



universität
wien

Diplomarbeit

Titel der Arbeit

**Einstellung zu Suizid, Religiosität und Health Beliefs: Interkultureller Vergleich
zwischen Russland/ Kasachstan und RussInnen/ KasachInnen in Mitteleuropa**

Verfasserin

Ellina Fink

Angestrebter akademischer Grad

Magistra der Naturwissenschaften (Mag. rer. nat.)

Wien, im Februar 2013

Studienkennzahl: 298

Studienrichtung: Psychologie

Betreuer: Assoz. Prof. DDDr. Martin Voracek

Danksagung:

Besonderen Dank möchte ich allen Personen aussprechen, die an der Studie teilgenommen und den Fragebogen ausgefüllt haben. Ohne diese Menschen würde es diese Arbeit nicht geben.

Erwähnen sollte man an dieser Stelle auch meine Eltern Irina und Andreas, die mir sowohl bei der Übersetzung des Fragebogens als auch während der Datenerhebungsphase geholfen haben. Herzlichen Dank sage ich auch meiner Großmutter Valentina in Kasachstan sowie meinem Onkel Genadij in Russland, die in beiden Ländern die Fragebögen verteilt haben. Ganz lieben Dank meinem Lebenspartner Matthias für seine Geduld und Unterstützung während der gesamten Durchführung.

Nicht zuletzt möchte ich auch meinem Betreuer Prof. Martin Voracek danken. Dafür, dass er mich motiviert hat, diese Arbeit überhaupt zu machen sowie für seine unterstützenden Worte, die mich zu einer selbstständigen Arbeitsweise ermutigt haben, aber auch für seine zahlreichen Anregungen zur Auswertung.

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	8
Theoretischer Hintergrund.....	10
1.1. Definition Suizid	12
1.2. Migration in Deutschland seit 1990	12
1.3. Suizidraten in Deutschland und der ehemaligen Sowjetunion.....	12
1.3.1. Suizid in Deutschland.....	12
1.3.2. Suizid in Russland und Kasachstan	13
1.4. Ursachen von Suizid in der ehemaligen Sowjetunion.....	14
1.5. Genetische Einflussfaktoren von Suizid	15
1.6. Suizid und Religion.....	16
1.7. Laientheorien über Suizid	16
1.8. Einstellung zu Suizid.....	17
1.9. Hypothesen.....	18
Methoden.....	20
2.1. Stichprobe.....	22
2.1.1. Ausschlusskriterien.....	22
2.1.2. Soziodemographische Daten	22
2.2. Datenerhebung	23
2.3. Erhebungsinstrumente	23
2.3.1. Einstellung zu Suizid.....	24
2.3.2. Reaktion gegenüber einem suizidgefährdetem Freund	24
2.3.3. Glaube an die Ursachen von Suizid.....	24
2.3.4. Religiöse und spirituelle Einstellung.....	25
2.3.5. Glaube an die genetischen Faktoren von Suizid.....	25
2.3.6. Bereitschaft, professionelle psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen .	25
2.4. Untersuchungsdesign	26

2.5. Auswertung	26
Ergebnisse	28
3.1. Rücklaufquote der Fragebögen	30
3.2. Stichprobengröße und soziodemographische Daten	30
3.3. Reliabilitätsprüfung.....	33
3.4. Hypothesenprüfung	33
Diskussion.....	40
4.1. Wissen über die Genetik von Suizid	42
4.2. Religiosität	42
4.3. Bereitschaft, professionelle psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen	43
4.4. Laientheorien über Suizid	43
4.5. Einstellung zu Suizid und suizidgefährdeten Personen.....	44
4.6. Reliabilität	45
4.7. Einschränkungen	45
4.8. Möglichkeiten zukünftiger Untersuchungen.....	46
Zusammenfassung	48
Literaturverzeichnis	50
Eidesstattliche Erklärung	54
Curriculum vitae	56

Abstract

Background: Lot of studies pointed out the effect of religiosity and the use of alcohol on suicide. Although there are a lot of reasons why people commit suicide there are a lot of factors which are not explained yet. For a better understanding of suicidal behavior some authors use the cultural context of the suicide. While immigrants from the former soviet union represent one of the biggest group in middle Europe, there is no literature which highlight the attitudes toward suicide in this population.

Purpose: This study examined cross-cultural differences between immigrants from Russia and Kazakhstan and people leaving in Russia and Kazakhstan. These differences are related to attitudes toward suicide and reactions to suicidal individuals, religiosity, lay theories of suicide, the beliefs in the inheritance of risk factors for suicide as well as attitudes towards seeking professional help.

Method: A questionnaire was used to collect data in a group of immigrants ($n = 102$) and individuals in former Soviet Union ($n = 98$).

Results: In general people living in Russia and Kazakhstan score higher in religiosity and have more negative attitudes towards a suicidal friend than immigrants. Immigrants believe more in intrapersonal causes for suicide and have more positive attitude towards seeking professional psychological help than individuals from Russia and Kazakhstan.

Conclusion: Several cross-cultural results could be found. The stigma - hypotheses could partially be confirmed. Limitations and implication for further research are discussed.

Einleitung

Suizid ist ein weltweites Problem, welches die einzelnen Länder und Kulturen unterschiedlich stark betrifft. Während die Suizidraten in Mitteleuropa eher gering sind, zeigen die Staaten der ehemaligen Sowjetunion ein viel höheres Risiko, Suizid zu begehen (WHO, 2011).

Die Ursachen dafür sind vielfach diskutiert worden (z.B. Buckley, 1997; Lester, 1999) und erstrecken sich von Überforderung durch plötzliche gesellschaftliche Veränderungen hin zum Verlust der eigenen Identität, welche im Selbstmord endet. Aber auch Schutzfaktoren werden in der Literatur zahlreich behandelt. So konnten Studien den protektiven Einfluss von Religiosität (z.B. Gearing & Lisard, 2008) und Genetik (z.B. Bondy, Buettner & Zill, 2006 zit. n. Brent & Mann, 2005) nachweisen. Obwohl ImmigrantInnen aus der ehemaligen Sowjetunion die fünft größte Zuwanderergruppe in Deutschland darstellen (Migrationsbericht, 2006), gibt es keine Studien, die sich mit der Einstellung dieser Gruppe zum Thema Suizid beschäftigen.

Daher ist das Ziel dieser Untersuchung, einen kulturspezifischen Einblick in die Suizidthematik bei russischen und kasachischen ImmigrantInnen sowie RussInnen und KasachInnen zu geben. Dabei stehen folgende Inhalte besonders im Vordergrund:

- Kultureller Vergleich der Einstellung zu Suizid und
- die Einstellung zu suizidgefährdeten Personen,
- die Bereitschaft, professionelle psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen,
- Laientheorien zu Ursachen von Suizid,
- Religiosität und Spiritualität der einzelnen Kulturen sowie
- Wissen über die Genetik von Suizid.

Theoretischer Hintergrund

1.1. Definition Suizid

Suizidales Verhalten umfasst laut Schöpf (2003) einerseits den Suizid im eigentlichen Sinne und andererseits den nichttödlichen Suizidversuch. Im Gegensatz zum Suizidversuch wird die Selbsttötung von eher älteren Menschen männlichen Geschlechtes unternommen. Laut dem Autor weisen Suizidversuche eher einen impulsiven Charakter auf, während der tödliche Suizid geplant und mit einer sicheren Methode wie z.B. Erhängen durchgeführt wird.

Suizid wird laut ICD 10 als keine eigenständige diagnostische Störung behandelt (Schöpf, 2003). Jedoch findet sich im Kapitel XX unter dem Punkt *absichtliche Selbstverletzung* auch der Begriff Suizidalität wieder, wobei der Schwerpunkt hier auf die Methoden der Selbstverletzung und weniger auf die Definition von suizidalem Verhalten gelegt wird (WHO, 2010).

