	1,54	2,0
Total GHQ-28	13,85	6,3	11,62	5,4

Ergänzend wurde die Rolle des Geschlechts auch in Bezug auf soziodemografische Variablen untersucht. Es bestanden aber keine signifikanten Unterschiede zwischen Männern und Frauen in Bezug auf Alter, Altersgruppen, Bildung und Länge des Aufenthaltes in Österreich, Religion, Familienstand und Lebensumstände.

Zusammenfassend ist also zu sagen, dass, obwohl es leichte Unterschiede zwischen Männern und Frauen in den Fragebögenwerten gibt, keiner dieser Unterschiede der Signifikanzprüfung Stand gehalten hat, ebenso wenig liegen Unterschiede in Bezug auf die soziodemografischen Variablen vor.

7.6. Zusammenhänge zwischen dem psychischem Gesundheitszustand und den soziodemografischen Variablen

Um zu wissen, welche soziodemografischen Variablen in die Regression aufgenommen werden sollen und welche nicht mit dem Gesundheitszustand in Verbindung stehen, wurden Korrelationen zwischen diesen Variablen und dem GHQ_{Total} gerechnet. Falls die Voraussetzungen erfüllt sind wird die Korrelation von Pearson mit dem Korrelationskoeffizienten r_p gerechnet, falls die Voraussetzungen nicht erfüllt sind wird auf parameterfreie Entsprechungen zurückgegriffen (Spearman's Korrelation, Kendell's tau oder Punkt-biseriale Korrelation).

Es bestand eine signifikante Korrelation zwischen dem Alter und den Werten des GHQ_{Total}, $r_p = .465$, $p < .001$, sowie zwischen der Stichprobenzugehörigkeit und dem GHQ_{Total}, $r_{pb} = .636$, $p < .001$. Außerdem bestand ein Zusammenhang zwischen der Variable höchste abgeschlossene Ausbildung und den Werten des GHQ_{Total} mit $r_s = -.415$, $p < .001$.

Die Korrelationen zwischen dem GHQ_{Total} und den anderen soziodemografischen Variablen waren nicht signifikant.

Dieses Muster der Signifikanz blieb weitestgehend erhalten, wurden die Korrelationen für die beiden Stichproben (klinische und nicht-klinische) sowie für Frauen und Männer getrennt berechnet. Zusätzlich wurde der Faktor Geschlecht für die klinische Stichprobe signifikant, weshalb auch das Geschlecht als Prädiktor in die Regression aufgenommen wird.

Die gefundenen Korrelationen zwischen den soziodemografischen Variablen und dem psychischen Gesundheitszustand finden sich für die Gesamtstichprobe, sowie für die klinische und die nicht-klinische Stichprobe und für Frauen und Männer getrennt in Tabelle 4 wieder.

Tabelle 4

Korrelationen der soziodemografischen Variablen mit dem GHQ_{Total}

	Stichprobe Gesamt	Klinische Stpr.	Nicht- klinische Stpr.	Männer	Frauen
Alter	.465**	.583**	.022	.574**	.394*
Altersgruppen	.390**	.582**	-.262	.427*	.349*
Familienstand	.042	-.182	.132	-.100	.126
Höchste Ausbildung	-.415**	-.192	-.231	-.655**	-.189
Länge des Aufenthaltes	-.201	-.134	-.079	-.100	-.300
Stichprobe	.636**	—	—	.715**	.598**
Geschlecht	-.189	-.328*	-.123	—	—
Lebensumstände	.014	-.036	.028	.209	-.114

*p < .05; **p < .001

7.7. Beantwortung der Hauptfragestellungen

Die in Kapitel 5 (Abschnitt 5.1 bis 5.5) dargestellten Hypothesen können zusammengefasst werden und bilden das hier verwendete Modell zur Vorhersage des psychischen Gesundheitszustandes bosnischer Flüchtlinge in Österreich.

Die in Abschnitt 5.7. formulierte Fragestellung lautet: Kann der psychische Gesundheitszustand bosnischer Flüchtlinge in Österreich durch die Stärke ihrer posttraumatischen Reaktionen, den akkulturationsbezogenen Stress sowie durch soziodemographische Variablen (Alter, Geschlecht, Bildungsstand, Länge des Aufenthaltes in Österreich) erklärt werden?

Nachdem die Voraussetzungen geprüft und für gegeben erachtet wurden, wurde zunächst eine multiple, hierarchische Regression durchgeführt, in die alle Variablen aufgenommen wurden, die aufgrund der theoretischen Herleitung wichtig erschienen und die sich durch die statistischen Verfahren als aussagekräftig herausgestellt haben. Die abhängige Variable, auch Kriteriumsvariable genannt, war der Totalwert des GHQ-28, der das subjektive psychische Wohlbefinden der TeilnehmerInnen widerspiegelt. Die unabhängigen Variablen - die Prädiktorvariablen - waren der Totalwert der IES-R, also die posttraumatischen Reaktionen, die Werte der Subskalen der LAS, also die Akkulturationswerte, sowie Alter und höchste abgeschlossene Ausbildung, die Stichprobenzugehörigkeit und das Geschlecht.

Die Variable *Länge des Aufenthaltes* konnte aufgrund der fehlenden Varianz nicht in die Regression mit aufgenommen werden, da die große Mehrheit der TeilnehmerInnen sich seit Mitte der Neunziger Jahre in Österreich aufhält und nur ein sehr geringer Teil erst später immigrierte. Auch ist die Korrelation zwischen dieser Variable und dem GHQ_{Total} nicht signifikant.

Um eine mögliche Multikollinearität schon im Vorfeld auszuschließen wurden Korrelationen zwischen den einzelnen Prädiktorvariablen gerechnet und in Tabelle 5 dargestellt. Obwohl signifikante Korrelationen vorhanden sind (z.B. zwischen IES_{Total} und LAS_{skills}) sind diese Korrelationen nicht beachtlich (alle $r < .9$) und auch die Toleranzwerte sowie der VIF der Regression zeigen, dass keine Multikollinearität vorliegt, die Voraussetzung also erfüllt ist und die Prädiktoren unterschiedliche Dinge erfassen (Field, 2009).

Tabelle 5 zeigt die Korrelationen zwischen den Prädiktorvariablen.

Tabelle 5

Korrelation zwischen den Prädiktorvariablen

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1 IES Total	1									
2 LAS Tradition	-.44***	1								
3 LAS Norms & Values	-.21**	.54***	1							
4 LAS Social I.	.19	-.06	-.13	1						
5 LAS Skills	-.53***	.56***	.36**	-.22*	1					
6 LAS Los	-.33**	.70***	.60***	-.28**	.43***	1				
7 Alter	.38**	-.31**	-.16	-.02	-.50***	-.31**	1			
8 Höchste abg. Ausbildung	-.49***	.55***	.32**	.03	.56***	.36**	-.38**	1		
9 Stichprobe	.72***	-.39***	-.05	.05	-.48***	-.14	.38**	-.43***	1	
10 Geschlecht	.04	.17	.03	.04	.15	.18	-.09	-.02	.01**	1

IES= Impact of Event Scale; LAS = Lowland Acculturation Scale; *p < .05; **p < .01; ***p < .001

Die Subskalen der IES-R (*Vermeidung*: $r = .55$, $p < .001$, *Intrusion*: $r = .69$, $p < .001$, *Übererregtheit*: $r = .70$, $p < .001$) und der Totalwert der IES-R korrelieren alle sehr hoch mit der Kriteriumsvariable GHQ_{Total} ($r = .69$, $p < .001$). Das bedeutet, dass diese Variablen, wie aus der Literatur zu erwarten war, hier auch statistisch den besten Prädiktor für die Kriteriumsvariable darstellen. Da sowohl die Subskalen *Intrusion*, *Vermeidung* und *Übererregtheit* als auch der Totalwert hoch mit dem GHQ_{Total} korrelieren wird hier, um das Modell möglichst sparsam zu halten, der Totalwert der IES-R als erster Prädiktor in die Regression aufgenommen und nicht alle drei Untertests.

Da die Subskalen der LAS in unterschiedlicher Weise mit den Werten des GHQ korrelieren (siehe Tabelle 6) und außerdem verschiedene Dimensionen des Konstrukts der Akkulturation erfassen, die für ein differenziertes Bild wichtig sind, wird hier nicht der Totalwert der LAS, sondern die einzelnen Skalen (*Tradition*, *Normen und Werte*, *soziale Integration*, *Skills* sowie *Loss*) in die Regression aufgenommen. Zudem geht - wie in Abschnitt 4 dargestellt - aus der Literatur hervor, dass ein Globalmaß der Akkulturation kein adäquater Prädiktor für den psychischen Gesundheitszustand darstellt (vgl. Knipscheer & Kleber, 2006, S. 350).

Tabelle 6

Korrelationen zwischen LAS und GHQ-28

	GHQ A Somat. Beschwerden	GHQ B Angst & Schlaflosigkeit	GHQ C Soz. Dysfunktion	GHQ D Depression	GHQTotal
LAS Tradition	-.409**	-.347**	.404**	-.349**	-.322*
LAS	-.093	-.046	.319*	-.087	.017
Normen und Werte					
LAS soz. Integration	-.083	.080	-.101	-.085	-.059
LAS Skills	-.501***	-.504***	.455***	-.392**	-.432***
LAS Loss	-.191	-.195	.267*	-.181	-.147
LAS Total	-.380**	-.304*	.437***	-.325**	-.268*

GHQ = General Health Questionnaire; LAS = Lowland Acculturation Scale; * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Nachdem im ersten Schritt die posttraumatischen Reaktionen in die multiple hierarchische Regression für die gesamte Stichprobe bosnischer Flüchtlinge aufgenommen werden und im zweiten Schritt die Akkulturationsdimensionen, folgen im letzten Schritt die soziodemografischen Variablen Alter, Geschlecht, höchste abgeschlossene Ausbildung und Stichprobenzugehörigkeit.

Die in der Regression angegebene Durbin-Watson Statistik betrug 1.75. Dieser Wert ist nahe an zwei, daher werden die Unabhängigkeit der Fehler angenommen und Autokorrelationen ausgeschlossen (Field, 2009).

Die Ergebnisse der multiplen Regression für die gesamte Stichprobe werden in Tabelle 7 wiedergegeben.

Tabelle 7

Hierarchische Regression der posttraumatischen Reaktionen und Akkulturationsdimensionen auf den psychischen Gesundheitszustand

Model	B	SE B	Beta	R ²	Änderung in R ²	Änderung in F (df)
gesamte Stichprobe (N = 63)						
1						
Konstante	4.47	1.22		.472	.472	54.557 (1, 61)***
Posttraumatische Reaktionen	.13	.02	.69***			
2						
Konstante	10.25	3.64		.561	.089	2.261 (5, 56)
posttraumatische Reaktionen	.119	.020	.65***			
LAS Traditionen	-.044	.071	-.089			
LAS Norms and Values	.122	.059	.233**			
LAS Social Integration	-.214	.109	-.191**			
LAS Skills	-.156	.108	-.169			
LAS Loss	.012	.177	.010			
3						
Konstante	2.234	5.321		.637	.076	2.725 (4, 52)**
posttraumatische Reaktionen	.100	.025	.543***			
LAS Traditionen	-.018	.072	-.037			
LAS Norme und Werte	.082	.058	.158			
LAS Soziale Integration	-.131	.107	-.117			
LAS Skills	-.004	.116	-.004			
LAS Loss	.095	.177	.076			
Höchste abgeschlossene Ausbildung	-.348	.588	-.068			
Alter	.121	.063	.195			
Geschlecht	-2.359	1.040	.201**			
Stichprobe	1,728	1,548	.149			

p < .05; *p < .001

Für die gesamte Stichprobe bosnischer Flüchtlinge in Österreich gelang es durch das Modell, 64% der Varianz der gesundheitsbezogenen Variablen zu erklären

(F (10, 52) = 9.12, p < .001).

Dieses Ergebnis ist mit den im Vorfeld aufgestellten Hypothesen konform die annahmen, dass der psychische Gesundheitszustand primär durch die traumatischen Reaktionen als

Folge von Kriegserleben vorhersagbar ist und zusätzlich durch akkulturationsbedingte Dimensionen ein weiterer Teil der Varianz erklärt werden kann.

Allerdings ist im letzten Schritt der Regression, in dem soziodemografische Variablen (Alter, Geschlecht, Bildungsstand und Stichprobe) miteinbezogen wurden, keine der Akkulturationsdimensionen signifikant. Lediglich die posttraumatische Reaktion behielt ihre Signifikanz bei $t(62) = 4.02, p < .001$. Außerdem signifikant ist der Beitrag des Geschlechts $t(62) = -2.267, p < .05$.

Ohne das Einbeziehen der soziodemografischen Variablen trugen die Variablen *Soziale Integration* $t(62) = -1.97, p < .05$, sowie *Normen und Werte* $t(62) = 2.05, p < .05$ signifikant zur Erklärung der gefundenen Varianz innerhalb des GHQ-28 bei.

Im nächsten Schritt werden multiple hierarchische Regressionen für die beiden Stichproben getrennt voneinander durchgeführt. Die Reihenfolge der einbezogenen Variablen bleibt bestehen.

Die Ergebnisse für die klinische Stichprobe finden sich in Tabelle 8 und die für die nicht-klinische Stichprobe werden in Tabelle 9 dargestellt.

Tabelle 8

Hierarchische Regression der posttraumatischen Reaktionen und Akkulturationsdimensionen auf den psychischen Gesundheitszustand. Klinische Stichprobe

Model	B	SE B	Beta	R ²	Änderung in R ²	Änderung in F (df)
Klinische Stichprobe (N = 34)						
1						
Konstante	-2.5	4.185		.384	.384	19.981 (1, 32)***
posttraumatische Reaktionen	.218	.049	.620***			
2						
Konstante	1.765	7.309		.470	.085	.869 (5, 27)
posttraumatische Reaktionen	.211	.051	.601***			
LAS Traditionen	.133	.112	.300			
LAS Normen und Werte	.068	.096	.132			
LAS Soziale Integration	-.158	.182	-.137			
LAS Skills	-.221	.174	-.240			
LAS Loss	-.292	.289	-.246			
3						
Konstante	-13.434	9.322		.595	.126	2.484 (3, 24)
posttraumatische Reaktionen	.160	.052	.475**			
LAS Traditionen	.125	.109	.282			
LAS Normen und Werte	.034	.092	.067			
LAS Soziale Integration	.012	.194	.011			
LAS Skills	.082	.206	.089			
LAS Loss	-.228	.274	-.192			
Höchste abgeschlossenen Ausbildung	.024	.818	.005			
Alter	.273	.133	.400**			
Geschlecht	-2.625	1.716	-.255			

p < .05; *p < .001

Für die klinische Stichprobe erlangte das Modell keine Signifikanz, lediglich die posttraumatischen Reaktionen ($t(62) = 4.47$, $p < .001$) scheinen hier, neben dem Alter ($t(62) = 2.42$, $p < .05$), einen Erklärungsbeitrag zu leisten.

Tabelle 9

Hierarchische Regression der posttraumatischen Reaktionen und Akkulturationsdimensionen auf den psychischen Gesundheitszustand. Nicht-klinische Stichprobe

Model	B	SE B	Beta	R ²	Änderung in R ²	Änderung in F (df)
Nicht-klinische Stichprobe (N = 29)						
1						
Konstante	6.718	1.125		.129	.129	4.012 (1, 27)**
posttraumatische Reaktionen	.047	.023	.360**			
2						
Konstante	9.372	4.355		.283	.153	.941 (5, 22)
posttraumatische Reaktionen	.072	.029	.552**			
LAS Traditionen	-.082	.094	-.226			
LAS Normen und Werte	.062	.076	.210			
LAS Soziale Integration	-.169	.132	-.274			
LAS Skills	-.008	.139	-.012			
LAS Loss	.142	.216	.191			
3						
Konstante	10.094	6.604		.409	.126	1.354 (3, 19)
posttraumatische Reaktionen	.084	.030	.646**			
LAS Traditionen	-.066	.095	-.183			
LAS Normen und Werte	.084	.077	.286			
LAS Soziale Integration	-.146	.148	-.237			
LAS Skills	-.001	.147	-.002			
LAS Loss	.250	.227	.335			
Höchste abgeschlossene Ausbildung	-.866	.967	-.246			
Alter	.012	.073	.032			
Geschlecht	-3.011	1.509	-.408			

p < .05; *p < .001

Ebenso wie für die klinische Stichprobe erlangte das Modell auch für die nicht-klinische Stichprobe keine Signifikanz. Auch hier scheinen lediglich die posttraumatischen Reaktionen einen Erklärungsbeitrag zu leisten ($t(62) = 2.0$, $p < .05$).

Zusätzlich wurden explorativ Regressionen für Männer und Frauen getrennt voneinander durchgeführt. Zwar erreichte das Modell auch hier keine Signifikanz, dennoch ist ein deutlicher Trend zu erkennen. Für Männer und Frauen in dieser Stichprobe scheint sich die Akkulturation unterschiedlich auf den psychischen Gesundheitszustand auszuwirken.

Tabelle 10 zeigt diese unterschiedliche Wirkweise, wobei in Modell 1 nur die posttraumatischen Reaktionen aufgenommen wurden und in Modell 2 zusätzlich die Akkulturationswerte.

Tabelle 10

Multiple hierarchische Regressionen für Männer und Frauen

	Modell	R ²	R ² change
Männer:	1	.636	.636
	2	.685	.049
Frauen:	1	.394	.394
	2	.522	.128

1. Einflussvariablen: IES_{Total}

2. Einflussvariablen: IES_{Total}, LAS_{Soz.Int.}, LAS_{NuV}, LAS_{Skills}, LAS_{Loss}, LAS_{Tradition}

8. Diskussion

Um die eben dargestellten Ergebnisse besser diskutieren zu können, wird zunächst auf die Unterschiede zwischen der klinischen und der nicht-klinischen Stichprobe eingegangen. Außerdem wird der Einfluss der soziodemografischen Variablen diskutiert. In einem nächsten Schritt widmet sich die Diskussion dann der Hauptfragestellung, wobei das hier entwickelte Modell zur Erklärung des Gesundheitsstandes der Flüchtlinge besprochen wird. Diese umgekehrte Reihenfolge in der Diskussion ist der besseren Darstellbarkeit geschuldet.

In Bezug auf den psychischen Gesundheitszustand - erhoben mit dem GHQ-28 - unterscheiden sich die beiden Stichproben signifikant voneinander und das nicht nur im Totalwert des GHQ-28, sondern auch in den Subskalen *körperliche Beschwerden*, *Angst und Schlaflosigkeit* sowie *Depression*. Die klinische Stichprobe gab überall höhere Werte an, was als Zeichen einer höheren Symptombelastung gesehen wird. Nur in der Subskala *soziale Dysfunktion* wies die nicht-klinische Stichprobe höhere Werte und damit eine größere Beeinträchtigung auf. Dieses Muster war auch bei Knipscheer und Kleber (2006) aufgetreten. Eine mögliche Erklärung für dieses Ergebnis ist, dass die Personen in der klinischen Stichprobe auf Grund ihrer Erfahrungen in einer Therapie oder bei psychologischen Beratungen geeignete Hilfestellung erfahren haben und so Techniken entwickeln konnten, trotz der von ihnen erlebten Beeinträchtigungen ihr soziales Leben gut zu meistern.

Betrachtet man die psychischen Reaktionen, die mit der IES-R erhoben wurden stellt man fest, dass die gesamte Stichprobe sehr hohe Werte angibt, also ein Großteil der Personen starke posttraumatische Reaktionen wahrnimmt. Dennoch sind auch hier die Stichprobenunterschiede signifikant. Die klinische Stichprobe bosnischer Flüchtlinge erfährt mehr Beeinträchtigungen durch die posttraumatischen Reaktionen. Alle teilnehmenden Personen in dieser Stichprobe lagen über einem doch sehr konservativen Cutoff-Wert von 35 - andere Studien berichten von Cutoff-Werten ab 26 (Mooren et al., 2003) - der erhebliche Beeinträchtigungen auf Grund der posttraumatischen Reaktionen indiziert. Doch auch in der nicht-klinischen Stichprobe lagen noch mehr als 50% über diesem Wert.

Auch wenn sich die Stichproben in Bezug auf posttraumatische Reaktionen und den psychischen Gesundheitszustand statistisch signifikant voneinander unterscheiden, die Stichprobenzugehörigkeit ein Prädiktor für den Gesundheitszustand darstellt und man daher annehmen kann, dass Personen mit schwerwiegenden psychischen Problemen ihren Weg in die Gesundheitsversorgung finden und dort adäquat versorgt werden, so hat auch in der nicht-klinischen Stichprobe, deren Teilnehmer sich weder aktuell noch in der Vergangenheit in Behandlung befanden und befinden, ein großer Teil mit erheblichen psychischen Belastungen zu kämpfen, ohne professionelle Hilfe und Unterstützung erhalten zu haben (vgl. Knipscheer & Kleber, 2006). Es scheint also, dass das Gesundheitssystem noch nicht ausreichend an die Bedürfnisse dieser sensiblen PatientInnengruppe angepasst ist. Ein niederschwelliges Versorgungsangebot sowie Informationen in verschiedenen Sprachen, an den richtigen Stellen ausgelegt, würde möglicherweise das Misstrauen reduzieren und Flüchtlinge und Menschen mit Migrationshintergrund dazu bewegen, gesundheitliche Dienste in Anspruch zu nehmen. Eine vermehrte und vor allem frühzeitige Inanspruchnahmen könnte darüber hinaus verhindern, dass auch nach vielen Jahren noch erhebliche, mitunter chronifizierte Beeinträchtigungen bestehen.

Die beiden in der vorliegenden Arbeit untersuchten Teilstichproben unterscheiden sich in Bezug auf die Akkulturation nur in zwei Subskalen (*Traditionen* und *Skills*) und dem Totalwert der LAS voneinander. Die gefundenen Unterschiede sind dergestalt, dass die Personen der nicht-klinischen Stichprobe angeben über geringere Fähigkeiten zu verfügen, anfallende Aufgaben in der neuen Gesellschaft adäquat zu erfüllen und darüber hinaus eine konservativere Einstellung in Bezug auf zu wahrende Traditionen haben, als Personen der klinischen Stichprobe.

Dass eine konservativere Einstellung und das Bewahren der eigenen Kultur und Tradition sich positiv auf den Gesundheitszustand von Flüchtlingen und MigrantInnen auswirkt, wurde schon in anderen Studien beschrieben (Mooren et al., 2001, Schwartz et al., 2010). Auch Carswell et al. (2011) berichten von vermehrtem emotionalem Stress und schlechterem psychischen Wohlbefinden bei Verlust der eigenen Kultur und von kultureller Unterstützung. Dieses Ergebnis legt nahe, dass es mit mehr negativem Stress verbunden ist die eigene Kultur zu Gunsten der neuen gänzlich aufzugeben. Eine günstigere Prognose scheinen Personen zu haben, die, wie im *alternation model* (LaFromboise et al., 1993) vorgeschlagen, ihre eigene Tradition bewahren, sowohl die eigene als auch die neue Kultur verstehen und ihr Verhalten flexibel an beide anpassen können.

Im Gegensatz zu den Ergebnissen der Studie von Knipscheer und Kleber (2006), in denen sich das Besitzen adäquater Fähigkeiten positiv auf den Gesundheitszustand auswirkt, scheint es in der vorliegenden Arbeit so zu sein, dass die Personen der nicht-klinischen Stichprobe weniger solche Fähigkeiten besitzen. Dies kann, ähnlich wie in Bezug auf die Skala *soziale Dysfunktion* des GHQ-28 daran liegen, dass Personen in psychologischer oder therapeutischer Behandlung für ihre Probleme sensibilisiert wurden und in Folge adäquater damit umgehen können. Außerdem erfahren PatientInnen mehr praktische Unterstützung ihren Alltag trotz dieser Beeinträchtigungen zu bewältigen, als Personen der nicht-klinischen Stichprobe, die mit ihren Problemen sich selbst überlassen sind.

Die Personen in der nicht-klinischen Stichprobe sind signifikant jünger und es befinden sich signifikant mehr höher gebildete Personen darin als in der klinischen Stichprobe. Daher ist es schwierig kausale Schlüsse in Bezug auf den Effekt des Alters zu ziehen. Es kann nicht unterschieden werden, ob sich das Alter in dieser Stichprobe generell negativ auf den Gesundheitszustand auswirkt, oder nur deshalb weil die klinische Stichprobe signifikant älter ist. Generell gilt höheres Alter in der Literatur oft als Risikofaktor und ältere Menschen berichten in einer Vielzahl von Studien von mehr Beschwerden (Lozes Cardozo et al., 2000; Marshall et al., 2005; Mollica et al., 2001; Mooren, 2010; Mooren et al., 2003; Plante et al., 2002; Weine et al., 1998). Eine mögliche Erklärung der hier gefundenen Ergebnisse könnten die unterschiedlichen Kriegserlebnisse der TeilnehmerInnen liefern. Jüngere Teilnehmer waren während des Krieges noch Kinder bzw. Jugendliche und haben vielleicht nicht das ganze Ausmaß des Krieges mitbekommen da sie von ihren Eltern so gut es ging davon ferngehalten wurden. Zusätzlich war die Gewalt nicht hauptsächlich auf sie gerichtet. Allerdings kann darüber keine Aussage gemacht werden, da die konkreten Kriegserlebnisse in der vorliegenden Arbeit nicht im Einzelnen erfasst wurden, worauf weiter unten noch einmal genauer eingegangen wird.

Ähnlich verhält es sich mit dem Bildungsstand. In der Traumaliteratur gilt eine geringe Bildung als Risikofaktor (Bhugra, 2004; Blight et al., 2006; Brewin et al., 2000), daher sind die hier gefundenen Ergebnisse mit der Literatur konform. Allerdings können auch hier keine kausalen Schlussfolgerungen gezogen werden.

Was das Geschlecht betrifft, so unterscheiden sich Männer und Frauen in keiner der soziodemografischen Variablen signifikant voneinander.

In Bezug auf die posttraumatischen Reaktionen sowie bei der Akkulturation weisen Frauen höhere Werte auf als Männer, dennoch sind auch diese Unterschiede statistisch nicht signifikant. Überraschend ist, dass Männer ihren psychischen Gesundheitszustand schlechter einschätzten als Frauen. Lediglich in der Subskala *soziale Dysfunktion* gaben Frauen höhere Werte, also eine größere wahrgenommene Beeinträchtigung an als Männer. Allerdings sind auch diese Unterschiede statistisch nicht signifikant.

In der allgemeinen Trauma- bzw. Flüchtlingsliteratur wird davon ausgegangen, dass Frauen eine größere Anfälligkeit für posttraumatischen Stress und einen schlechteren psychischen Gesundheitszustand aufweisen (vgl. Porter & Haslam, 2005). Allerdings finden sich in Studien, die im bosnischen Kontext durchgeführt wurden, so wie in dieser Arbeit auch, häufig keine solchen Geschlechtsunterschiede (Mollica et al., 1999; Momartin et al., 2004).

So scheint es, wie auch bei Miller et al. (2002b, S. 385), keine einfachen linearen Beziehungen zwischen demografischen Variablen und den gesundheitsbezogenen Variablen (GHQ-28, IES-R) in der Stichprobe zu geben. Alle Betroffenen waren verschiedenen kriegsbedingten Stressoren ausgesetzt und kaum eine demografische Gruppe scheint davor geschützt gewesen zu sein.

Das Verhältnis von Akkulturation und PTS-Symptomen ist größtenteils mit den Ergebnissen aus anderen Studien konform. Die Höhe der Akkulturation ist negativ korreliert mit den posttraumatischen Reaktionen (vgl. Spasojevic et al., 2000). Alle Akkulturationsdimensionen korrelieren signifikant negativ mit der IES-R, nur die Dimension *soziale Integration* korreliert positiv, ist aber nicht signifikant. Dieses Ergebnis ist zwar unerwartet, doch ist es mit dem in Abschnitt 4.2.4. beschriebenen Phänomen des *immigrant paradox* vereinbar, welches besagt, dass vermehrter Kontakt zur autochthonen Bevölkerung mit größeren Problemen und mehr psychischem Stress einhergehen kann.