1.2. Migration in Deutschland seit 1990

Die Bundesrepublik Deutschland erlebte nach dem Zerfall der Sowjetunion und dem Öffnen des Eisernen Vorhangs im Jahre 1990 einen sehr hohen Anstieg an Zuzügen aus dem Ausland. Der Höhepunkt wurde im Jahr 1992 erreicht, als 80.6% AusländerInnen zuzogen (Migrationsbericht, 2006).

In den weiteren Jahren ist die Zuwanderung von AusländerInnen immer weiter zurückgegangen und betrug im Jahre 2006 nur noch ungefähr die Hälfte der 1992 erreichten Werte. Während 1992 noch 1.211.348 Personen einreisten, waren es im Jahr 2006 nur noch 558.467 Ausländer und Ausländerinnen.

Über die Herkunft der ImmigrantInnen lässt sich sagen, dass die meisten davon aus Europa kommen (72.5%). Weitere 12.6% der zugezogenen Personen stammen aus Asien und 3.9% aus Ländern Afrikas. Amerika, Australien und Ozeanien besetzten weitere 8.2% der ImmigrantInnen.

2006 betrug der Anteil der zugezogenen Personen aus der Russischen 3.5% und stellt damit die fünft größte Einwanderungsgruppe dar (Migrationsbericht, 2006).

1.3. Suizidraten in Deutschland und der ehemaligen Sowjetunion

1.3.1. Suizid in Deutschland

Die von der WHO (2011) veröffentlichten Daten zur Suizidrate in Deutschland zeigen, dass diese sowohl bei Männern als auch Frauen zwischen 1990 bis 2006 immer weiter ge-

sunken ist (von 17.8 im Jahr 1990 auf 11.9 im Jahr 2006). Bezüglich der Altersverteilung kann man festhalten, dass die Suizidrate bei beiden Geschlechtern im hohen Alter (zwischen 55 und 64 Jahren) stetig zunimmt wobei der Anstieg bei Männern steiler verläuft als bei Frauen.

Erhebungen aus dem Jahr 2010 zeigen, dass sich die Suizidrate pro 100.000 Personen leicht auf 12.3 erhöht hat. Der Anteil von Suizid unter allen Todesursachen lag in diesem Jahr bei 1.2% (10.021 Personen) wobei Männer mit 75.5% (7.466 Personen) weitaus häufiger vertreten waren als Frauen (25.5%, 2.556 Personen). Die dabei am häufigsten verwendete Methode (4.550 Personen) war die vorsätzliche Selbstschädigung durch Erhängen, Strangulieren oder Ersticken (Statistisches Bundesamt, 2010).

1.3.2. Suizid in Russland und Kasachstan

Russland und Kasachstan zeigen aufgrund ihrer gemeinsamen politischen Vergangenheit ähnliche Suizidraten und Suizidverläufe auf.

Während in den Jahren zwischen 1980 bis 1990 die Suizidrate in beiden Ländern kontinuierlich zurück ging, stieg diese zwischen 1990 und 1995 wieder steil an und erreichte 1995 in Russland und im Jahr 2000 in Kasachstan ihren Höhepunkt. Pro 100.000 Personen betrug die Suizidrate zum damaligen Zeitpunkt 41.5 in Russland und 29.9 in Kasachstan.

In den folgenden Jahren zeichnete sich dann ein leichtes Absinken der Suizidraten in beiden Ländern ab, wobei in Russland die Veränderung größer ausfällt als in Kasachstan. 2005 sind die Suizidraten in Russland um ungefähr 23% auf 32.2 gesunken. Im selben Jahr zeigte Kasachstan eine Rate von 25.9, was einer Veränderung von ungefähr 14% entspricht (WHO, 2011).

Im Jahr 2006 beträgt in Russland das Verhältnis von Männern und Frauen auf 100.000 Personen bezogen 53.9 zu 9.5. Dies entspricht einer fast sechsmal höheren Wahrscheinlichkeit, dass ein Mann suizidales Verhalten aufweist.

Ein ähnliches Bild zeigt sich auch in Kasachstan. Hier lag das Suizidverhältnis im Jahr 2008 bei 43.0 zu 9.4. Männer begehen demnach 4.6 mal häufiger Suizid als Frauen.

Auffällig ist auch die Altersverteilung in diesen Ländern. Während in Deutschland die Suizidrate erst im fortgeschrittenen Alter ansteigt, findet sich sowohl in Russland als auch Kasachstan eine sehr hohe Suizidrate bei Personen zwischen 25 und 34 Jahren (WHO, 2011).

1.4. Ursachen von Suizid in der ehemaligen Sowjetunion

So vielfältig die Formen des suizidalen Verhaltens sind, so zahlreich zeigen sich auch die Gründe dafür.

Eine Ursache wird der Bedrohung der eigenen Identität zugeschrieben. Suizid wird dabei als Antwort auf diese Bedrohung gesehen. Externe Ereignisse wie z.B. wirtschaftlicher Zusammenbruch, Verlust der Arbeit oder das Misslingen einer Eheschließung zu einem von der Gesellschaft akzeptablen Alter können die Identität einer Person bedrohen. In Gesellschaften, wo Veränderungen plötzlich auftreten, sind solche Ängste präsenter, da die Menschen keine Zeit haben, sich an die neuen Bedingungen anzupassen (Girard, 1993). Dies könnte eine Erklärung dafür sein, warum vor allem nach dem Zerfall der Sowjetunion die Suizidrate einen so steilen Anstieg nahm.

Ob ein Suizidversuch unternommen oder nur in Betracht gezogen wird, hängt laut Buckley (1997) vom sozialen Kontext ab. Suizid wird von ihm als ein *soziales Phänomen* bezeichnet. Darin sieht der Autor auch den Grund für die Geschlechtsunterschiede in den Suizidraten. Gesellschaften mit starken Rollendifferenzierungen zeigen sich, je nach externen Ereignissen die plötzlich eintreten, unterschiedlich stark in ihren Identitäten bedroht. Frauen finden häufiger als Männer eine neue Identität in der Familie, während Männer sich in den Suizid stürzen.

Aufgrund der wirtschaftlichen Situation in Ländern wie Russland und Kasachstan könnte die Theorie von Buckley (1997) eine mögliche Erklärung für die starken Geschlechtsunterschiede darstellen. Aber auch die hohen Suizidraten im Alter von 25 bis 34 Jahren könnten damit besser nachvollzogen werden.

Ein weiterer Erklärungsversuch für den starken Anstieg des suizidalen Verhaltens nach 1990 besteht darin, dass Menschen mit dem neuen Regime unzufrieden waren, weil sich die Hoffnung auf die Verbesserung der Situation nicht eingestellt hatte. Die BürgerInnen konnten nicht mehr der Regierung, sondern nur sich selbst die Schuld dafür geben, was zu einer erhöhten Aggression gegen sich selbst und in weiterer Folge zu erhöhten Suizidraten führte (Lester, 1999).

Nicht zuletzt spielt auch der große Alkoholkonsum in Russland und Kasachstan eine nicht unbeachtliche Rolle. Razvodowsky (2009) konnte einen Zusammenhang zwischen dem Wodkaverkauf in Russland und der Suizidrate im Land nachweisen. Er stellte fest, dass der Anstieg im Alkoholverkauf (über alle alkoholischen Getränke hinweg) um einen Liter pro Kopf die Suizidrate bei Männern um 4% und bei Frauen um 2.8% erhöht. Beim

Wodkaverkauf ist die Entwicklung noch höher. Auf einen verkauften Liter Wodka pro Kopf erhöht sich die Suizidrate bei Männern um 9.3% und bei Frauen um 6%.

1.5. Genetische Einflussfaktoren von Suizid

Neben den beschriebenen Ursachen, spielt auch die Genetik eine entscheidende Rolle. Geographische Studien konnten zeigen, dass Personen, die einen ähnlichen Genpool aufweisen, auch Ähnlichkeiten in deren Suizidraten zeigen. Ein Überblick über die verschiedenen Ergebnisse lässt sich bei Marušič (2005) finden.