Ein so nicht erwartetes Ergebnis ist die negative Korrelation zwischen dem Faktor *Skills* und den PTS-Symptomen, denn das bedeutet, dass das Fehlen von geeigneten Fähigkeiten für die neue Kultur mit einer geringeren Belastung durch die posttraumatischen Reaktionen einhergeht. Dieses Ergebnis steht im Gegensatz zu den in der Literatur berichteten Ergebnissen, bei denen sich die Fähigkeit den Alltag in der neuen Kultur zu bewältigen, positiv auf die PTS Symptome und den allgemeinen Gesundheitszustand auswirkt (vgl. Knipscheer & Kleber, 2006, Spasojevic et al., 2000). Die in die vorliegende Untersuchung

einbezogene nicht-klinische Stichprobe gab an, signifikant schlechtere Fähigkeiten in Bezug auf die Bewältigung des Alltages in der neuen Kultur zu haben. Das kann, wie weiter oben in der Diskussion bereits angeführt, daran liegen, dass diese keine Unterstützung von staatlicher Seite oder von Seiten der Gesundheitsversorgung erhalten, im Gegensatz zu der sich in Behandlung befindenden klinischen Stichprobe. Es kann aber auch ein Indiz dafür sein, dass der für den niederländischen Kontext und die niederländische Kultur entwickelte Akkulturationsfragebogen kein adäquates Messinstrument für in Österreich lebende BosnierInnen darstellt und dass er, um auch hier zum Einsatz kommen zu können, für Österreich adaptiert werden müsste.

Generell weisen Personen mit höheren Werten in den Akkulturationsdimensionen aber geringere posttraumatische Symptome auf. Dies kann daran liegen, dass höher akkulturierte Personen im Allgemeinen weniger akkulturativen Stress erfahren, was sich wiederum positiv auf PTS-Symptome auswirkt. Allerdings kann es auch sein, dass schwer traumatisierte Menschen mehr Schwierigkeiten haben sich nach der Flucht zu akkulturieren. Ganz global scheint es so zu sein, dass Flüchtlinge, die einen sehr geringen Grad an Akkulturation ausweisen ein größeres Risiko haben eine PTBS oder zumindest verstärkten posttraumatischen Stress zu entwickeln, und dieser Zusammenhang sollte bei der Arbeit mit dieser Bevölkerungsgruppe immer mitgedacht werden (Spasojevic et al., 2000).

Unter den Studien, die sich mit den psychologischen Auswirkungen von Krieg und Flüchtlingsdasein beschäftigen, besteht eine große Heterogenität. Sie findet sich nicht nur bei den verwendeten Instrumenten, sondern auch bei den einbezogenen Stichproben. Diese Tatsache macht nicht nur die Vergleichbarkeit der Ergebnisse unter einander und das Bestimmen von Prävalenzraten schwierig, sondern schränkt auch die Generalisierbarkeit der gefundenen Ergebnisse ein (Miller et al., 2002b; Steel et al., 2009). Nichts desto trotz haben viele Studien, die sich auf Flüchtlinge aus der Balkanregion beziehen oder sich explizit mit bosnischen Flüchtlingen beschäftigten, hohe Raten an PTS-Symptomen und einen eingeschränkten psychischen Gesundheitszustand in dieser Population bestätigt. So kann auf Grund der vorhandenen Literatur davon ausgegangen werden, dass der Krieg in Bosnien und Herzegowina und die darauf folgende Migration sowie das Leben im Exil für viele Menschen einen erheblichen Risikofaktor zur Entwicklung einer psychischen Erkrankung darstellt (Miller, 2002b). Auch die in der vorliegenden Arbeit erzielten Ergebnisse legen diesen Schluss nahe. Der Mittelwert des psychischen Gesundheitszustandes der gesamten

Stichprobe, gemessen mit dem GHQ-28 betrug 12.5 (SE = 5.8), für die klinische Stichprobe betrug er sogar 16.0 (SE = 5.1). Zum Vergleich seien hier Mittelwerte aus anderen Studien angegeben, die als Messinstrument ebenfalls den GHQ-28 verwendet haben.

Lopes Cardozo et al. (2000) untersuchten Flüchtlinge innerhalb des Kosovo und fanden einen Mittelwert von 11.1 (CI = 9.9-12.4). Bei Turner et al. (2003) wurden Kosovoalbaner in England befragt, hier war der Mittelwert der gesamten Stichprobe 10.4 (SE = 8.5). Mooren (2001) widmete sich in ihrer Studie Bosniern, die im Durchschnitt seit 5 Jahren in den Niederlanden waren und die einen Mittelwert von 12.1 (SE = 7.0) aufwiesen. Knipscheer und Kleber (2006) zogen eine Stichprobe an Bosniern in den Niederlanden heran, die im Durchschnitt schon 10 Jahre dort lebte, hier betrug der Mittelwert 11.8 (SE = 6.6). Alle diese Werte zeigen eine deutlich erhöhte Symptombelastung, ruft man sich in Erinnerung, dass Werte zwischen sechs und elf als mittelgradig schwere psychische Morbidität und Werte über elf als eindeutig krankheitswertig interpretiert werden können (Goldberg, et al., 1997).

Ähnlich verhält es sich mit den Ergebnissen der IES-R. Die hier untersuchte Stichprobe bosnischer Flüchtlinge in Österreich erreichte einen Mittelwert von 63.7 (SE = 31.7), die klinische Teilstichprobe sogar einen Wert von 84.7 (SE = 14.6). Auch dazu seien im Vergleich Ergebnisse aus anderen Studien genannt. Mooren (2001) fand in ihrer Stichprobe in Bosnien einen Mittelwert von 54.9 (SE = 25.9) und zusammen mit Kollegen (2003) bei Bosniern in den Niederlanden einen Mittelwert von 46.2 (SE = 13.6). Die von Knipscheer und Kleber (2006) untersuchte Stichprobe wies sogar einen Mittelwert von 70.0 (SE = 27.5) auf und die von Hunt et al. (2005) einen Mittelwert von 52.2 (SE = 14.1). Auch diese Werte können als eindeutig krankheitswertig interpretiert werden.

Obwohl durch eine Überrepräsentation klinischer Stichproben und fehlende Randomisierung eine Überschätzung der Symptome möglich ist, implizieren die Ergebnisse einen großen Bedarf an Interventionen des Gesundheitssektors speziell für diese Bevölkerungsgruppen. Zusätzlich legen die Ergebnisse, auch wenn es vergleichbar wenig Langzeitstudien gibt, nahe, dass Flüchtlinge auch nach Jahren noch unter posttraumatischen Reaktionen leiden und eine Besserung der Symptome und Reaktionen über die Zeit kaum auftritt. Im Gegenteil, es scheint, dass gerade die posttraumatischen Stresssymptome mit der Zeit eher zunehmen und sich so auch der psychische Gesundheitszustand verschlechtert (vgl. Carswell et al., 2011; Knipscheer und Kleber, 2006; Marshall et al., 2005; Miller et al., 2002b; Momartin et al., 2004).

Da die vorliegende Arbeit Ergebnisse auf korrelativer Basis präsentiert, sind Schlussfolgerungen über die Richtung der Zusammenhänge nicht möglich und alternative Erklärungen müssen in Erwägung gezogen werden. Zwar ist es wahrscheinlich, dass stärkere posttraumatische Reaktionen sich negativ auf den psychischen Gesundheitsstatus auswirken, doch ist es ebenso möglich, dass auf Grund eines schlechteren Gesundheitszustands ein erhöhtes Risiko besteht, nach einem traumatischen Ereignis vermehrte posttraumatische Reaktionen zu entwickeln (Knipscheer & Kleber, 2006, S.351).

Um einen objektiveren Parameter für die Ergebnisinterpretation zu haben, wäre es sinnvoll gewesen nach konkreten traumatischen Ereignissen (dem A1-Kriterium nach DSM-IV), die mit dem erlebten Krieg in Zusammenhang stehen, zu fragen. Eine Auflistung solcher traumatischer Lebensereignisse findet sich zum Beispiel im Harvard Trauma Questionnaire (HTQ, Mollica, Caspi-Yavin, Bollini, Truong, Tor & Lavalley; 1992). Hierbei handelt es sich um ein interkulturell einsetzbares Messinstrument, welches zur Erfassung von PTBS, Trauma und Folter in Flüchtlingspopulationen entwickelt wurde (Maercker & Bromberger, 2005).

Ein anderer Fragebogen, der PeriTraumaBelastungs - Fragebogen (Peritraumatic Distress Inventory, PDI, Brunet, Weiss, Metzler, Best, Neylan, Rogers, et al., 2001), erfasst darüber hinaus auch die subjektiven Reaktionen, die direkt auf das traumatische Ereignis folgen, also das A2-Kriterium nach DSM-IV (Maercker & Bromberger, 2005). Eine so ausführliche Diagnostik war im Rahmen dieser Untersuchung leider nicht möglich. Die Rekrutierung von teilnahmebereiten Personen erwies sich als schwierig, denn viele der bosnischen Flüchtlinge sind sehr misstrauisch, gerade wenn es sich um Fragen handelt die sich auf den Krieg beziehen (Knipscheer & Kleber, 2006, S.351). Nach konkreten Erlebnissen und akuten Reaktionen zu fragen hätte die ohnehin schon schwierige Ausgangslage noch verschärft, besonders da die Stichprobenrekrutierung ohne eine institutionelle Einbettung und Hilfestellung erfolgte. Auch andere Forscher berichten von Schwierigkeiten bei der Stichprobenrekrutierung, wenn es sich um Personen handelt, die solch schweren Traumata ausgesetzt waren (Carswell et al., 2011). Zudem handelt es sich bei der vorliegenden Arbeit um eine Replikation der Studie von Knipscheer und Kleber aus dem Jahre 2006, weshalb sich das Vorgehen an dem der eben genannten Autoren orientiert und keine zusätzlichen Messinstrumente hinzugezogen wurden.

Dem in dieser Untersuchung aufgestellten Modell zur Vorhersage des Gesundheitszustandes bosnischer Flüchtlinge in Österreich gelang es 64% der Varianz der gesundheitsbezogenen Variablen der gesamten Stichprobe zu erklären ($F(10, 52) = 9.12, p < .001$). Generell scheint

das Modell also den Gesundheitszustand in dieser Stichprobe gut vorhersagen zu können, so dass die gefundenen Ergebnisse die im Vorfeld aufgestellten Hypothesen bestätigen. Diese besagten, dass der psychische Gesundheitszustand primär durch die traumatischen Reaktionen der untersuchten Personen vorhersagbar ist. Ein weiterer Teil der Varianz wird durch die verschiedenen Dimensionen der Akkulturation sowie durch soziodemografische Variablen erklärt. Einschränkend muss hier erwähnt werden, dass keine der Akkulturationsdimensionen im letzten Schritt der Regression, in dem die soziodemografische Variablen (Alter, Geschlecht, Bildungsstand und Stichprobenzugehörigkeit) miteinbezogen wurden, signifikant war. Lediglich die posttraumatische Reaktion behielt ihre Signifikanz bei ($t(62) = 4.02, p < .001$).

Zusätzlich signifikant wurde das Geschlecht ($t(62) = -2.267, p < .05$).

Ohne das Einbeziehen der soziodemografischen Variablen trugen die Variablen *Soziale Integration* ($t(62) = -1.97, p < .05$) sowie *Normen und Werte* ($t(62) = 2.05, p < .05$) signifikant zur Erklärung der gefundenen Varianz innerhalb des GHQ-28 bei. Je mehr die TeilnehmerInnen angaben sozial integriert zu sein, desto geringer waren, unter Konstanthaltung der übrigen Faktoren, die gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Auch in anderen Untersuchungen wurde dies bestätigt. So fanden Miller et al. (2002b) heraus, dass soziale Isolation sich negativ auf den Gesundheitszustand bosnischer Flüchtlinge im Großraum Chicago auswirkte.

Doch auch hier muss darauf hingewiesen werden, dass es nicht möglich ist die Richtung dieses Zusammenhangs festzustellen. Wahrscheinlich ist, dass gut integrierte Personen mehr soziale Unterstützung erfahren, was sich positiv auf ihren Gesundheitszustand auswirkt. Ebenso kann es aber sein, dass Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen soziale Interaktionen meiden und so weniger integriert sind.

Je kritischer die Sicht der TeilnehmerInnen auf die Normen und Werte der österreichischen Gesellschaft sind, desto schlechter ist ihr wahrgenommener Gesundheitszustand.

Dass keine der Akkulturationsdimensionen letztlich signifikant wurde, ist wohl vor allem auf die geringen Stichprobengrößen in den beiden untersuchten Teilstichproben sowie in der Gesamtstichprobe zurückzuführen, denn in anderen Arbeiten zu diesem Thema erwiesen sich verschiedene Akkulturationsdimensionen durchaus als gute Prädiktoren für den psychischen Gesundheitszustand von Flüchtlingen. Manche von ihnen scheinen den Gesundheitszustand positiv, manche negativ zu beeinflussen (Knipscheer & Kleber, 2006). Ein weiterer Grund

könnte darin bestehen, dass ein längerer Aufenthalt im Gastland mit einem schlechteren Modellfit der Lowland Acculturation Scale verbunden ist (Mooren et al., 2001, S.63). Die durchschnittliche Länge des Aufenthaltes der hier untersuchten Stichprobe ist mit 18 Jahren fast doppelt so hoch wie die bei Knipscheer und Kleber (2006), welche 10 Jahre betrug. Außerdem ist es, wie schon erwähnt möglich, dass die Lowland Acculturation Scale sich nicht ideal für Flüchtlingsstichproben in anderen Ländern als den Niederlanden eignet.

Weder für die klinische noch für die nicht-klinische Stichprobe erreichte das Modell Signifikanz. Auch das ist primär auf die zu geringen Stichprobengrößen zurückzuführen, ein Problem, welches immer wieder in Bezug auf Flüchtlingsforschung beschrieben wird (Porter & Haslam, 2005; Steel et al., 2009).

In den zusätzlichen, explorativen Regressionen, die für Männer und Frauen getrennt voneinander durchgeführt wurden, erreichte das Modell zwar keine Signifikanz, dennoch ist ein deutlicher Trend zu erkennen. Für Männer und Frauen dieser Stichprobe scheint sich die Akkulturation unterschiedlich auf den psychischen Gesundheitszustand auszuwirken. Der Gesundheitszustand der männlichen Stichprobe lässt sich primär durch die posttraumatischen Reaktionen vorhersagen. Im Gegensatz dazu scheint die Akkulturation bzw. der akkultorative Stress bei Frauen einen großen Einfluss zu haben und zusätzlich zu den posttraumatischen Reaktionen einen entscheidenden Teil der gefundenen Varianz zu erklären. Dieser hier gefundene Unterschied in der Wirkung der Akkulturation muss allerdings noch in weiteren Studien überprüft und genauer untersucht werden.