Voracek und Sonneck (2007) konnten zeigen, dass die Unterschiede in den Suizidraten eines Landes mit der genetischen Struktur der Bevölkerung assoziiert sind, selbst wenn die sozialen und ökonomischen Faktoren konstant gehalten werden. Auch molekulargenetische Studien sowie Zwillingsstudien konnten einen Einfluss der Gene auf suizidales Verhalten aufzeigen (Bondy, Buettner & Zill, 2006). Eineiige Zwillinge zeigen demnach ein deutlich höheres Risiko für Suizid als zweieiige Zwillinge. In ihrer Arbeit zitieren die Autoren eine Studie von Brent und Mann (2005) welche annimmt, dass das erhöhte Risiko für Suizid aufgrund verschiedener Eigenschaften hervorgerufen wird, welche an die Kinder weiter vererbt werden. Demnach führt die Neigung zu impulsiv-aggressivem Verhalten sowie zu Depressionen zusammen zu einem erhöhten Suizidrisiko. Ähnliches stellt auch Marušič (2005) in seiner Arbeit fest. Es konnte ein Gen gefunden werden, welches den Alkoholkonsum und die Alkoholabhängigkeit fördert. Dieses lässt sich bei Personen in Asien häufiger finden als bei Europäern. Personen mit diesem Gen zeigen mehr negative Emotionen wie Aggressivität und Depressivität, was wiederum zu einem erhöhten suizidalen Verhalten führt.

Interkulturelle Studien zum Wissen über genetische Einflussfaktoren für Suizid zeigten zwei interessante Ergebnisse: Einerseits gibt es Unterschiede in der Meinung über die Plausibilität der einzelnen erwähnten Untersuchungen. So werden Ergebnisse aus molekulargenetischen Studien und Zwillingsstudien eher für plausibel gehalten als die Ergebnisse aus geographischen Studien und Adoptionsstudien (Voracek, Loibl & Sonneck, 2007; Voracek et al., 2007; Voracek et al., 2008). Andererseits gibt es Unterschiede in der Befürwortung solcher biologischen Faktoren. Dabei zeigt sich, dass Personen in Estland eher an biologische Ursachen für Suizid glauben und ein höheres Wissen über Suizid aufweisen als ÖsterreicherInnen (Kölves, Tran & Voracek, 2007).

1.6. Suizid und Religion

Zahlreiche Studien fanden einen Beleg dafür, dass Religiosität einen Schutzfaktor darstellt. Dieser protektive Einfluss konnte für verschiedene Religionen wie Muslime oder Christen gefunden werden (Gearing & Lisard, 2008). Dabei ist zu unterscheiden, welche Stellung die Religion zu diesem Thema einnimmt. Während das Christentum den Suizid als eine Sünde ansieht („Du sollst nicht töten“) gehört z.B. im Hinduismus der Tod zum Leben dazu.

Kellerher und seine Kollegen (1998) stellen in diesem Zusammenhang fest, dass Länder mit religiösen Sanktionen durchschnittlich eine geringere Suizidrate aufweisen als Regionen ohne Sanktionen. Dies gilt besonders dann, wenn Sanktionen auch wirklich durchgeführt und nicht nur angekündigt werden.

Des Weiteren zeigten Studien, dass Suizid bei konfessionslosen Personen deutlich höher ist als bei Menschen mit römisch-katholischem und islamischem Glauben (Sonneck, Stein & Voracek, 2002).

Religion allein kann aber keine Ursache für geringere Suizidraten sein. Cleary und Brannick (2007) fanden heraus, dass in Irland die Suizidrate in Regionen mit mehr Religiosität höher liegt als in Gegenden mit einer geringeren Religiosität.

Der Glaube hat jedoch nicht nur einen moderierenden Charakter auf die Suizidalität, sondern auch auf die Ursachenzuschreibung für so ein Verhalten. So vermuten religiöse Personen eher intrapersonelle Ursachen hinter Suizid als nicht religiöse Menschen (Voracek, Loibl & Lester, 2007).

1.7. Laientheorien über Suizid

Da jede Person eine Meinung über das Thema Suizid hat, sollte auch deren Ursachenzuschreibung näher betrachtet werden.

Diverse Studien zu Laientheorien stellten drei Ursachenmodelle fest. Hjelmeland und Knizek (2004) zeigen, dass Menschen den Hauptgrund für Suizid in intrapersonellen Ursachen sehen. Darunter fallen unter anderem Einsamkeit, Hoffnungslosigkeit sowie Eifersucht und persönliche Krisen. Ein weiterer Grund wird dem interpersonellen Bereich zugeschrieben, welcher zwischenmenschliche Beziehungen beinhaltet. Demnach ist Suizid eine Reaktion auf Einflüsse aus der Umwelt wie z.B. Scheidung oder Vertrauensverlust. Das dritte Ursachenmodell sieht extrapersonelle Ursachen als Hauptgrund für Suizid. Diese sind u.a. Anforderungen aus der Gesellschaft, die für die Betroffenen zu hoch sind und daher mit Suizid darauf reagiert wird.

Eine ähnliche Kategorisierung der Ursachen sieht Lester und Bean (1992). Ein von den Autoren entwickelter Fragebogen beinhaltet die Ursachenzuschreibung auf folgenden Ebenen: Intrapsychische Probleme, interpersonelle Konflikte und gesellschaftlicher Druck.

Welchen Faktoren ein suizidales Verhalten angerechnet wird, hängt von kulturellen Unterschieden ab. So glauben Afro-Amerikaner weniger an interpersonelle Ursachen als Amerikaner mit Europäischer Herkunft (Walker, Lester & Joe, 2006). Personen aus Österreich bevorzugen hingegen ein multifaktorielles Modell und religiöse Menschen ziehen eher intrapersonelle Ursachen zur Erklärung heran (Voracek, Loibl & Lester, 2007). Walker und seine Kollegen (2006) glauben, dass die Meinung, wer das Leben kontrolliert darüber entscheidet, welche Ursachenzuschreibung stattfindet. Gläubige Menschen sehen das Leben eher von Gott als von äußeren Einflüssen wie Stress oder Konflikten gesteuert. Daher werden diese Personen eher intrapersonelle Erklärungsmodelle heranziehen als weniger gläubige.

1.8. Einstellung zu Suizid

Religiosität hat nicht nur einen Einfluss auf die Suizidhandlung und Ursachenzuschreibung für Suizid, sondern auch auf die Einstellung gegenüber diesem Thema. So glauben religiöse Personen eher an eine Bestrafung nach dem Suizidtod und sind häufiger der Meinung, dass Suizid und Suizidversuche verheimlicht werden sollten. Im Allgemeinen wird Suizid von dieser Gruppe weniger akzeptiert und die Bereitschaft öffentlich über das Thema zu diskutieren, ist ebenfalls geringer als bei nicht religiösen Personen. (Eskin, 2004).

Eskin (2004) konnte in seiner Arbeit zeigen, dass nicht religiöse Personen eine liberalere Einstellung zu Suizid haben, suizidgefährdete Personen jedoch weniger akzeptieren als religiöse Menschen. Umgekehrt zeigen religiöse Personen eine höhere Toleranz bei suizidgefährdeten Personen, jedoch nicht bei Suizid.

Weitere Einflussfaktoren für die Einstellung gegenüber diesem Thema konnten in den Familienverhältnissen von Jugendlichen gefunden werden. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass z.B. Personen, deren Eltern sich haben scheiden lassen, eine positivere Einstellung zu Suizid aufweisen, als Menschen, deren Eltern zusammen leben. Auch die Gegend, in der man aufwächst, spiegelt sich in der Meinung über suizidales Verhalten wider. So zeigen Individuen, welche in einer Gegend mit hohen Suizidraten leben, eine positivere Einstellung als Personen aus Gegenden mit einer niedrigen Suizidrate (Arnautovska & Grad, 2010).

Nicht zu Letzt gibt es Hinweise darauf, dass die Einstellung auch von Persönlichkeitsfaktoren moderiert wird. Die Ergebnisse von Knight, Furnham und Lester (2000) lassen darauf schließen, dass Personen mit höheren Neurotizismuswerten eine positivere Einstellung zu Suizid haben.

1.9. Hypothesen

Wie bereits oben beschrieben, haben Studien gezeigt, dass Personen aus Ländern mit hohen Suizidraten ein größeres Wissen über die biologischen Ursachen von Suizid aufweisen (Kölves, Tran & Voracek, 2007). Da Deutschland im Vergleich zu Russland und Kasachstan eine geringere Suizidrate zeigt, lässt sich *Hypothese 1* wie folgt formulieren:

ImmigrantInnen aus Russland und Kasachstan unterscheiden sich im Wissen über die Genetik von Suizid von Personen in Russland und Kasachstan.

Da sowohl suizidales Verhalten als auch die Einstellung zu Suizid im Zusammenhang mit Religiosität gebracht werden (siehe Kap. 1.6 & Kap. 1.8) wird *Hypothese 2* wie folgt formuliert, um den Zusammenhang zwischen Suizidalität und Religion in den beiden Gruppen aufzuzeigen:

Personen in Russland und Kasachstan sind religiöser und gehen häufiger in die Kirche als ImmigrantInnen in Deutschland.

Wie in Kap. 1.8 dargestellt, neigen religiöse Personen eher dazu, Suizidversuche und Suizid zu verheimlichen und weniger zu thematisieren. Außerdem sieht diese Personengruppe Suizid weniger als ein psychisches Problem an (Eskin, 2004), was zur folgenden Hypothese führt:

Es besteht ein Zusammenhang zwischen Religiosität und der Bereitschaft, professionelle psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Um ein umfassendes Bild von der Einstellung zu Suizid zu bekommen, wird auch *Hypothese 4* in die Untersuchung mit aufgenommen:

ImmigrantInnen unterscheiden sich von Nicht-ImmigrantInnen hinsichtlich der Bereitschaft, professionelle psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen.

In Kap.1.7 steht, dass der Glauben an Ursachen für Suizid sowohl von der Religiosität als auch von der Meinung, wer das Leben kontrolliert, abhängt. Da sich die Staaten der ehemaligen Sowjetunion in deren politischen und wirtschaftlichen Situation von der in Mitteleuropa unterscheiden, könnte dies Einfluss auf die Sichtweise über die Ursachen für Suizid haben. Daraus folgt *Hypothese 5*:

ImmigrantInnen unterscheiden sich im Glauben an Ursachen für Suizid von RussInnen und KasachInnen.

Die Stigma-Hypothese (Eskin et al., 2011) besagt, dass Personengruppen mit hohen Suizidraten eher positivere und liberalere Einstellung zu Suizid aufweisen und suizidgefährdete Personen eher stigmatisieren und abwerten als Personengruppen mit niedrigen Suizidraten. Basierend darauf lautet *Hypothese 6*:

Personen in Russland und Kasachstan unterscheiden sich in ihrer Einstellung gegenüber Suizid von ImmigrantInnen in Mitteleuropa.

Hypothese 7:

Personen in Russland und Kasachstan unterscheiden sich in ihrer Einstellung gegenüber suizidgefährdeten Personen von ImmigrantInnen in Mitteleuropa.

Methoden

2.1. Stichprobe

2.1.1. Ausschlusskriterien

Als Einschlusskriterium für die Datenerhebung in Deutschland und Österreich wurde eine Mindestaufenthaltsdauer von fünf Jahren festgelegt. Dies sollte das Verständnis des Fragebogens sicherstellen, da dieser für die ImmigrantInnen auf Deutsch vorgelegt wurde.

Des Weiteren konnten an der Befragung in der ImmigrantInnen-Stichprobe nur Personen teilnehmen, welche entweder in Russland oder Kasachstan geboren wurden oder deren Eltern aus einem der beiden Länder stammen.

2.1.2. Soziodemographische Daten

Folgende soziodemographischen Daten wurden abgefragt: *Geschlecht, Alter, höchst-abgeschlossene Ausbildung, Häufigkeit des Kirchgangs, Religion und Herkunftsland*. Zusätzlich sollte die ImmigrantInnen-Gruppe die *Aufenthaltsdauer* sowie den *Freundeskreis* angeben.

Bei der *höchstabgeschlossenen Ausbildung* wurden folgende Möglichkeiten vorgegeben: Pflichtschule, Lehre/Berufsschule, mittlere Schule ohne Matura (Realschule), AHS/BHS mit Matura (Fachoberschule/Berufsoberschule) und Universität/Fachhochschule. Außerdem gab es ein Feld „andere“, wo selbstständig eine Ausbildungsform reingeschrieben werden konnte. Dies sollte gewährleisten, dass aufgrund von fehlender Schulform keine fehlenden Werte entstehen. Beim russischen Fragebogen wurde darauf geachtet, dass die vorgegebenen Schulabschlüsse dem deutschen bzw. österreichischen Schulsystem ähneln, um eine bessere Vergleichbarkeit der Daten zu gewährleisten.

Bei der Häufigkeit des *Kirchgangs* wurden die TeilnehmerInnen gefragt „Wie oft gehen Sie durchschnittlich in die Kirche?“ und konnten aus folgenden Vorgaben wählen: gar nicht, einmal im Jahr, nur zu besonderen Anlässen, ein paar Mal im Jahr, einmal im Monat, einmal pro Woche und mehrmals pro Woche.

Für die Beantwortung der Frage nach der *Religionszugehörigkeit* gab es folgende Antwortmöglichkeiten: evangelisch, katholisch, (russisch) orthodox, muslimisch, keine und andere, wobei es die Möglichkeit gab, die „andere“ Religion näher zu beschreiben.

Die Frage nach dem *Freundeskreis* wurde folgendermaßen formuliert: „Mein Freundeskreis besteht hauptsächlich aus....“. Daraufhin konnten die TeilnehmerInnen aus folgenden Antwortmöglichkeiten auswählen: hauptsächlich Personen aus Deutschland/Österreich, hauptsächlich Personen aus meinem Herkunftsland und „andere“, wobei es auch hier die Möglichkeit gab, die Angabe „andere“ näher zu beschreiben.

2.2. Datenerhebung

Da sowohl ImmigrantInnen aus Russland als auch aus Kasachstan an der Studie teilgenommen haben, wurden der Fragebogen zuerst in Deutschland und Österreich verteilt, um das Verhältnis von russischen und kasachischen TeilnehmerInnen festzustellen. Im Anschluss wurden Personen in Russland und Kasachstan im gleichen Verhältnis befragt.

An der Studie haben hauptsächlich Personen aus Süddeutschland (Landkreis Berchtesgadener Land und Landkreis Traunstein) teilgenommen. Die Datenerhebung fand in dieser Region im Zeitraum von Mai bis Juli 2012 statt. Rekrutiert wurden Personen einerseits mittels Schneeballsystem aus dem Freundes- und Familienkreis, andererseits über russische Foren (www.forum.aktuell.ru) und soziale Netzwerke (www.odnoklassniki.ru und www.facebook.de).

Im September 2012 wurde der Fragebogen in Russland (in der Stadt Jekaterinburg mit ca. 1.300.000 Einwohnern) und Kasachstan (in der Stadt Stepnogorsk mit ca. 40.000 Einwohnern) verteilt. Hier kam ebenfalls das Schneeballsystem zur Anwendung. Die Datenerhebung in Russland und Kasachstan wurde durch Verwandte durchgeführt.

Alle TeilnehmerInnen haben sich freiwillig bereit erklärt, an der Studie teilzunehmen.

2.3. Erhebungsinstrumente

Die Fragebögen wurden in zwei Sprachen vorgegeben. Die ImmigrantInnen in Deutschland bekamen die deutsche Version, die TeilnehmerInnen in Russland sowie Kasachstan die russische Übersetzung. Zuvor wurden alle Verfahren für die Vorgabe in Russland und Kasachstan nach der *parallel blind technique* (Behling & Law, 2002, S. 23) aus dem Englischen von einem russischen native speaker und einer Gymnasiallehrerin, welche die Fächer Russisch und Englisch unterrichtet, übersetzt. Im Anschluss wurde die finale Version von einem unabhängigen russischem native-speaker auf Verständnis und Grammatik korrigiert.