Zusammenfassend ist zu sagen, dass eine große Varianz an Symptomausprägungen in den beiden Stichproben beobachtet wurde, was darauf hindeutet, dass es viele Menschen gibt, die trotz der enormen Belastungen durch Krieg und Migration kaum in ihrer psychischen Gesundheit beeinträchtigt sind. Allerdings zeigen die gefundenen Ergebnisse auch, dass eine Vielzahl an Personen unter erheblichen Beeinträchtigungen leidet. Von diesen Personen befindet sich ein nicht zu vernachlässigender Prozentsatz in der nicht-klinischen Stichprobe, was bedeutet, dass diesen Personen keinerlei Hilfestellung von Seiten der öffentlichen Gesundheitsversorgung zur Verfügung steht oder stand. Dies legt den Schluss nahe, dass der Gesundheitssektor im Moment noch mangelhaft an die Bedürfnisse dieser hoch vulnerablen Menschen angepasst ist und einen großen Prozentsatz von Personen, die von medizinischen, wie psychologischen Interventionen profitieren würden, nicht erreicht (Miller et al., 2002a).

Daher ist es wichtig, dass neue Konzepte für die Gesundheitsversorgung von Flüchtlingen und MigrantInnen entwickelt werden, die strukturelle sowie fachliche Defizite in diesem Bereich verringern. Dazu gehört eine Sensibilisierung der dort tätigen Fachkräfte in Bezug auf die körperlichen sowie psychischen Erkrankungen, die mit Flucht und Migration in Zusammenhang stehen. Dies kann durch gezielte Weiterbildungen erreicht werden, in denen neue Qualifizierungen erworben werden, zum Beispiel hinsichtlich kulturspezifischer Ausdrucksformen und Körperkonzepte (Behrens, 2002). Auch ein flächendeckender Einsatz von Dolmetschern und mehrsprachigen Fachkräften würde zu einer besseren Versorgung einen Beitrag leisten. Ebenso Informationsbroschüren, die in der entsprechenden Sprache verfasst sind und an den richtigen Orten ausliegen und die zusätzlich auch über präventives und gesundheitsförderndes Verhalten aufklären (Erpenbeck, 2002).

Außerdem reicht eine einseitige Konzentration auf posttraumatische Symptome nicht aus, um das gesamte Leid in dieser Bevölkerungsgruppe zu erfassen und zu verstehen. Daher sollten immer auch akkulturationsbedingte Faktoren in die Beratung und Behandlung mit einfließen (Knipscheer & Kleber, 2006).

Viele MigrantInnen sind sehr misstrauisch gegenüber Gesundheitseinrichtungen und nehmen deren Service nicht in Anspruch, sondern versuchen ihre Probleme erst einmal alleine oder mit Hilfe ihres informellen Netzwerkes zu lösen (Knipscheer & Kleber, 2006; Markovic et al., 2002).

Generell scheint derzeit noch keine Chancengleichheit in Bezug auf Gesundheit und Inanspruchnahme von gesundheitsbezogenen Diensten zu herrschen. Um dies zu ändern müssen noch viele kulturelle, sprachliche sowie institutionelle Barrieren in allen medizinischen und therapeutischen Bereichen überwunden werden, um das herrschende Misstrauen der Menschen abzubauen (Erpenbeck, 2002).

8.3. Limitations

Wie häufig in der Flüchtlingsforschung und bei Untersuchungen mit eher unbekannten Stichproben, besteht auch in der vorliegenden Arbeit eine wichtige Einschränkung darin, dass sie mit einer nicht randomisierten Verfügbarkeitsstichprobe arbeitet. Außerdem stand nur eine relativ kleine Stichprobe von 63 Personen zur Verfügung, was an der recht schwierigen

Rekrutierung solcher Stichproben von Minderheiten liegt. Viele BosnierInnen waren schweren Traumatisierungen ausgesetzt und reagieren oft sehr misstrauisch auf persönliche, familienbezogene Fragen oder Fragen über den Krieg (Knipscheer & Kleber, 2006; Miller et al., 2002a; Plante et al., 2002; Spasojevic et al., 2000). All das schränkt die Generalisierbarkeit der Ergebnisse ein.

Ein weiteres oft beschriebenes Problem liegt darin, dass es sich bei den verwendeten Instrumenten zur Erfassung der relevanten Variablen um Selbsteinschätzungsfragebögen handelt, die retrospektiv von den TeilnehmerInnen selbst ausgefüllt werden. Solche Selbsteinschätzungsfragebögen stellen keine objektive Messung dar und schränken die Validität der Ergebnisse ein. Auf Grund der Retrospektivität ist eine Über- oder Unterschätzung der Belastungen und Ereignisse möglich, denn das Abrufen aus der Erinnerung kann fehlerbehaftet sein (Hondius et al., 2000; Marshall et al., 2005; Miller et al., 2002a; Plante et al., 2002; Steel et al., 1999, 2009). Zumeist kommt es wohl zu einer Überschätzung und damit zu höheren Prävalenzraten psychischer Störungen als bei interviewbasierten Studien (Hondius et al., 2000). Zusätzlich ist es möglich, dass eher traditionelle BosnierInnen nicht an diese Art der Multiple-Choice-Fragebögen gewöhnt sind, was zu fehlerhafter Bearbeitung und daher nicht aussagekräftigen Ergebnissen führen kann (Spasojevic et al., 2000). Allerdings sind retrospektive Untersuchungen auf diesem Gebiet oftmals der einzige Weg um an Informationen zu kommen (Steel et al., 1999), auch wenn es andere robustere Methoden der Datenerhebung gibt, wie Berichte von Angehörigen oder Freunden, klinische Interviews und Längsschnittstudien.

Erfahrungsgemäß führen solche methodologischen Faktoren wie eine nicht randomisierte, kleine Stichprobe sowie die Verwendung von Selbsteinschätzungsfragebögen zu einer Überschätzung der Beeinträchtigungen durch psychische Krankheiten und zu recht hohen Punktprävalenzen psychischer Störungen (Steel et al., 2009). Da die Teilnahme außerdem auf Freiwilligkeit beruhte, ist auch die Repräsentativität der Stichprobe fraglich (Steel et al., 1999). Daher lassen sich die Ergebnisse am besten im Kontext anderer Ergebnisse in diesem Bereich betrachten (Miller et al., 2002a).

Wie auch schon von Mooren et al (2001) gefordert, wären Längsschnittstudien für diese Art der Fragestellungen angebrachter, denn gerade Akkulturation ist kein Zustand, der einmal erfasst werden kann, sondern ein sich ständig ändernder Prozess.

Um also Veränderungen über die Zeit sichtbar zu machen, wäre eine Untersuchung mit mehreren Messzeitpunkten über einen relativ langen Zeitraum angemessener. So könnte auch eine bessere Aussage über die Wechselwirkungen und Interaktionen der beteiligten Variablen und über mögliche Bewältigungsmechanismen und Resilienzfaktoren gemacht werden.

Das zur Vorhersage des psychischen Gesundheitszustandes herangezogene Modell erklärt zwar einen großen Teil der gefundenen Varianz der gesundheitsbezogenen Variablen, ist aber dennoch unvollständig und erfasst nicht alle der möglichen Variablen. Andere potentiell wichtigen Prädiktoren wie die Familiengeschichte in Bezug auf psychische Krankheiten und Traumata, eigene frühere Traumata, aber auch die konkreten traumatischen Erfahrungen während des Krieges sowie neurobiologische Faktoren bleiben in der vorliegenden Arbeit unbeachtet (Plante et al., 2002; Steel et al., 1999).

Dass das Fehlen des A Kriteriums problematisch ist, wurde im vorigen Abschnitt schon diskutiert und soll deshalb hier nur noch einmal kurz erwähnt werden. Nicht nur fehlt dadurch ein wichtiger Parameter, der für die Interpretation der Ergebnisse hilfreich gewesen wäre, sondern auch ein objektiveres Maß, welches als unabhängige Variable in Bezug auf die davon abhängigen Variablen *posttraumatische Reaktionen* und *psychischer Gesundheitszustand* weitere Schlussfolgerungen zugelassen hätte.

8.4. Ausblick und Implikationen

Zukünftige Forschung auf dem Gebiet sollte sich zum Ziel setzen eine höhere Stichprobengröße zu gewinnen, damit nicht nur sehr große Effekte gefunden werden können und die Generalisierbarkeit nicht von Anfang an eingeschränkt ist. Zusätzlich sollten sich folgende Studien nicht alleine auf Selbsteinschätzungsfragebögen verlassen, sondern robustere Messinstrumente, wie klinische Interviews ergänzend zu den Fragebögen einsetzen (Plante et al., 2002). Um die Validität der Messinstrumente zu gewährleisten, wird von einigen Autoren vorgeschlagen, Vorstudien durchzuführen, um für den jeweils gegebenen Kontext geeignete Cutoff-Werte zu erhalten. So soll einer Überschätzung der Prävalenzen entgegengewirkt werden (Plante et al., 2002; Turner et al., 2003). Gerade im Kontext von Minderheiten sind eigene Normen oder idealerweise eigene Messinstrumente für verschiedene Stichproben, Populationen und Kontexte wichtig, um das Vorhandensein von

psychischen Beeinträchtigungen weder zu über- noch zu unterschätzen und daraus geeignete Interventionsprogramme ableiten zu können. Denn im Moment herrscht noch Unklarheit darüber, welche die am besten geeigneten Strategien für die Interventionen sind (Lopes Cardozo et al., 2003). Klar scheint allerdings, dass das Gesundheitssystem noch nicht zufriedenstellend an die Bedürfnisse dieser Menschen angepasst ist.

Bis jetzt mangelt es noch massiv an methodisch gut angelegten Langzeitstudien in Bezug auf die psychische Gesundheit von traumatisierten Flüchtlingen. Sie wären ein entscheidender Ansatz, um die Wechselwirkungen zwischen gesundheits- und akkulturationsbezogenem Stress, Coping und Resilienz sowie dem psychischen Gesundheitszustand in diesen Populationen zu verstehen (Marshall et al. 2005; Plante et al., 2002).

Zudem beziehen sich die meisten Studien auf Flüchtlinge, die sich in westeuropäischen Ländern, Amerika oder Canada aufhalten. Es gibt kaum Studien, die sich auf Flüchtlinge in Entwicklungsländern konzentrieren, obwohl sich dort ein großer Prozentsatz der weltweit zur Flucht gezwungenen Personen aufhält. So lassen sich die gefundenen Ergebnisse nicht auf diesen großen Teil der Flüchtlinge weltweit generalisieren. Untersuchungen in Entwicklungsländern würden zusätzliche Informationen für ein adäquates Verständnis der Situation der Betroffenen liefern (DeJong et al., 2001).

Eine nicht geringe Zahl der von einem traumatischen Erlebnis und von Flucht betroffenen Menschen leiden unter darauf zurückzuführenden Beeinträchtigungen ihrer psychischen Gesundheit, einige auch noch Jahre nach der Migration (vgl. Lopres Cardozo et al., 2003).

Diese Ergebnisse haben weitreichende Implikationen. Die psychische Gesundheitsversorgung von Flüchtlingen und MigrantInnen sollte sich nicht nur auf die Behandlung der durch das Kriegstrauma entstandenen Beeinträchtigungen konzentrieren, sondern es sollten ganzheitliche Interventionen umgesetzt werden, die auch akkulturationsbezogene Schwierigkeiten aufgreifen und den Menschen Hilfestellungen im Akkulturationsprozess bieten (Carswell et al., 2011).

Da auch nach Jahren noch erheblichen Belastungen zu beobachten sind stellt sich die Frage, was eine gute Flüchtlingspolitik zu leisten hat, wo Verbesserungen im Gesundheitssektor anzusetzen wären und wie adäquat die derzeitige Versorgung ist (Marshall et al., 2005).

Auf diesem Gebiet herrscht noch dringender Forschungsbedarf. Generell müssen Barrieren abgebaut werden, so dass sich Flüchtlinge selber Hilfe suchen können, dieses auch wollen

und angebotene Hilfestellungen in Anspruch nehmen. Dies kann dadurch erreicht werden, dass vermehrt Professionelle eingesetzt werden, die aus einem ähnlichem kulturellen Hintergrund kommen und die die Sprache sprechen, oder sich wenigsten mit der Kultur der Personen auskennen die sie betreuen, auch wenn sie nicht von dort kommen. Zusätzlich würde eine regelmäßige Evaluation des Gesundheitsservices einen Beitrag leisten.

Außerdem beschränken sich die Dienste oft nur auf die Behandlung der Traumata, die sich vor der Migration ereignet haben und weniger auf Schwierigkeiten die danach auftreten. Auch gesundheitsförderliches Verhalten und präventive Interventionen müssen verstärkt gefördert werden (vgl. Markovic et al., 2002).

Ein weiterer Punkt an dem zukünftige Forschung fruchtbar ansetzen kann sind die verschiedenen Dimensionen der Akkulturation und der Enkulturation, deren Wechselwirkungen untereinander sowie Wechselwirkungen mit dem sozialen Kontext, denn hier besteht noch eine breite Kluft zwischen theoretischen bzw. konzeptionellen Entwicklungen und der empirischen Forschung (Yoon et al., 2011). Außerdem sollte in zukünftigen Studien untersucht werden, ob der hier gefundenen Trend der unterschiedlichen Wirkung der Akkulturation bei Männern und Frauen genauer untersucht werden, denn dieser hätte weitreichende Implikationen, unter anderem für eine geschlechterspezifische Behandlung von MigrantInnen.

8.5. Konklusion

In der vorliegenden Studie konnte gezeigt werden, dass sich neben dem posttraumatischen Stress auch der akkultorative Stress negativ auf den psychischen Gesundheitszustand einer in Österreich lebenden bosnischen Stichprobe auswirkt. Dieses Ergebnis legt nahe, dass die andauernden Kontextfaktoren, sowohl vor als auch nach der Flucht, entscheidenden Einfluss auf das Wohlbefinden haben und dass die psychologischen Auswirkungen einer unfreiwilligen Migration nur verstanden werden können, wenn ökonomische, soziale und kulturelle Bedingungen vor und nach der Flucht miterfasst werden. Eine einseitige Konzentration auf aktuelle Stressoren oder das erlebte Trauma ist nicht ausreichend.