Der Fragebogen war wie folgt strukturiert:

Die erste Seite beinhaltete Angaben zur Instruktion, Anonymität und Freiwilligkeit der Teilnahme. Die letzte Seite beinhaltete demographische Angaben, die bereits in Abschnitt 2.1.2. erläutert wurden. Dazwischen wurden folgende Verfahren in der aufgelisteten Reihenfolge vorgegeben:

2.3.1. Einstellung zu Suizid

Die Meinung und Einstellung zu Suizid wurde mit dem Fragebogen *Attitudes Towards Suicide Scale (ATTS)* von Eskin (2004) erhoben.

Hier soll auf einer 5-stufigen Likert-Skala angegeben werden, wie stark die TeilnehmerInnen den einzelnen Aussagen zustimmen bzw. ablehnen. Die 24 Items werden dabei so kodiert, dass 0 - stimme gar nicht zu, 1 - stimme nicht zu, 2 - weder noch, 3 - stimme zu und 4 - stimme völlig zu, bedeutet. Je höher der Wert, desto höher die Zustimmung der Person.

In einer Studie von Eskin et al. (2011) konnten sieben Faktoren extrahiert werden, welche zusammen 73.4% der Varianz erklären. Diese Faktoren lauten: *Glaube an die Bestrafung nach dem Tod, Akzeptanz von Suizid, Suizid als ein Zeichen für psychische Krankheit, Mitteilung von psychischen Problemen, Verheimlichung von suizidalem Verhalten, Suizid als Lösung und offene Benachrichtigung und Diskussion über Suizid.*

Die Auswertung erfolgt über einen Summenscore für jeden Faktor.

2.3.2. Reaktion gegenüber einem suizidgefährdetem Freund

Der Fragebogen *Reaction to an Imagined Suicidal Friend (RISF)* besteht aus 20 Items, welche Reaktionen auf einen imaginären suizidgefährdeten Freund beinhalten (Eskin, 1999). Die Beantwortung erfolgt auf einer 5-stufigen Likert-Skala von „stimme gar nicht zu“ bis zu „stimme völlig“ zu. Die Kodierung wurde mit 0, 1, 2, 3 und 4 gewählt. Je höher der Wert, desto höher die Zustimmung.

Eine faktorenanalytische Untersuchung von Eskin et al. (2011) ergab fünf Faktoren welche 61.3% der Varianz erklären. Diese sind: *Soziale Akzeptanz, emotionale Beteiligung, Hilfe für den suizidgefährdeten Freund, Abneigung gegen die Bekanntgabe einer Suizidgefährdung und Nachfragen über suizidales Verhalten.*

Die Auswertung erfolgt über einen Summenscore für jeden Faktor.

2.3.3. Glaube an die Ursachen von Suizid

Die von Lester und Bean (1992) entwickelte *Attribution of Causes to Suicide Scale (ACCS)* besteht aus 18 Items mit verschiedenen Ursachen für Suizid. Diese werden in drei Subskalen (jeweils sechs Items pro Subskala) zusammengefasst: *Intrapsychische Probleme, interpersonelle Probleme und soziale Ursachen.*

Die Bewertung erfolgt auf einer 6-stufigen Likert-Skala von 1 - stimme überhaupt nicht zu bis 6 - stimme stark zu. Die Kodierung umfasst den Bereich von 0 bis 5. Dabei

gilt, je höher der Wert, desto stärker die Zustimmung. Die Auswertung erfolgt mittels einen Summenscore für jede Subskala.

2.3.4. Religiöse und spirituelle Einstellung

Zur Erfassung der religiösen und spirituellen Einstellung wird der ursprünglich von Holland et al. (1998) entwickelte *System of Belief Inventory (SBI-15-D)* verwendet.

Die Validierung der deutschen Version (Albani et al., 2001) zeigt gute testtheoretische Ergebnisse. Die zwei extrahierten Faktoren (*religiöse Überzeugungen und Praktiken* sowie *soziale Unterstützung in der Glaubensgemeinschaft*) erklären zusammen 80.9% der Varianz.

Der Fragebogen besteht aus 15 Items, welche auf eine vierstufigen Likert-Skala von trifft gar nicht zu bis trifft vollständig zu beantwortet werden sollen. Diese werden mit 0, 1, 2 und 3 kodiert. Je höher der Wert, desto höher die Zustimmung. Ausgewertet wird dieses Verfahren mittels einem Summenscore sowohl für jeden Faktor als auch über einen Gesamtsummenscore.

2.3.5. Glaube an die genetischen Faktoren von Suizid

Der Glaube an die genetischen Ursachen von Suizid wird mit dem *Beliefs in the Inheritance of Risk Factors for Suicide Scale (BIRFSS)* von Voracek, Loibl und Sonneck (2007) erfasst.

Die 22 Items des BIRFSS beinhalten Aussagen zu Ergebnissen aus Familienstudien, Geographischen-, Zwillings-, Adoptions-, Migrations- und familiennamenbasierten Studien sowie zu molekulargenetischen Studien. Das dichotome Antwortformat wird mit 1 - wahr und 0 - falsch kodiert. 14 Items stellen richtige Statements dar und 8 Items (6, 9, 11, 15, 16, 18, 21 und 22) sind falsche Aussagen.

Da Item 6 eine negative Itemtrennschärfe sowohl in dieser Arbeit als auch bereits in früheren Studien (z.B. Voracek, Loibl & Sonneck, 2007; Voracek, Egle, Schleicher, Loibl & Sonneck, 2007) aufweist und die Entfernung dieses Items die Reliabilität des Fragebogens stark erhöht (siehe Kap. 3.3), erfolgt die Auswertung mit nur 21 Items. Der Summenscore über die gesamte Skala wird damit nur mit 21 Items gebildet und liegt zwischen 0 und 21. Je höher der Wert, desto eher glaubt eine Person an die Genetik von Suizid.

2.3.6. Bereitschaft, professionelle psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen

Attitudes Towards Seeking Professional Psychological Help Scale (ATSPPH) die ursprünglich von Fischer und Turner (1970) entwickelt wurde, erfasst die Bereitschaft, professionelle psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen. Verwendet wurde hier jedoch die

revidierte Kurzform von Ang, Lau, Tan und Lim (2007), welche aus 9 Items mit einem vierstufigen Likert-Antwortformat besteht (ATSPPH-SF). Die Skala setzt sich aus vier positiv und fünf negativ formulierten Items zusammen. Aussage 2, 4, 7, 8 und 9 wurden aufgrund der negativen Formulierung umgepolt. Die Antworten wurden mit 0 - stimme gar nicht zu, 1 - stimme teilweise nicht zu, 2 - stimme teilweise zu und 3 - stimme völlig zu kodiert. Die Spannweite des möglichen Summenscores liegt zwischen 0 und 27. Je höher der Wert, desto höher die Zustimmung zur Bereitschaft, professionelle psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen.

2.4. Untersuchungsdesign

Beim Untersuchungsdesign handelt es sich um eine quasi-experimentelle Untersuchung, da eine Zuteilung der Personen zu der jeweiligen Gruppe aufgrund deren Geburtsortes und derzeitigen Wohnortes bereits feststeht (ImmigrantInnen und Nicht-ImmigrantInnen).

Gerechnet wurden hauptsächlich *t*-Tests für unabhängige Stichproben und Multivarianzanalysen.

2.5. Auswertung

Die statistische Auswertung erfolgte mit SPSS (PASW Statistics Version 18).

Zuerst wurden die demographischen Daten hinsichtlich Mittelwert, Standardabweichung, Spannweite etc. ausgewertet.

Die interne Konsistenz der einzelnen Skalen (ATTS, RIFS, BIRFSS, SBI-15R-D, ACCS und ATSPPH-SF) für ImmigrantInnen und Nicht-ImmigrantInnen wurde mittels Cronbach's Alpha berechnet. Die Unterschiede zwischen ImmigrantInnen und Nicht-ImmigrantInnen wurden für die Variablen *Geschlecht*, *Alter* und *höchstabgeschlossene Ausbildung* mittels χ^2 -Tests auf Signifikanz untersucht.