Außerdem weisen die Ergebnisse darauf hin, dass nicht nur kürzlich angekommene Flüchtlinge Unterstützung brauchen, sondern auch die, die schon länger im neuen Land leben. Einigen der in der Studie untersuchten Personen geht es auch nach Jahren des Aufenthaltes in Österreich noch sehr schlecht, dennoch erhalten viele von ihnen keinerlei Unterstützung, was auf Defizite in der Gesundheitsversorgung hinweist.

Zukünftige Forschung sollte sich den Wechselwirkungen zwischen posttraumatischem Stress und Akkulturation widmen, Interaktionen aufdecken und Beziehungen zwischen diesen Variablen verdeutlichen. Dies kann am besten mit Längsschnittstudien erreicht werden.

Mit mehr Wissen über die gegenseitige Beeinflussung und Wechselwirkung kann auch das Gesundheitssystem mit gezielteren Interventionen sinnvoll zu einer Verbesserung des Gesundheitszustandes, zu einem reduzierten Leidensdruck und weniger Beeinträchtigung beitragen.

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Verteilung der soziodemografischen Variablen in den Stichproben	57
Tabelle 2 Mittelwerte und Standardabweichungen der IES, des GHQ und der LAS	68
Tabelle 3 Mittelwerte und Standardabweichungen der Variablen für Frauen und Männer	71
Tabelle 4 Korrelationen der soziodemografischen Variablen mit dem GHQ _{Total}	73
Tabelle 5 Korrelationen zwischen den Prädiktorvariablen	75
Tabelle 6 Korrelationen zwischen LAS und GHQ	76
Tabelle 7 Hierarchische Regression der posttraumatischen Reaktionen und Akkulturationsdimensionen auf den psychischen Gesundheitszustand. Gesamte Stichprobe	78
Tabelle 8 Hierarchische Regression der posttraumatischen Reaktionen und Akkulturationsdimensionen auf den psychischen Gesundheitszustand. Klinische Stichprobe	80
Tabelle 9 Hierarchische Regression der posttraumatischen Reaktionen und Akkulturationsdimensionen auf den psychischen Gesundheitszustand. Nicht-klinische Stichprobe	81
Tabelle 10 Multiple hierarchische Regressionen für Männer und Frauen	82

Anhangsverzeichnis

Anhang 1 TeilnehmerInnenaufklärung (deutsche Version)	111
Anhang 2 TeilnehmerInnenaufklärung (bosnische Version)	112
Anhang 3 Soziodemografischer Fragebogen (deutsche Version)	113
Anhang 4 Soziodemografischer Fragebogen (bosnische Version)	115
Anhang 5 General Health Questionnaire (englische Version)	117
Anhang 6 General Health Questionnaire (bosnische Version)	119
Anhang 7 Lowland Acculturation Scale (englische Version)	121
Anhang 8 Lowland Acculturation Scale (bosnische Version)	123
Anhang 9 Impact of Event Scale (deutsche Version)	126
Anhang 10 Impact of Event Scale (bosnische Version)	128
Anhang 11 Deutsche Zusammenfassung	129
Anhang 12 Lebenslauf	130

Literaturverzeichnis

Amnesty International. (2010). *Amnesty International Report 2010 – Bosnia and Herzegovina*.

Retrieved from <http://www.unhcr.org/refworld/docid/4c03a83c53.html>

Angel, B., Hjern, A., & Ingleby, D. (2001). Effects of war and organized violence on children: A study of Bosnian refugees in Sweden. *American Journal of Orthopsychiatry* 71(1), 4–15.
doi: 10.1037/0002-9432.71.1.4

American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (3rd ed.), *DSM-III*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (1998). *Diagnostik and Statistical Manual of Mental Disorders*. (4th ed.), *DSM-IV*. Washington D.C.: American Psychiatric Association.

Başoğlu, M., Livanov, M., Crnobarić, C., Frančišković, T., Suljić, E., Durić, D., et al. (2005).

Psychiatric and cognitive effects of war in former Yugoslavia. Association of lack of redress for trauma and posttraumatic stress reactions. *The Journal of the American Medical Association*, 294(5), 580–590. doi:10.1001/jama.294.5.580

Bär, T. (2011). Psychotherapie und Migration. *Psychotherapeutenjournal* 1, 5–10.

Becker, D. (2003). Migration, Flucht, Trauma. Der Trauma-Diskurs und seine politischen und gesellschaftlichen Bedeutungen. In E. Foster, I. Bieringer & F. Lamott (Hrsg.), *Trauma und Migration. Beiträge zu einer reflexiven Flüchtlingsarbeit* (S.17–38). Münster: LIT.

Behrens, B. (2002). Vorstellung des SpuK-Projektes. *Flüchtlingsrat. Zeitschrift für Flüchtlingspolitik in Niedersachsen*, 89/90, 9–18.

Berry, J. W. (1997). Lead article. Immigration, acculturation, and adaption. *Applied Psychology: An International Review*, 46(1), 5–68.
doi: 10.1111/j.1464-0597.1997.tb01087.x

Berry, J. W., Kim, U., Minde, T., & Mok, D. (1987). Comparative studies of acculturative stress. *International Migration Review, Spezial Issues: Migration and Health*, 21(3), 491–511.

- Berry, J. W., Phinney, J. S., Sam, D., L., & Vedder, P. (2006). Immigrant youth: Acculturation, identity and adaption. *Applied Psychology: An International Review*, 55(3), 303–332.
doi: 10.1111/j.1464-0597.2006.00256.x
- Bhugra, D. (2004). Migration and mental health. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109, 243–258.
doi: 10.1046/j.0001-690X.2003.00246.x
- Blank, A. S. Jr., (1986). Stresses of war: The example of Viet Nam. In L. Goldberger & S. Breznitz (Eds.), *Handbook of stress. Theoretical and clinical aspects* (pp.631–643). New York: The Free Press.
- Blight, K. J., Eklad, S., Persson, J. O. & Ekberg, J. (2006). Mental health, employment and gender. Cross-sectional evidence in a sample of refugees from Bosnia-Herzegovina living in two Swedish regions. *Social Science & Medicine*, 62, 1697–1709.
- Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*, 59, 20–28.
doi: 10.1037/0003-066X.59.1.20
- Bonanno, G. A., & Mancini, A. D. (2012). Beyond resilience and PTSD: Mapping the heterogeneity of responses to potential trauma. *Psychological trauma: Theory, research, practice, and policy*. 4(1), 74–83. doi: 10.1037/a0017829
- Bramsen, I., & Van der Ploeg, H. M. (1999). Fifty years later: the long-term psychological adjustment of ageing World War II survivors. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 100, 350–358.
doi: 10.1111/j.1600-0447.1999.tb10878.x
- Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(5), 748–766.
- Brunet, A., Weiss, D. S., Metzler, T. J., Best, S. R., Neylan, T. C., Rogers, et al. (2001). The peritraumatic distress inventory: A proposed measure of PTSD criterion A2. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1480-1485.

- Burnam, M. A., Hough, R. L., Karno, M., Escobar, J.I., & Telles, C. A. (1987). Acculturation and lifetime prevalences of psychiatric disorders among Mexican Americans in Los Angeles. *Journal of Health and Social Behavior*, 28(1), 89–102.
- Carswell, K., Blackburn, P., & Barker, C. (2011). The relationship between trauma, post-migration problems and the psychological well-being of refugees and asylum seekers. *International Journal of Social Psychiatry*, 57(2), 107–119.
doi:10.1177/0020764009105699
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155–159.
- Creamer, M. (1995). A cognitive processing formulation of posttrauma responses. In R. J. Kleber, C. R. Figley, & B. P. R. Gerson (Eds), *Beyond trauma: Cultural and societal dynamics* (pp.55–74). New York: Plenum.
- Creamer, M., Burgess, P., & Pattison, P. (1992). Reaction to trauma: A cognitive processing model. *Journal of Abnormal Psychology*. 101(3), 452–459.
doi:00004468-199208000-00009
- Dahl, S., Mutapcic, A., & Schei, B. (1998). Traumatic events and predictive factors for posttraumatic symptoms in displaced Bosnian women in a war zone. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 137–145. doi: 10.1023/A:1024417401973
- De Jong, T. V. M., Komproe, I. H., Van Ommeren, M., El Masri, M., Araya, M., Khaled, N., et al. (2001). Lifetime Events and Posttraumatic Stress Disorder in 4 Postconflict Settings. *Journal of the American Medical Association*, 286(5), 555–562.
- Dilling, H., Mombour, W., & Schmidt, M. H. (Hrsg.). (2011). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien*. (8., überarbeitete Auflage). Bern: Huber.
- Erpenbeck, G. (2002). Rede der niedersächsischen Ausländerbeauftragten auf der Auftaktveranstaltung. *Flüchtlingsrat. Zeitschrift für Flüchtlingspolitik in Niedersachsen*, 89/90, 18–22.
- European Court of Human Rights (4th section) (2011). *Case of Palic vs Bosnia and Herzegovina*. Application no 4704/04. S. 1–28. Retrieved from

<http://www.unhcr.org/refworld/docid/4d5bf79e2.html>

- Fassaert, T., DeWit, M. A. S., Tuinebreijer, W. C., Knipscheer, J. W., Verhoeff, A. P., Beekman, A. T. F., et al. (2011). Acculturation and psychological distress among non-western Muslim migrants – A population-based survey. *International Journal of Social Psychiatry*, 57(2), 132–143.
- Faul, F., Erdfelder, E., Bucher, A., & Lang, A.-G. (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*, 41(4), 1149–1160. doi: 10.3758/BRM.41.4.1149
- Fazel, M., Wheeler, J., & Danesh, J. (2005). Prevalences of serious mental disorders in 7000 refugees resettled in western countries: A systematic review. *The Lancet*, 365(9), 1309–1314.
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS (and sex and drugs and rock'n'roll)* (3rd ed.). London: Sage.
- Finch, B. K., Frank, R., & Vega, W. A. (2004). Acculturation and acculturation stress: A social-epidemiological approach to Mexican migrant farmworker's health. *International Migration Review*, 38(1), 236–262.
- Freud, S. (1896). *Zur Ätiologie der Hysterie*. In Mitscherlich, A., Richards, A., & Strachey, J. (Hrsg.), *Sigmund Freud Studienausgabe, Bd. VI. Hysterie und Angst* (S. 51-81). Frankfurt a.M. 1975: Fischer.
- Friedmann, A. (2004). Allgemeine Psychotraumatologie. In A. Friedmann, P. Hofmann, B. Lueger-Schuster, M. Steinbauer, & D. Vyssoki (Hrsg.), *Psychotrauma. Die posttraumatische Belastungsstörung* (S. 5–34). Wien: Springer.
- Friedman, M. J., Keane, T. M., & Resick, P. A. (Eds.). (2007). *Handbook of PTSD. Science and Practice*. New York: The Guilford Press.
- Furr, J. M., Comer, J. S., Edmunds, J. M., & Kendall, P. C. (2010). Disaster and youth: A meta-analytic examination of posttraumatic stress. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 78(6), 765–780.
- Graves, T. D. (1967). Psychological acculturation in a tri-ethnic community. *Southwestern Journal of Anthropology*, 23(4), 337–350.

- Goldberg, D. P., Gater, R., Satorius, N., Ustun, T. B., Picinelli, M., Gureje, O., et al. (1997). The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. *Psychological Medicine*, 27, 191–197.
- Goldberg, D. P., & Hillier, V. F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 24, 18–26.
- Hondius, A. J. K., van Willigen, L. H. M., Kleijer, W. C., & van der Ploeg, H. M. (2000). Health problems among Latin-American and Middle-Eastern Refugees in the Netherlands: Relations with violence exposure and ongoing sociopsychological strain. *Journal of Traumatic Stress*, 13(4), 619–634. doi: 10.1023/A:1007858116390
- Horowitz, M., Wilner, N., & Alvarez, W. (1979). Impact of Event Scale: A scale measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine. Journal of Biobehavioral Medicine* 41(3), 209–218.
- Hunt, N., & Gakenyi, M. (2005). Comparing refugees and nonrefugees: the Bosnian experience. *Journal of Anxiety Disorders*, 19, 717–723.
doi:10.1016/j.janxdis.2004.08.004
- Ingleby, D. (Ed.). (2005). *Forced Migration and Mental Health. Rethinking the Care of Refugees and Displaced Persons*. New York: Springer.
- Joseph, S. (2000). Psychometric evaluation of Horowitz's Impact of Event Scale: A review. *Journal of Traumatic Stress* 13(1), 101–113.
doi: 10.1023/A: 1007777032063
- Kamperman, A. M., Komproe, I. H., & DeJong, J. T. V. M. (2007). Migrant mental health: A model for indicators of mental health and health care consumption. *Health Psychology*, 26(1), 96–104. doi: 10.1037/0278-6133.26.1.96
- Knipscheer, J. W., & Kleber, R. J. (2006). The relative contribution of posttraumatic and acculturative stress to subjective mental health among bosnian refugees. *Journal of Clinical Psychology*, 62(3), 339–353. doi: 10.1002/jclp.20233
- Kucera, A., & Lueger-Schuster, B. (2000). The experiences of migration and acculturation as reported by displaced people from B&H (Bosnia and Herzegovina) living in Vienna (Austria). In

- Sarajevo Symposion. The psychosocial consequences of war. Results of empirical research from the former Yugoslavia* (pp.85–91).
- LaFromboise, T., Coleman, H. L. K., & Gerton, J. (1993). Psychological impact of biculturalism: Evidence and theory. *Psychological Bulletin*, 114(3), 395–412.
doi: 00006823-199311000-00001
- Lamprecht, F. (2000). *Praxis der Traumatherapie. Was kann EMDR leisten?* Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Leonhart, R. (2010). *Datenanalyse mit SPSS*. Göttingen: Hogrefe.
- Lopes Cardozo, B., Kaiser, R., Gotway, C. A., & Agani, F. (2003). Mental health, social functioning and feelings of hatred and revenge of Kosovar Albanians one year after the war in Kosovo. *Journal of Traumatic Stress*, 16(4), 351–360.
doi: 10.1023/A:1024413918346
- Lopes Cardozo, B., Vergara, A., Agani, F., & Gotway, C. A. (2000). Mental health, social functioning, and attitudes of Kosovar Albanians following the war in Kosovo. *Journal of the American Medical Association*, 284(5), 569–577.
doi:10.1001/jama.284.5.569
- Maercker, A. (1998). *Posttraumatische Belastungsstörungen: Psychologie der Extrebelastungsfolgen bei Opfern politischer Gewalt*. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Maercker, A. (Hrsg.). (2009). *Posttraumatische Belastungsstörung*. Heidelberg: Springer.
- Maercker, A., & Bromberger, F. (2005). Checklisten und Fragebogen zur Erfassung traumatischer Ereignisse in deutscher Sprache. *Trierer Psychologische Berichte*, 32(2), 1–40.
- Maercker, A., & Schützwohl, M. (1998). Erfassung von psychischen Belastungsfolgen: Die Impact of Event Skala - revidierte Version. *Diagnostica*, 44, 130–141.
- Magas, B., & Zanic, I. (Hrsg.). (2001). *The War in Croatia and Bosnia-Herzegovina 1991-1995*. London: Frank Class Publishers.
- Markovic, M., Manderson, L., & Kelaher, M. (2002). The health of immigrant women: Queensland women from the former Yugoslavia. *Journal of Immigrant Health*, 4(1), 5–15.