Die Voraussetzungen für *t*-Test und MANOVA wurden mittels Kolmogorov-Smirnov-Test für die Feststellung der Normalverteilung der Variablen, Levene's Test für die Homogenität der Varianzen sowie Box's Test für die Homogenität der Varianz-Kovarianz-Matrizen überprüft. Auch wenn die Voraussetzungen verletzt wurden, kam der *t*-Test und MANOVA zur Anwendung, da diese ein robustes Verfahren darstellen, wenn die Stichprobengröße annähernd gleich groß ist. Des Weiteren kam eine Korrelation zum Einsatz.

Das Signifikanzniveau wurde mit $\alpha = .05$ (zweiseitig) festgelegt.

Ergebnisse

3.1. Rücklaufquote der Fragebögen

Von insgesamt 320 ausgeteilten Fragebögen wurden 200 in die Analyse einbezogen. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 62.5%.

In der ImmigrantInnen-Stichprobe wurde 200 Fragebögen verteilt, von denen 110 zurückkamen. Von diesen 110 mussten acht ausgeschlossen werden, da der Fragebogen mindestens 5% fehlende Werte aufweist. Das macht in der ImmigrantInnen-Stichprobe einen Rücklauf von 51%.

In Russland und Kasachstan wurden insgesamt 120 Fragebögen ausgeteilt. Davon wurden 105 retourniert. Von diesen 105 Fragebögen mussten sieben ausgeschlossen werden, da die fehlenden Werte mindestens 5% ausgemacht haben. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 81.7%.

3.2. Stichprobengröße und soziodemographische Daten

Insgesamt besteht die Stichprobe aus 200 Personen. Davon kommen 53 (26.5%) aus Russland, 45 (22.5%) aus Kasachstan, 42 (21%) Personen sind aus Russland immigriert und 60 (30%) Personen stammen ursprünglich aus Kasachstan. Die ImmigrantInnen-Stichprobe besteht demnach aus 102 (51%) und die Nicht-ImmigrantInnen-Stichprobe aus 98 (49%) Personen.

Bezüglich der Variable *Freundeskreis* hat sich gezeigt, dass die meisten TeilnehmerInnen (49%) hauptsächlich mit Personen aus deren Herkunftsland befreundet sind. 22.5% weisen einen Freundeskreis auf, der hauptsächlich aus deutschsprachigen Personen besteht. Einen ausgewogenen Freundeskreis, der sich sowohl aus russischen als auch deutschen Personen zusammensetzt, gaben 13.7% an. Vier Personen (3.9%) machten dazu keine Angaben.

Bei der Frage nach der *höchstabgeschlossenen Ausbildung* zeigt sich in der ImmigrantInnen-Stichprobe, dass Lehre/Berufsschule und mittlere Schule ohne Matura mit jeweils 28.4% am häufigsten vertreten waren. Zwei Personen (2%) machten hierzu keine Angaben. Im Gegensatz dazu ist die häufigste Ausbildung in der Nicht-ImmigrantInnen-Stichprobe mittlere Schule ohne Matura (35.7%), gefolgt von der Pflichtschule mit 26.5%.

Hinsichtlich *Kirchgang* lässt sich feststellen, dass die meisten ImmigrantInnen entweder nur zu besonderen Anlässen wie Hochzeit oder Weihnachten in die Kirche gehen (37.3%) oder die Kirche gar nicht besuchen (30.4%). Eine Person machte dazu keine Angaben. Ähnlich sieht es in der Nicht-ImmigrantInnen-Stichprobe aus. Hier gaben die Teil-

nehmenrInnen am häufigsten an, nur zu besonderen Anlässen in die Kirche zu gehen (25.5%), gefolgt von der Antwort gar nicht in die Kirche zu gehen (24.5%). Vier Personen machten dazu keine Angaben.

Bezüglich der *Religion* der TeilnehmerInnen zeigt sich, dass 72.5 % der ImmigrantInnen eine christliche Religionszugehörigkeit aufweisen. 9.8% der Personen gaben an eine andere als der vorgegebenen Religionen zu haben, ohne diese näher zu beschreiben. Auch die Nicht-ImmigrantInnen gaben mit 67.3% am häufigsten die christliche Religionszugehörigkeit an. 15.3% sind Muslime und 11.2% gaben eine andere als der vorgegebenen Religionen an, ohne diese jedoch näher zu bezeichnen. Tabelle 1 zeigt eine Zusammenfassung der soziodemographischen Daten.

Die Analyse der Verteilung der Daten ergibt folgendes Bild:

Innerhalb der Gruppen ist die Personenanzahl sowie die Verteilung der Geschlechter gleichverteilt ($\chi^2(1) = 0.263, p = .608$). Bezüglich des Alters zeigen sich auch keine Unterschiede zwischen den Gruppen ($\chi^2(44) = 59.603, p = .058$). Signifikante Unterschiede finden sich jedoch bei der höchst abgeschlossenen Ausbildung ($\chi^2(4) = 38.949, p = .000$). ImmigrantInnen weisen im Schnitt einen höheren Abschluss auf als Nicht-ImmigrantInnen.

Tabelle 1: soziodemographische Daten

	ImmigrantInnen (<i>n</i> = 102)			Nicht-ImmigrantInnen (<i>n</i> = 98)		
	<i>n</i>	%	<i>Md</i> (<i>SD</i>)	<i>n</i>	%	<i>Md</i> (<i>SD</i>)
Geschlecht						
weiblich	65	63.7		59	60.2	
männlich	37	36.3		39	39.8	
Alter			28.00 (10.21)			27.00 (14.28)
Aufenthaltsjahre			16.00 (4.26)			
Freundeskreis						
hauptsächlich deutsch	23	22.5				
hauptsächlich russisch	50	49.0				
deutsch und russisch	14	13.7				
andere	11	10.8				
Höchstabgeschlossene Ausbildung						
Pflichtschule	5	4.9		26	26.5	
Lehre, Berufsschule	29	28.4		16	16.3	
Mittlere Schule ohne Matura, Fachschule	29	28.4		35	35.7	
AHS, BHS mit Matura	17	16.7		21	21.4	
Universität, Fachhochschule	20	19.6				
Kirchgang						
gar nicht	31	30.4		24	24.5	
einmal im Jahr	9	8.8		17	17.3	
nur zu besonderen Anlässen	38	37.3		25	25.5	
einmal im Jahr	16	15.7		16	16.3	
einmal pro Monat	4	3.9		6	6.1	
einmal pro Woche	3	2.9		3	3.1	
mehrmals pro Woche				3	3.1	
Religion						
evangelisch	49	48.0		60	61.2	
katholisch	25	24.5		6	6.1	
russisch orthodox	12	11.8				
muslimisch				15	15.3	
keine	6	5.9		6	6.1	
andere/keine Angabe	10	9.8		11	11.2	

N = 200, *Md* – Median, *SD* – Standardabweichung

3.3. Reliabilitätsprüfung

Die interne Konsistenz der einzelnen Skalen wurde mittels Cronbach's Alpha berechnet. Die Werte für die beiden Herkunftsgruppen können Tabelle 2 entnommen werden.

Tabelle 2: Cronbach's α für die Verfahren ATTS, RTSI, SBI, BIRFSS, ACCS und ATSPPH-SF für ImmigrantInnen sowie Nicht-ImmigrantInnen

	ImmigrantInnen	Nicht- ImmigrantInnen
ATTS	.532	.663
RTSF	.770	.790
SBI-15R	.922	.940
BIRFSS	.372 (.492 ^a)	.225 (.374 ^a)
ACCS	.756	.777
Intrapsychische Ursachen	.452	.549
Interpersonelle Ursachen	.693	.614
Soziale Ursachen	.598	.476
ATSPPH-SF	.634	.611

a - Reliabilität ohne Item 6

Auffällig ist hier, dass vor allem das Verfahren BIRFSS in beiden Kulturgruppen die schlechtesten Werte erreicht. Hier zeigt sich jedoch, dass besonders ein Item, die interne Konsistenz stark beeinträchtigt. Wird dieses Item entfernt, so erreicht die Reliabilität besonders in der deutschen Version mit .50 ein fast akzeptables Niveau.

Gründe für die teilweise niedrigen Reliabilitäten werden weiter unten (im Kap. 4) diskutiert.

3.4. Hypothesenprüfung

Die erste zu untersuchende Hypothese lautet: **ImmigrantInnen aus Russland und Kasachstan unterscheiden sich im Wissen über die Genetik von Suizid von Personen in Russland und Kasachstan.** Für die Berechnung wurde ein *t*-Test bei unabhängigen Stichproben mit der Skala des BIRFSS als Testvariable und *Herkunft* als Gruppenvariable verwendet. Die berechneten Mittelwerte und Standardabweichungen sind in Tabelle 3 dargestellt.

Tabelle 3: Deskriptivstatistik für den Glauben an die genetischen Ursachen von Suizid (BIRFSS)

	<i>M (SD)</i>
ImmigrantInnen (<i>n</i> = 102)	8.66 (2.98)
Nicht-ImmigrantInnen (<i>n</i> = 98)	9.45 (2.74)
N = 200, <i>M</i> - Mittelwert, <i>SD</i> - Standardabweichung	

Der Levene's-Test fällt nicht signifikant aus ($p = .137$) und eine Normalverteilung der Daten in beiden Gruppen kann ebenfalls angenommen werden (Kolmogorov-Smirnov-Test fällt in beiden Gruppen nicht signifikant aus, $p > .05$).

Der *t*-Test für unabhängige Stichproben fällt nicht signifikant aus ($t(198) = -1,952$, $p = .052$). Zwischen ImmigrantInnen und Nicht-ImmigrantInnen gibt es keine Unterschiede hinsichtlich des Glaubens an die Genetik von Suizid.

Die zweite Hypothese – **Personen in Russland und Kasachstan sind religiöser und gehen häufiger in die Kirche als ImmigrantInnen in Deutschland**– wurde ebenfalls mittels *t*-Test für unabhängige Stichproben ausgewertet. Die Testvariable wurde mit dem Gesamtscore des BSI-15R-D festgelegt und als Gruppenvariable die *Herkunft* verwendet. Für den zweiten Teil der Hypothese wurde die Variable *Kirchgang* als Testvariable gewählt.

Tabelle 4 zeigt die berechneten Mittelwerte sowie Standardabweichungen für die Religiosität.

Tabelle 4: Deskriptivstatistik für Religiosität (SBI-15R-D)

	<i>M (SD)</i>
ImmigrantInnen (<i>n</i> = 101)	20.27 (10.14)
Nicht - ImmigrantInnen (<i>n</i> = 98)	23.42 (12.25)

N = 199, *M* – Mittelwert, *SD* – Standardabweichung

Der Kolmogorov-Smirnov-Test ergibt für beide Gruppen ein nicht signifikantes Ergebnis. Levene's Test fällt jedoch signifikant aus ($p = .047$).

Der t -Test für unabhängige Stichproben ergibt ein gerade noch signifikantes Ergebnis ($t(197) = -1.979, p = .049, \eta_p^2 = .28$). Nicht-ImmigrantInnen sind religiöser als ImmigrantInnen. Es liegt ein mittlerer Effekt vor.

Tabelle 5 zeigt die Mittelwerte und Standardabweichungen der Variable *Kirchgang*.

Tabelle 5: Deskriptivstatistik für Kirchgang

	<i>M (SD)</i>
ImmigrantInnen ($n = 101$)	1.62 (1.333)
Nicht - ImmigrantInnen ($n = 94$)	1.83 (1.556)
N = 195, <i>M</i> – Mittelwert, <i>SD</i> – Standardabweichung	

Während der Levene's Test nicht signifikant ausfällt, zeigt der Kolmogorov-Smirnov-Test sowohl für ImmigrantInnen als auch Nicht-ImmigrantInnen ein signifikantes Ergebnis ($p < .05$).

Der t -Test für unabhängige Stichproben fällt für Kirchgang nicht signifikant aus ($t(193) = -0.995, p = .321$). Demnach gibt es keinen Unterschied zwischen ImmigrantInnen und Nicht-ImmigrantInnen hinsichtlich der Häufigkeit des Kirchgangs.

Die Berechnung der dritten Hypothese - **Es besteht ein Zusammenhang zwischen Religiosität und der Bereitschaft, professionelle psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen** – erfolgte mittels einer Korrelation. Der Kolmogorov-Smirnov-Test zeigt eine Normalverteilung in beiden Variablen und jeder Kulturgruppe.

Sowohl für die ImmigrantInnen als auch Nicht-ImmigrantInnen konnte kein signifikanter Zusammenhang festgestellt werden.

Die vierte Hypothese lautet: **ImmigrantInnen unterscheiden sich von Nicht-ImmigrantInnen hinsichtlich der Bereitschaft, professionelle psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen**. Diese wurde mittels einem t -Test für unabhängige Stichproben gerechnet.

Tabelle 6 zeigt die berechneten Mittelwerte sowie Standardabweichungen für diese Variablen.

Tabelle 6: Deskriptivstatistik für die Bereitschaft, professionelle psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen.

	<i>M (SD)</i>
ImmigrantInnen (<i>n</i> = 102)	14.18 (4.201)
Nicht-ImmigrantInnen (<i>n</i> = 98)	11.88 (4.715)
N = 200, <i>M</i> – Mittelwert, <i>SD</i> – Standardabweichung	

Sowohl der Kolmogorov-Smirnov-Test als auch der Levene's Test fallen nicht signifikant aus.

Es zeigt sich ein signifikanter mittlerer Effekt der Kultur auf die Bereitschaft, professionelle psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen ($t(198) = 3.644, p = .000, \eta_p^2 = .52$). ImmigrantInnen sind eher bereit, professionelle psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen, als Nicht-ImmigrantInnen.

Die Berechnung der fünften Hypothese - **ImmigrantInnen unterscheiden sich im Glauben an Ursachen für Suizid von RussInnen und KasachInnen** – erfolgte mittels einer MANOVA. Hier wurde für den Faktor die *Herkunft* gewählt. Als abhängige Variable wurden die drei Skalen des ACCS (*intrapsychische Ursachen, interpersonelle Ursachen und soziale Ursachen*) festgelegt.

Tabelle 7 zeigt die berechneten Mittelwerte sowie Standardabweichungen für diese Variablen.

Tabelle 7: Deskriptivstatistik für den Glauben an die Ursachen von Suizid (ACCS)

	intrapsychische Probleme	interpersonelle Probleme	soziale Ursachen
	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>
ImmigrantInnen (<i>n</i> = 102)	18.47 (4.650)	15.21 (5.591)	13.98 (4.684)
Nicht-ImmigrantInnen (<i>n</i> = 98)	16.61 (6.140)	14.82 (6.351)	13.71 (5.400)
Gesamt (N = 200)	17.56 (5.497)	15.02 (5.963)	13.85 (5.036)
N = 200, <i>M</i> – Mittelwert, <i>SD</i> - Standardabweichung			

Der Kolmogorov-Smirnov-Test zeigt ein nicht signifikantes Ergebnis für jede Skala pro Kulturgruppe. Während der Box's Test nicht signifikant ausfällt, zeigt der Levene's Test ein signifikantes Ergebnis bei der Skala Intrapyschische Probleme ($p = .004$).

Die Pillai-Spur ergibt keinen signifikanten Kultureffekt auf die drei Skalen des ACCS ($V = .032$, $F(3, 196) = 2.148$, $p = .095$). Die univariate Auswertung ergibt nur einen Unterschied in der Skala *intrapyschische Probleme* ($F(1, 172.603) = 5.851$, $p = .016$, $\eta_p^2 = .029$). Der Effekte fällt jedoch klein aus. ImmigrantInnen befürworten intrapyschische Ursachen für Suizid stärker als Nicht-ImmigrantInnen. Die anderen zwei Ursachenmodelle (interpersonell und sozial) zeigen keine signifikanten Unterschiede in den beiden Kulturgruppen.