- Marshall, G. N., Schell, T. L., Elliott, M. N., Berthold, S. M., & Chun, C.-A. (2005). Mental health of Cambodian refugees 2 decades after resettlement in the United States. *Journal of the American Medical Association*, 294(5), 571–579.
doi:10.1001/jama.294.5.571
- Miller, K. E., Weine, S. M., Ramic, A., Brkic, N., Bjedic, Z. D., Smajkic, A. et.al. (2002b). The relative contribution of war experiences and exile-related stressors to the level of psychosocial distress among Bosnian refugees. *Journal of Traumatic Stress*, 15, 377–387.
doi: 10.1023/A:1020181124118
- Miller, K. E., Worthington, G. J., Muzurovic, J., Tipping, S., & Goldman, A. (2002a). Bosnian refugees and the stressors of exile: A narrative Study. *American Journal of Orthopsychiatry*, 72(3), 341–354. doi: 10.1037/0002-9432.72.3.341
- Miller, M. J. (2007). A bilinear multidimensional measurement model of Asian American acculturation and enculturation: Implications for counseling interventions. *Journal of Counseling Psychology*, 54, 118–131.
doi: 10.1037/0022-0167.54.2.118
- Mollica, R. F., McInnes, K., Sarajlić, N., Lavelle, J., Sarajlić, I., & Massagli, M. P. (1999). Disability associated with psychiatric comorbidity and health status in Bosnian refugees living in Croatia. *Journal of the American Medical Association*, 282(5), 433–439.
doi:10.1001/jama.282.5.433
- Mollica, R. F., Sarajlić, N., Chernoff, M., Lavelle, J., Sarajlić Vuković, I., & Massagli, M. P. (2001). Longitudinal study of psychiatric symptoms, disability, mortality, and emigration among Bosnian refugees. *Journal of the American Medical Association*, 286(5), 546–554.
doi:10.1001/jama.286.5.546
- Mollica, R.F., Caspi-Yavin, Y., Bollini, P., Truong, T., Tor, S., & Lavelle, J. (1992). The Harvard Trauma Questionnaire: Validating a cross-cultural instrument for measuring torture, trauma and posttraumatic stress disorder in Indochinese refugees. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180, 111–116.

- Momartin, S., Silove, D., Manicavasagar, V., & Steel, Z. (2004). Research report. Comorbidity of PTSD and depression: Associations with trauma exposure, symptom severity and functional impairment in Bosnian refugees resettled in Australia. *Journal of Affective Disorders*, 80, 231–238.
- Mooren, T. T. M., (2010). Mental health consequences of war and migration: the case of Bosnia-Herzegovina. In H. C., Traue, R. Johler, & J. Jancivic Gavrilovic (Eds.), *Migration, Integration and Health* (pp.273–292). Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Mooren, T. T. M. (2001). *The impact of war. Studies on the psychological consequences of war and migration*. Delft: Eburon.
- Mooren, T. T. M., Knipscheer, J. W., Kamperman, A., Kleber, R. J., & Kompoe, I. (2001). The Lowland Acculturation Scale: Validity of an adaption measure among migrants in the Netherlands. In T.T.M. Mooren (Ed.), *The impact of war* (pp. 49–70). Delft: Eburon.
- Mooren, T. T. M., DeJong, K., Kleber, R., & Ruvic, J. (2003). The Efficacy of a mental health program in Bosnia-Herzegovina: Impact on coping and general health. *Journal of Clinical Psychology*, 59(1), 57–69. doi: 10.1002/jclp.10118
- Muthny, F. A., & Bermejo, I. (Hrsg.). (2008). *Interkulturelle Medizin. Laientheorie, Psychosomatik und Migrationsfolgen*. Köln: Deutscher Ärzteverlag.
- Opačić, G., Knežević, G., Jović, V., & Radović, B. (2010). Concomitants of repatriation: The case of former Yugoslavia. In H. C., Traue, R. Johler, & J. Jancivic Gavrilovic (Eds.), *Migration, Integration and Health* (pp.83–97). Lengerich: Pabst Science Publishers.
- OWL (2010). *OWL Purdue Online Writing Lab*. Retrieved from <http://owl.english.purdue.edu/owl/section/2/10/>
- Plante, T. G., Simicic, A., Andersen, E. N., & Manuel, G. (2002). Stress and coping among displaced Bosnian refugees: An explanatory Study. *International Journal of Stress Management*, 9, 31–41. doi: 1072-5245/02/0100-0031/0
- Porter, M., & Haslam, N. (2001). Forced displacement in Yugoslavia: A meta-analysis of psychological consequences and their moderators. *Journal of Traumatic Stress*, 14(4), 817–834. doi: 10.1023/A:1013054524810

- Porter, M., & Haslam, N. (2005). Predisplacement and postdisplacement factors associated with mental health of refugees and internally displaced persons. A meta - analysis. *Journal of the American Medical Association*, 294(5), 602–612.
doi:10.1001/jama.294.5.602
- Portes, A., & Rumbaut, R. G. (2006). *Immigrant America: A portrait* (3rd ed.). Berkeley: University of California Press.
- Resick, P. A. (2003). *Stress und Trauma. Grundlagen der Psychotraumatologie*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Rogler, L. H., Cortes, D. E., & Malgady, R. G. (1991). Acculturation and menthal health status among Hispanics. Convergence and new directions for research. *American Psychologist*, 46(6), 585–597. doi: 10.1037/0003-066X.46.6.585
- Saß, H., Wittchen, H.-U., & Zaudig, M. (1998). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV* (2., verbesserte Auflage). Göttingen: Hogrefe.
- Schwartz-Langer, G., Deighton, R. R., Jerg-Bretzke, L., Weisker, I., & Traue, H.C. (2006).
Psychiatric treatment for extremely traumatized civil war refugees from former Yugoslavia.
Possibilities and limitations of integrating psychotherapy and medication. *Torture*, 16(2), 69–80. doi:00000487-201005000-00001
- Schwartz, S. J., Unger, J. B., Zamboanga, B. L., & Szapocznik, J., (2010). Rethinking the concept of acculturation. Implications for theory and research. *American Psychologist*, 65(4), 237–251.
- Seidler, G. H., (2009). Einleitung: Geschichte der Psychotraumatologie. In Maercker, A. (Hrsg).
Posttraumatische Belastungsstörung (S. 4–12). Heidelberg: Springer.
- Silove, D., Sinnerbrink, I., Field, A., Manicavasager, V., & Steel, Z. (1997). Anxiety, depression and PTSD in asylum seekers: Associations with premigration trauma and postmigration stressors. *British Journal of Psychiatry*, 170, 351–357.
doi:10.1192/bjp.170.4.351
- Spasojevic, J., Heffer, R. W., & Snyder, D. K. (2000). Effects of posttraumatic stress and acculturation on marital functioning in Bosnian refugee couples. *Journal of Traumatic Stress*, 13(2), 205–217. doi: 10.1023/A:1007750410122

- Springer, A. (2011). Psychotherapie und Migration. *Psychotherapeutenjournal*, 1, 4.
- Steel, Z., Chey, T., Silove, D., Marnane, C., Bryant, R. A., & van Ommeren, M. (2009). Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement. A systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*, 302(5), 537–549.
doi:10.1001/jama.2009.1132
- Steel, Z., Silove, D., Bird, K., McGorry, P., & Mohan, P. (1999). Pathways from trauma to posttraumatic stress symptoms among Tamil asylum seekers, refugees, and immigrants. *Journal of Traumatic Stress*, 12(3), 421–435.
doi: 10.1023/A:1024710902534
- Traue, H. C., Jerg-Bretzke, L., & Lindert, J. (2010). Anxiety and trauma symptoms in refugees after displacement from Kosovo. In H. C., Traue, R. Jöhler, & J. Jancivic Gavrilovic (Eds.), *Migration, Integration and Health* (pp.293–299). Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Turner, S. W., Bowie, C., Dunn, G., Shapo, L., & Yule, W. (2003). Mental health of Kosovan Albanian refugees in the UK. *British Journal of Psychiatry*, 182, 444–448.
doi:10.1192/bjp.01.458
- United Nations (1993). *International Covenant on Civil and Political Rights*. Retrieved from <http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/0/333378630589b6d680256674005bc280?Opendocument>
- UNHCR (2000). *Map 9.1 - Main displaced populations from the former Yugoslavia, December 1995*. Retrieved from <http://www.unhcr.org/cgi-bin/texis/vtx/home/opendocPDFViewer.html?docid=3ae6bb000&query=map+yugoslavia>
- UNHCR (2002). *2002 UNHCR Statistical Yearbook*. Country Data Sheet – Bosnia and Herzegovina. Retrieved from <http://www.unhcr.org/414ad5707.html>
- UNHCR (2003a). *Handbuch über Verfahren und Kriterien zur Feststellung der Flüchtlingseigenschaft gemäß dem Abkommen von 1951 und dem Protokoll von 1967 über die Rechtsstellung der Flüchtlinge*. Retrieved from

http://www.unhcr.ch/fileadmin/user_upload/dokumente/03_profil_begriffe/fluechtlinge/Handbuch.pdf

UNHCR (2003b). *New Issues in Refugee, Working Paper No. 97, Bosnian refugees in Australia: identity, community and labour market integration.*

Retrieved from <http://www.unhcr.org/3fb4f8a64.pdf>

UNHCR (2006). *The State of the world's refugees 2006: Human displacement in the new millennium.* New York: Oxford University Press.

Retrieved from <http://www.unhcr.org/4a4dc1a89.html>

UNHCR (2009). *UNHCR Statistical Yearbook 2009.* Trends in displacement, protection and solutions. 1–160.

Retrieved from <http://www.unhcr.org/4ce532ff9.html>

UNHCR (2010). *Global Trends 2010. 2010 in review - Trends at a glance.*

Retrieved from

http://www.unhcr.de/fileadmin/user_upload/dokumente/06_service/zahlen_und_statistik/UNHCR_GLOBAL_TRENDS_2010.pdf

Van Ommeren, M., DeJong, J. T. V. M., Sharma, B., Komproe, I., Thapa, S. B., & Cardena, E.

(2001). Psychiatric disorders among tortured Bhutanese refugees in Nepal. *Archives of General Psychiatry*, 58(5), 475–482.

doi:10.1001/archpsyc.58.5.475

Van Velsen, C., Gorst-Unsworth, C., & Turner, S. W. (1996). Survivors of torture and organized violence - demography and diagnosis. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 181–193.

doi: 10.1002/jts.2490090203

Weine, S. M., Kuc, G., Dzudza, E., Razzano, L., & Pavkovic, I. (2001). PTSD among Bosnian

refugees: A survey of providers' knowledge, attitudes and service patterns. *Community Mental Health Journal*, 37, 261–271.

Weine, S. M., Vojvoda, D., Becker, D. F., McGlashan, T. H., Hodzic, E., Laub, D., et al. (1998).

PTSD symptoms in Bosnian refugees 1 year after resettlement in the United States. *American Journal of Psychiatry*, 155(4), 562–564.

- Weiss, D.S., & Marmar, C.R. (1997). The Impact of Event Scale-Revised. In J.P. Wilson, & T.M. Keane (Eds.), *Assessing Psychological Trauma and PTSD: A Practitioner's Handbook* (pp.399-411). New York: Guilford Press.
- Will, A.-K. (2009). Verhandeln + Behandeln = Psychologisierung menschlicher Leidenserfahrungen. Therapieerfahrungen bosnischer Flüchtlinge in Berlin. (Inauguraldissertation). Retrieved from <http://edoc.hu-berlin.de/dissertationen/will-anne-kathrin-2009-06-24/HTML/front.html>
- Yehuda, R. (2002). Current concepts. Post-traumatic stress disorder. *The New England Journal of Medicine*, 346(2), 108–114.
- Yoon, E., Langrehr, K., & Ong, L. Z. (2011). Content analysis of acculturation research in counseling and counseling psychology: A 22-year review. *Journal of Counseling Psychology*, 58(1), 83–96. doi: 10.1037/a0021128

Anhang

Anhang 1 TeilnehmerInnenaufklärung (deutsche Version)

Hannah Korn
a0403372@unet.univie.ac.at
0650-9203352

TeilnehmerInnenaufklärung

Vielen Dank, dass Sie sich bereit erklärt haben an der Studie teilzunehmen!

Es folgen nun einige wichtige Informationen. Lassen Sie sich Zeit und lesen Sie diese in aller Ruhe durch. Falls es Unklarheiten geben sollte oder Sie Fragen haben stehe ich Ihnen jederzeit zur Verfügung.

Ziel der Studie

Ziel der Studie ist es einerseits, die Auswirkungen von Kriegserfahrungen und der eventuell daraus entstandenen Belastungen auf den Gesundheitszustand zu erfassen. Darüber hinaus soll ein besonderes Augenmerk darauf gelegt werden, wie die Erfahrungen der Flucht oder Migration und die Lebensumstände und Erfahrungen hier in Österreich sich auf den generellen Gesundheitszustand von Menschen aus Bosnien und Herzegowina auswirken.

Studiendurchführung

Die Durchführung erfolgt mit dem Ausfüllen des nachfolgenden Fragebogens durch einfaches Ankreuzen der jeweils am besten passenden Antwort durch den Teilnehmer oder die Teilnehmerin selbst. Es handelt sich um einen Selbsteinschätzungsfragebogen. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten!

Datenschutz

Die so gesammelten Daten werden streng vertraulich behandelt und nicht an Dritte weiter gegeben. Der Datenschutz ist darüber hinaus dadurch gewährleistet, dass alle Fragebögen vollkommen anonymisiert werden und so keine Verbindung zur ausfüllenden Person möglich ist.

Freiwillige Teilnahme – Abbruch der Studie

Die Teilnahme an der Studie ist freiwillig und kann jeder Zeit zurückgenommen werden. Auch ist zu jedem Zeitpunkt ein Abbruch möglich. Die bis dahin erhobenen Daten werden dann nicht weiter für die Studie verwendet.

Anhang 2 TeilnehmerInnenaufklärung (bosnische Version)

Hannah Korn

a0403372@unet.univie.ac.at

0650-9203352

Upute o ucestvovanju

Hvala, sto se odlucili da ucestvujete u ovoj studiji!

Slijedi nekoliko jako bitnih informacija. Uzmite sebi dovoljno vremena i procitajte ih na miru.

Ukoliko ima neto nejasno ili pak imate pitanja rado Vam stojim na raspolaganju.

Cilj studije

Cilj ove studije je prije svega ispitati uticaj ratnih doživljaja i iz tog prizaslih opterecenja na zdravstveno stanje. Posebno ce se paznja usmeriti na to kako iskustva izgnanstva odnosno migracije i uslovi zivljenja u Austriji uticu na opste zdravlje ljudi iz Bosne i Hercegovine.

Provođenje studije

Studija se provodi ispunjavanjem upitnika, krizanjem onog odgovora koji najblize odgovara ispitaniku. Rijec je o vlastitoj procjeni. Ne postoje tacni ili netacni odgovori.

Pravila privatnosti

Svi dobiveni podaci su strogo povjerljivi i nece se davati trecim licima. To znaci da je privatnost zajamcena, te da su svi upitnici anonimni i da nespостоji mogućnost povezivanja upitnika sa licem koje ga popunjava.

Dobrovoljno ucestvovanje - prekid studije

Ucestvovanje u studiji je dobrovoljno i moze se u svako vrijeme povuci. Takode je moguć i prekid . Do tada dobiveni podaci nece biti koristen i u studiji.

Anhang 3 soziodemografischer Fragebogen (deutsche Version)

Alter: _____

Geburtstag: _____

Geschlecht: ☐ männlich
 ☐ weiblich

Familienstand: ☐ ledig
 ☐ verheiratet
 ☐ geschieden
 ☐ in fester Beziehung
 ☐ verwitwet

Kinder: ☐ ja wie viele Kinder: _____
 ☐ nein

leben die Kinder in Österreich: ☐ ja
 ☐ nein
 ☐ nicht alle

Religionszugehörigkeit: _____

Geburtsland/Stadt: _____

Aufgewachsen in: ☐ städtischer Umgebung
 ☐ ländlicher Umgebung

Höchste abgeschlossene Ausbildung: ☐ keine
 ☐ Pflichtschule
 ☐ weiterführende Schule ohne Matura/Abitur
 ☐ Lehre
 ☐ Matura/Abitur
 ☐ Fachhochschulstudium
 ☐ Universitätsstudium

Anhang 4 soziodemografischer Fragebogen (bosnische Version)

Starosna dob: _____

Datum rođenja:_____

Spol: ☐ muški
☐ ženski

Bračno stanje:

- ☐ neoženjen / neudata
- ☐ oženjen / udata
- ☐ razveden - a
- ☐ u stabilnoj vezi
- ☐ udovac / udovica

Djeca: O da broj djece: _____
 O ne

Da li Vaša djeca žive u Austriji:

☐ da

☐ ne

☐ ne sva

Vjerska i nacionalna pripadnost: _____

Zemlja i mjesto rođenja: _____

Odrasli ste u:

☐ O gradskoj okolini

☐ O seoskoj okolini

Stepen obrazovanja:

- ☐ nisam pohađao / pohađala školu
- ☐ osnovna škola
- ☐ zanat
- ☐ srednja škola
- ☐ viša srednja škola
- ☐ fakultet

Anhang 5 General Health Questionnaire (englische Version)

Please read this carefully. We should like to know if you have had any medical complaints and how your health has been in general, *over the past few weeks*. Please answer ALL the questions on the following pages simply by underlining the answer which you think most nearly applies to you. Remember that we want to know about present and recent complaints, not those that you had in the past. It is important that you try to answer ALL the questions. **Thank you very much for your co-operation.**

Have you recently	<i>Not at all</i>	<i>No more than usual</i>	<i>Rather more than usual</i>	<i>Much more than usual</i>
✓ been feeling perfectly well and in good health?	☐	☐	☐	☐
✓ been feeling in need of a good tonic	☐	☐	☐	☐
✓ been feeling run down and out of sorts?	☐	☐	☐	☐
✓ felt that you are ill?	☐	☐	☐	☐
✓ been getting any pains in your head?	☐	☐	☐	☐
✓ been getting a feeling of tightness or pressure in your head?	☐	☐	☐	☐
✓ been having hot or cold spells?	☐	☐	☐	☐
✓ lost much sleep over worry?	☐	☐	☐	☐
✓ had difficulty in staying asleep once you are off?	☐	☐	☐	☐
✓ felt constantly under strain?	☐	☐	☐	☐
✓ been getting edgy and bad tempered?	☐	☐	☐	☐
✓ been getting scared or panicky for no good reason?	☐	☐	☐	☐
✓ found everything getting on top of you?	☐	☐	☐	☐

Have you recently	<i>ne</i>	<i>ponekad</i>	<i>često</i>	<i>gotovo uvijek</i>
✓ been feeling nervous and strung-up all the time?	☐	☐	☐	☐
✓ been managing to keep yourself busy and occupied?	☐	☐	☐	☐
✓ been taking longer over the things you do?	☐	☐	☐	☐
✓ felt on the whole you were doing things well?	☐	☐	☐	☐
✓ been satisfied with the way you've carried out your task?	☐	☐	☐	☐
✓ felt that you are playing a useful part in thing?	☐	☐	☐	☐
✓ felt capable of making decisions about things?	☐	☐	☐	☐
✓ been able to enjoy your normal day-to-day activities?	☐	☐	☐	☐
✓ been thinking of yourself as a worthless person?	☐	☐	☐	☐
✓ felt that life is entirely hopeless?	☐	☐	☐	☐
✓ felt that life isn't worth living?	☐	☐	☐	☐
✓ thought of the possibility that you might make away with yourself?	☐	☐	☐	☐
✓ found at times you couldn't do anything because your nerves were too bad?	☐	☐	☐	☐
✓ found yourself wishing you were dead and away from it all?	☐	☐	☐	☐
✓ found that the idea of taking your own life kept coming into your mind?	☐	☐	☐	☐

Anhang 6 General Health Questionnaire (bosnische Version)

(© Knipscheer, Mooren & Kleber, 1997)

Željeli bismo da znamo kakvo je bilo vaše opšte zdravstveno stanje u *proteklih nekoliko sedmica*. Da li ste imali bilo kakvih problema sa zdravljem i kako ste se osjećali u ovom periodu? Molimo vas da odgovorite na **SVA** pitanja na sljedećim stranama tako što ćete zaokružiti odgovor za koji mislite da vam najviše odgovara. Važno je da zapamtite da se pitanja odnose samo na tegobe koje ste imali u toku *proteklih par sedmica ili koje imate sada*.

	<i>ne</i>	<i>ponekad</i>	<i>često</i>	<i>gotovo uvijek</i>
✓ Jeste li u zadnje vrijeme osjećali da ste potpuno zdravi i u punoj snazi?	☐	☐	☐	☐
✓ Da li ste u zadnje vrijeme mislili da vam treba neko sredstvo koje bi vam vratilo snagu?	☐	☐	☐	☐
✓ Jeste li u zadnje vrijeme osjećali umorno, iscrpljeno i da ne možete raditi svakodnevne poslove?	☐	☐	☐	☐
✓ Jeste li se u zadnje vrijeme imali osjećaj da ste bolesni?	☐	☐	☐	☐
✓ Da li ste imali glavobolju u istom periodu?	☐	☐	☐	☐
✓ Jeste li skoro osjećali stezanje ili pritisak u glavi?	☐	☐	☐	☐
✓ Da li ste skoro imali iznenadne napade vrućine ili osjećaj hladnoće?	☐	☐	☐	☐
✓ Je li vam se desilo da u zadnje vrijeme niste mogli spavati od briga?	☐	☐	☐	☐
✓ Je li vam se dešavalo da se budite iz prvog sna i da poslije teško zaspate?	☐	☐	☐	☐
✓ Da li ste u zadnje vrijeme imali osjećaj da ste pod nekakvim stalnim pritiskom?	☐	☐	☐	☐
✓ Jeste li u zadnje vrijeme često bili loše volje i jako razdražljivi?	☐	☐	☐	☐
✓ Da li ste skoro osjećali uplašeno ili uspaničeno a da ne znate zašto?	☐	☐	☐	☐
✓ Jeste li u zadnje vrijeme pomislili da vam je svega dosta?	☐	☐	☐	☐

	<i>ne</i>	<i>ponekad</i>	<i>često</i>	<i>gotovo uvijek</i>
✓ Jeste li u istom periodu bili nervozni i napeti?	☐	☐	☐	☐
✓ Jeste li se mogli skoncentrisati na ono što radite?	☐	☐	☐	☐
✓ Je li vam trebalo više vremena nego obično da uradite svakodnevne poslove?	☐	☐	☐	☐
✓ Imate li dojam da uopšte ono što radite, radite dobro?	☐	☐	☐	☐
✓ Jeste li u zadnje vrijeme zadovoljni načinom na koji izvršavate vaše obaveze?	☐	☐	☐	☐
✓ Imate li utisak da je to čime se bavite korisno i ima neki smisao?	☐	☐	☐	☐
✓ Da li ste se osjećali sposobnim da donosite pravilne odluke?	☐	☐	☐	☐
✓ Da li ste u zadnje vrijeme mogli uživati u vašim uobičajenim dnevnim aktivnostima?	☐	☐	☐	☐
✓ Da li ste se u zadnje vrijeme osjetili bezvrijednim i beskorisnim?	☐	☐	☐	☐
✓ Da li ste skoro imali osjećaj da je život potpuno beznađežan?	☐	☐	☐	☐
✓ Da li ste skoro imali osjećaj da život nije vrijedan življenja?	☐	☐	☐	☐
✓ Da li ste u zadnje vrijeme pomišljali da si oduzmete život?	☐	☐	☐	☐
✓ Jeste li skoro bili u situaciji da zbog nervoze ništa ne možete da radite?	☐	☐	☐	☐
✓ Jeste li se skoro uhvatiliu pri pomisli: "Da mi se svega riješiti"?	☐	☐	☐	☐
✓ Da li vas u zadnje vrijeme stalno obuzima pomisao da morate svemu napraviti kraj?	☐	☐	☐	☐

Anhang 7 Lowland Acculturation Scale (englische Version)

(© Knipscheer, Mooren & Kleber, 1997)

Below are a series of statements expressing the difficulties confronted by immigrants. Evaluate each statement as it applies to your *recent (within the last three months)* personal experience as an immigrant and circle the answer that best describes how applicable the experience described in the statement is. If you feel the statement is not applicable to you at all, you circle 1 or 2; when you feel the experience is very much appropriate for your situation you circle 5 or 6.

	<i>strongly disagree</i> <i>strongly agree</i> »-----°					
<i>T</i> At home we mostly speak Bosnian (Serbo-Croatian).	1	2	3	4	5	6
<i>T</i> I follow the messages in the media on Bosnia closely.	1	2	3	4	5	6
<i>T</i> My work status is lower than it used to be.	1	2	3	4	5	6
<i>T</i> I prefer to read a Bosnian newspaper.	1	2	3	4	5	6
<i>T</i> I have fewer career opportunities than Dutch people.	1	2	3	4	5	6
<i>T</i> I prefer mostly to listen to Bosnian music.	1	2	3	4	5	6
<i>T</i> Dutch people make me feel welcome.	1	2	3	4	5	6
<i>T</i> We prefer to eat Bosnian food.	1	2	3	4	5	6
<i>T</i> I have much contact with Dutch people.	1	2	3	4	5	6
<i>T</i> I consider it important to pass on our traditions to the next (future) generation.	1	2	3	4	5	6
<i>T</i> In my experience the contact with Dutch people is okay.	1	2	3	4	5	6
<i>T</i> I prefer to send my (future) children to a Bosnian school.	1	2	3	4	5	6
<i>T</i> In my opinion everybody lives for oneself in The Netherlands.	1	2	3	4	5	6
<i>T</i> As a refugee I feel like a civilian of less status.	1	2	3	4	5	6
<i>T</i> It is important to me to celebrate the (Bosnian) traditional feast in The Netherlands.	1	2	3	4	5	6
<i>T</i> I feel Dutch people don't have enough respect for the elderly.	1	2	3	4	5	6
<i>T</i> I belong here less than I belong in my homeland.	1	2	3	4	5	6
<i>T</i> When I go out, I usually go to places where I can meet people from my home country.	1	2	3	4	5	6
<i>T</i> Even though I live here, it does not feel like my country.	1	2	3	4	5	6
<i>T</i> Most of my friends have the same cultural background as I do.	1	2	3	4	5	6
<i>T</i> I am misunderstood when I speak Dutch.	1	2	3	4	5	6

<i>T</i>	Within five years I will live in Bosnia-Herzegovina again.	1	2	3	4	5	6
<i>T</i>	I feel Dutch people leave the care for their sick relatives or friends to others too much.	1	2	3	4	5	6
<i>T</i>	I have difficulties understanding and reading the Dutch language.	1	2	3	4	5	6
<i>T</i>	At home we speak Dutch as much as we can.	1	2	3	4	5	6
<i>T</i>	I have to depend on other people to show me how things are done here.	1	2	3	4	5	6
<i>T</i>	I am familiar with the Dutch politics.	1	2	3	4	5	6
<i>T</i>	I feel Dutch children listen badly to their parents.	1	2	3	4	5	6
<i>T</i>	I must learn how certain tasks are handled, such as renting an apartment.	1	2	3	4	5	6
<i>T</i>	My future is in The Netherlands.	1	2	3	4	5	6
<i>T</i>	I feel the Dutch man has little authority within his family.	1	2	3	4	5	6
<i>T</i>	My country of origin is always on my mind and in my memories.	1	2	3	4	5	6
<i>T</i>	I feel the Dutch woman is too free.	1	2	3	4	5	6
<i>T</i>	I miss the people I left behind in my original country.	1	2	3	4	5	6
<i>T</i>	I feel homesick.	1	2	3	4	5	6
<i>T</i>	I feel the Dutch laws are too mild for criminals.	1	2	3	4	5	6
<i>T</i>	Life in The Netherlands is easier than in my home country.	1	2	3	4	5	6

Anhang 8 Lowland Acculturation Scale (bosnische Version)

(© Knipscheer, Mooren & Kleber, 1997)

Sljedeće tvrdnje (izjave) odražavaju probleme i teškoće sa kojima se sureću raseljna lica. Pokušajte da ocijenite koliko ove tvrdnje odgovaraju vašim ličnim iskustvima u protekla tri mjeseca i zaokružite samo jedan odgovor iz ponuđene skale (onaj koji najviše odgovara vašoj situaciji). Što se tvrdnja više odnosi na vas, daćete joj veću ocjenu.

	nikako ne odgovara			savršeno odgovara		
	←-----→					
✓ U kući govorimo Bosanski (Srpsko-Hrvatski).	1	2	3	4	5	6
✓ Redovno pratim vijesti o Bosni.	1	2	3	4	5	6
✓ Moj radni status je niži nego prije.	1	2	3	4	5	6
✓ Najradije čitam bosanske novine.	1	2	3	4	5	6
✓ Ovdje imam manje mogućnosti za neku karijeru nego Austrijanci.	1	2	3	4	5	6
✓ Najradije slušam bosansku muziku.	1	2	3	4	5	6
✓ Osjećam se dobro došao/la od strane Austrijanaca.	1	2	3	4	5	6
✓ Najradije jedemo bosanska jela.	1	2	3	4	5	6
✓ Imamo puna kontakata sa Austrijancima.	1	2	3	4	5	6
✓ Smatram da je važno da prenesem našu tradiciju na moju (buduću) djecu.	1	2	3	4	5	6
✓ Imam dobra iskustva u kontaktu sa Austrijancima	1	2	3	4	5	6
✓ Najradije bih poslao svoju (buduću) djecu u bosansku školu.	1	2	3	4	5	6
✓ Mislim da u Austriji svako živi za sebe.	1	2	3	4	5	6
✓ Kao izbjeglica osjećam se građaninom drugog reda.	1	2	3	4	5	6
✓ Mislim da je važno da tradicionalne praznike (u Bosni) slavim u Austriji.	1	2	3	4	5	6
✓	1	2	3	4	5	6

Mislim da Austrijanci imaju premalu poštovanja prema starijima.

- ✓ Ovdje pripadam manje nego u svojoj zemlji.

1	2	3	4	5	6
<i>nikako ne odgovara</i>			<i>savršeno odgovara</i>		
←-----→					
<i>nikako ne odgovara</i>			<i>savršeno odgovara</i>		
←-----→					
1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6

- ✓ Ako izlazim onda idem na mjesta gdje susrećem svoje zemljake.

- ✓ I ako ovdje živim ne osjećam to kao svoju zemlju.

- ✓ Većina mojih prijatelja ima isto prijeklo kao i ja.

- ✓ Kada pricam austrijski budem proglašeno shvacen.

- ✓ Za pet godina živjeću ponovo u Bosni i Hercegovini.

- ✓ Mislim da Austrijanci brigu za bolesne članove familije ili prijatelje previše prepuštaju drugima.

- ✓ Imam poteškoća pri čitanju i razumjevanju njemačkog jezika.

- ✓ Kod kuće govorimo njemački što je više moguće.

- ✓ Zavisam sam od drugih ljudi kada želim da saznam kako se stvari ovdje rade.

- ✓ Poznajem austrijsku politiku.

- ✓ Mislim da austrijska djeca ne slušaju svoje roditelje.

- ✓ Moram naučiti određene stvari kao što je iznajmljivanje stana.

- ✓ Moja budućnost je u Austriji.

- ✓ Mislim da Austrijanac ima malo autoriteta u svojoj porodici.

- ✓ Moja rodna zemlja je uvijek u mojim mislima i sjećanjima.

- ✓ Mislim da su Austrijanke previše slobodne.

- ✓ Nedostaju mi ljudi koje sam ostavio u rodnoj zemlji.

- ✓ Osjećam nostalgiju.
- ✓ Mislim da je austrijski zakon za kriminalce preslab.
- ✓ Život u Austr iji je lakši nego u mojoj rodnoj zemlji.

1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6
←-----→					
<i>nikako ne odgovara</i>			<i>savršeno odgovara</i>		

Anhang 9 Impact of Event Scale (deutsche Version)

Denken Sie bitte an den Vorfall.

Geben Sie im Folgenden an, wie Sie in der vergangenen Woche zu diesem Ereignis gestanden haben, indem Sie für jede der folgenden Reaktionen ankreuzen, wie häufig diese bei Ihnen aufgetreten ist.

	<i>Überhaupt nicht</i>	<i>selten</i>	<i>manchmal</i>	<i>oft</i>
✓ Auch ohne es zu beabsichtigen, musste ich daran denken.	☐	☐	☐	☐
✓ Ich versuchte, mich nicht aufzuregen, wenn ich daran dachte oder daran erinnert wurde.	☐	☐	☐	☐
✓ Ich fühlte mich reizbar und ärgerlich.	☐	☐	☐	☐
✓ Ich versuchte, es (das Ereignis) aus meiner Erinnerung zu streichen.	☐	☐	☐	☐
✓ Ich hatte Schwierigkeiten, nachts durchzuschlafen.	☐	☐	☐	☐
✓ Ich war leicht reizbar und schreckhaft.	☐	☐	☐	☐
✓ Es kam vor, dass die Gefühle, die mit dem Ereignis zusammenhingen, plötzlich für kurze Zeit viel heftiger wurden.	☐	☐	☐	☐
✓ Ich träumte davon.	☐	☐	☐	☐
✓ Ich stellte fest, daß ich handelte oder fühlte, als ob ich in die Zeit (des Ereignisses) zurückversetzt sei.	☐	☐	☐	☐
✓ Ich versuchte, Erinnerungen daran aus dem Weg zu gehen.	☐	☐	☐	☐
✓ Es kam mir so vor, als ob es gar nicht geschehen wäre oder irgendwie unwirklich war.	☐	☐	☐	☐
✓ Ich konnte nicht einschlafen.	☐	☐	☐	☐
✓ Ich versuchte, nicht darüber zu sprechen.	☐	☐	☐	☐
✓ Bilder, die mit dem Ereignis zu tun hatten, kamen mir plötzlich in den Sinn.	☐	☐	☐	☐
✓ Es fiel mir schwer, mich zu konzentrieren.	☐	☐	☐	☐
✓ Andere Dinge erinnerten mich immer wieder daran.	☐	☐	☐	☐
✓ Ich merkte zwar, daß meine Gefühle durch das Ereignis noch sehr aufgewühlt waren, aber ich beschäftigte mich nicht mit ihnen.	☐	☐	☐	☐
✓ Die Erinnerungen daran lösten bei mir körperliche Reaktionen aus, wie Schwitzen, Atemnot, Schwindel oder Herzklopfen.	☐	☐	☐	☐
✓ Ich versuchte, nicht daran zu denken.	☐	☐	☐	☐

- ✓ Immer, wenn ich an das Ereignis erinnert wurde, kehrten die Gefühle wieder.
- ✓ Ich empfand mich selber als sehr vorsichtig, aufmerksam oder hellhörig.
- ✓ Die Gefühle, die das Ereignis in mir auslöste, waren ein bißchen wie abgestumpft.

☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐

Anhang 10 Impact of Event Scale (bosnische Version)

(© Knipscheer, Mooren & Kleber, 1997)

Ispod ćete naći listu sa komentarima ljudi koji su preživjeli stresne događaje. Molimo vas da s **obzirom na ono što se vama desilo** odgovorite kako često ste sami tako nešto pomislili **u toku zadnjih sedam dana**. Ako uopšte niste na to mislili ili izjave nisu odgovarajuće za vas, prekrižite kolonu "nikada".

	<i>nikada</i>	<i>rijetko kad</i>	<i>ponekad</i>	<i>često</i>
✓ Mislio sam na to i kada nisam to želio.	☐	☐	☐	☐
✓ Nastojao sam da se ne uzbuđujem kada sam razmišljao o tome ili kada bi me nešto podsjetilo na taj događaj.	☐	☐	☐	☐
✓ Bio sam razdražljiv i ljut.	☐	☐	☐	☐
✓ Pokušao sam taj događaj izbrisati iz svog sjećanja.	☐	☐	☐	☐
✓ Jedva sam uspijevao da zaspim ili sam se često budio zbog slika i misli koje su mi navirale.	☐	☐	☐	☐
✓ Bio sam jako napet i istrzan strahom.	☐	☐	☐	☐
✓ Na trenutke sam se strašno osjećao misleći na te događaje.	☐	☐	☐	☐
✓ Sanjao sam o tome.	☐	☐	☐	☐
✓ Ponašao sam se i osjećao kao da ponovo doživljavam taj događaj.	☐	☐	☐	☐
✓ Uklanjao sam sve što me podsjeća na to.	☐	☐	☐	☐
✓ Imao sam utisak kao da se to nije ni dogodilo ili kao da to nije bilo stvarnost.	☐	☐	☐	☐
✓ Teško mogu da zaspim.	☐	☐	☐	☐
✓ Probao sam da ne pričam o tome.	☐	☐	☐	☐
✓ Slike tih događaja su mi neočekivano dolazile u misli.	☐	☐	☐	☐
✓ Teško sam se mogao na nešto skoncentrisati.	☐	☐	☐	☐
✓ Druge stvari su me prisiljavale da mislim na te događaje.	☐	☐	☐	☐
✓ Svjestan sam da i dalje imam mnogo osjećanja vezanih za to ali se ne suočavam s njima.	☐	☐	☐	☐
✓ Sjećanja na te događaje kod mene izazivaju znojenje, gađenje, mučninu ili lupanje srca.	☐	☐	☐	☐
✓ Pokušao sam da ne mislim na te događaje.	☐	☐	☐	☐
✓ Bilo kakvo podsjećanje vraćalo mi je stare osjećaje.	☐	☐	☐	☐
✓ Bio sam stalno na oprezu.	☐	☐	☐	☐
✓ Moja osjećanja vezana za taj događaj su takoreći umrtvljena.	☐	☐	☐	☐

Anhang 11 Deutsche Zusammenfassung

Obwohl die Forschung in Bezug auf die Folgen von posttraumatischem Stress in Flüchtlingspopulationen in den letzten Jahren stark zugenommen hat, richtet sich das wissenschaftliche Interesse noch zu wenig auf die Auswirkungen von akkulturativen Stress, der nach einer Migration auftreten kann. Dabei wird akkulturativer Stress als ein wichtiger Faktor für eine eingeschränkte psychische Gesundheit bei MigrantInnen gesehen. Neben posttraumatischen Reaktionen verstärkt auch der fortwährende akkultorative Stress eine Anfälligkeit für psychische Erkrankungen. Daher widmete sich die vorliegende Arbeit nicht nur den Auswirkungen von posttraumatischem Stress auf den psychischen Gesundheitszustand, sondern ergänzend auch denen des akkulturativen Stresses. Untersucht wurden eine klinische und eine nicht-klinische Stichprobe bosnischer Flüchtlinge. Alle TeilnehmerInnen lebten schon einen längeren Zeitraum in Österreich. Die zum Einsatz gekommenen Instrumente waren der GHQ-28, um die Beeinträchtigungen im Bereich der psychischen Gesundheit zu erfassen, die IES-R, um die posttraumatischen Reaktionen zu messen, die LAS, welche die Dimensionen der Akkulturation untersucht, sowie ein soziodemografischer Fragebogen.

Die gefundenen Ergebnisse waren größtenteils mit den vorher aufgestellten Hypothesen konform, die besagten, dass durch die posttraumatischen Reaktionen ein großer Teil der gefundenen gesundheitsbezogenen Varianz des GHQ-28 erklärt werden kann. Ergänzend dazu erklärten besonders zwei Dimensionen der Akkulturation (*Normen und Werte* sowie *soziale Integration*) einen Teil der Varianz. Die Studie trägt somit zu einem besseren Verständnis der schwierigen Situation von Flüchtlingen bei und versuchte einige dieser Schwierigkeiten mit denen sie sich nach der Flucht konfrontiert sehen zu erfassen und deren Einfluss auf den psychischen Gesundheitszustand dieser hochvulnerablen Bevölkerungsgruppe zu untersuchen. Darüber hinaus wurden Implikationen für das Gesundheitswesen und darin Tätige diskutiert.

Keywords: posttraumatischer Stress; Akkulturation; psychische Gesundheit; bosnische Flüchtlinge

Anhang 12 Lebenslauf**Persönliche Daten**

Name: Hannah Korn

Anschrift: Florianigasse 58/13, A-1080 Wien

Geburtsdatum und -ort: 21.08.1983, Heidelberg, Deutschland

Staatsangehörigkeit: Deutsch

Ausbildung

2004 – 2012 Universität Wien, Studium der Psychologie

2004 – 2004 Technische Universität Darmstadt, Studium der Psychologie

2003 – 2004 Universität Heidelberg, Studium der Kunstgeschichte

(Nebenfächer: Philosophie und Geschichte) (Wartesemester)

1994 – 2003 Hölderlingymnasium Heidelberg, Abschluss Abitur

Praktika

2007–2007 6-wöchiges Praktikum am Universitätsklinikum Heidelberg, Zentrum für
Psychosoziale Medizin, Station Mayer-Groß

Sprachen

Deutsch: (Muttersprache)

Englisch: C1

Französisch: B1