Die sechste Hypothese - **Personen in Russland und Kasachstan unterscheiden sich in ihrer Einstellung gegenüber Suizid von ImmigrantInnen in Mitteleuropa** – wurde mittels MANOVA ausgewertet. Abhängige Variable waren hier die sieben Skalen des ATTS. Als Faktor wurde die *Herkunft* gewählt.

Tabelle 8 zeigt die berechneten Mittelwerte sowie Standardabweichungen für diese Variablen.

Tabelle 8: Deskriptivstatistik Einstellung zu Suizid (ATTS)

	ImmigrantInnen ($n = 102$)	Nicht-ImmigrantInnen ($n = 98$)
	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>
Glaube an die Bestrafung nach dem Tod	9.44 (4.715)	12.07 (3.846)
Akzeptanz von Suizid	6.22 (5.042)	7.21 (5.263)
Suizid als ein Zeichen für psychische Krankheit	7.56 (3.254)	6.36 (2.767)
Mitteilung von psychischen Problemen	9.41 (2.327)	8.49 (2.145)
Verheimlichung von suizidalem Verhalten	3.28 (1.926)	4.19 (1.962)
Suizid als Lösung	4.48 (1.923)	4.52 (2.057)
Offene Benachrichtigung und Diskussion über Suizid	4.92 (1.817)	4.06 (1.843)

N = 200, *M* – Mittelwert, *SD* – Standardabweichung

Eine Normalverteilung der Daten kann für die ImmigrantInnen-Stichprobe für folgende Subskalen nicht angenommen werden: *Suizid als ein Zeichen für psychische Krankheit*,

Mitteilung von psychischen Problemen, Verheimlichung von suizidalem Verhalten, Suizid als Lösung und offene Benachrichtigung und Diskussion über Suizid. Ähnliches Bild zeigt sich bei der Nicht-ImmigrantInnen-Stichprobe. Hier fällt zusätzlich die Subskala *Akzeptanz von Suizid* signifikant aus, dafür ist die Subskala *offene Benachrichtigung und Diskussion über Suizid* normalverteilt. Der Levene's Test fällt für keine Skala signifikant aus. Beim Box's Test zeigt sich eine Signifikanz.

Pillai-Spur ergibt einen kleinen signifikanten kumulierten Einfluss von Kultur auf die Einstellung zu Suizid ($V = .206$, $F(7, 192) = 7.113$, $p = .000$, $\eta_p^2 = .206$). In der Skala *Glaube an die Bestrafung nach dem Tod* ($F(1, 345.773) = 18.606$, $p = .000$, $\eta_p^2 = .086$) ergibt sich, dass Nicht-ImmigrantInnen hier eine höhere Zustimmung geben, als ImmigrantInnen. *Suizid als ein Zeichen für psychische Krankheit* ($F(1, 72.173) = 7.888$, $p = .005$, $\eta_p^2 = .038$) wird von ImmigrantInnen stärker befürwortet und auch bei der *Mitteilung von psychischen Problemen* ($F(1, 42.484) = 8.470$, $p = .004$, $\eta_p^2 = .041$) zeigen ImmigrantInnen eine höhere Zustimmung als Nicht-ImmigrantInnen. Kulturelle Effekte ergeben sich auch bei der *Verheimlichung von suizidalem Verhalten* ($F(1, 41.349) = 10.944$, $p = .001$, $\eta_p^2 = .052$) sowie der *offenen Benachrichtigung und Diskussion über Suizid* ($F(1, 36.995) = 11.048$, $p = .001$, $\eta_p^2 = .053$). RussInnen und KasachInnen stimmen der Verheimlichung von Suizid stärker zu als ImmigrantInnen und lehnen eine offene Benachrichtigung und Diskussion über Suizid mehr ab. Alle Effekte fallen klein aus.

Die siebte Hypothese - **Personen in Russland und Kasachstan unterscheiden sich in ihrer Einstellung gegenüber suizidgefährdeten Personen von ImmigrantInnen in Mitteleuropa** – wurde ebenfalls mittels einer MANOVA gerechnet. Als Faktor wurde auch hier die *Herkunft* und die abhängigen Variablen mit den Skalen des RTSF festgelegt.

Tabelle 9 zeigt die berechneten Mittelwerte sowie Standardabweichungen für diese Variablen.

Tabelle 9: Deskriptivstatistik Hilfe für einen suizidgefährdeten Freund (RISF)

	ImmigrantInnen (<i>n</i> = 102)	Nicht-ImmigrantInnen (<i>n</i> = 98)
	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)
soziale Akzeptanz	18.14 (4.614)	17.12 (3.411)
emotionale Beteiligung	8.85 (3.513)	10.18 (2.944)
Hilfe für den suizidgefährdeten Freund	16.50 (3.139)	15.23 (2.868)
Abneigung gegen die Bekanntgabe einer Suizidgefährdung	4.52 (2.009)	4.59 (1.591)
Nachfragen über suizidales Verhalten	6.13 (1.633)	5.79 (1.254)

N = 200, *M* – Mittelwert, *SD* – Standardabweichung

Der Kolmogorov-Smirnov-Test fällt in der Nicht-ImmigrantInnen-Gruppe nur für die Subskala *emotionale Beteiligung* nicht signifikant aus. Alle anderen Subskalen weisen keine Normalverteilung auf. Der Box's Test fällt signifikant aus. Der Levene's Test zeigt nur in den Skalen *Hilfe für einen suizidgefährdeten Freund* sowie *Abneigung gegen die Bekanntgabe einer Suizidgefährdung* ein nicht signifikantes Ergebnis. Alle anderen Subskalen fallen signifikant aus.

Pillai-Spur zeigt einen kleinen signifikanten kumulierten kulturellen Effekt auf die Einstellung zu einem suizidgefährdeten Freund ($V = .089$, $F(5, 194) = 3.782$, $p = .003$, $\eta_p^2 = .089$).

Signifikante Effekte lassen sich bei der *emotionalen Beteiligung* ($F(1, 88.507) = 8.395$, $p = .004$, $\eta_p^2 = .041$) und *Hilfe für den suizidgefährdeten Freund* ($F(1, 80.018) = 8.836$, $p = .003$, $\eta_p^2 = .043$) feststellen. ImmigrantInnen weisen in der Skala *emotionale Beteiligung* signifikant niedrigere Werte auf als Nicht-ImmigrantInnen und stimmen in der Skala *Hilfe für einen suizidgefährdeten Freund* stärker zu. In allen anderen Skalen konnten keine kulturellen Effekte gefunden werden. Die vorliegenden Effekte fallen klein aus.

Diskussion

4.1. Wissen über die Genetik von Suizid

Interkulturelle Untersuchungen zum Thema Suizid tragen nicht nur zu einem besseren Verständnis für dieses Verhalten bei, sondern leisten auch einen entscheidenden Beitrag, Präventionsmaßnahmen effektiver zu gestalten. Entscheidend dabei ist neben den zahlreichen Ursachen auch das Wissen der Bevölkerung zu suizidalem Verhalten.

Frühere Studien zeigten, dass das Wissen über die Genetik von Suizid kulturellen Unterschieden unterliegt. Kölves et al. (2007) stellen in diesem Zusammenhang fest, dass große Suizidraten mit einem höherem Wissen einhergehen. Daher wurde die erste Hypothese wie folgt formuliert: **ImmigrantInnen aus Russland und Kasachstan unterscheiden sich im Wissen über die Genetik von Suizid von Personen in Russland und Kasachstan.**

Die Ergebnisse können diesen Effekt nicht bestätigen. Es konnte in dieser Arbeit kein Unterschied im Wissen der ImmigrantInnen und Nicht-ImmigrantInnen über die Genetik von Suizid gefunden werden.

Eine mögliche Ursache für das Ausbleiben der Effekte könnte im Freundeskreis der TeilnehmerInnen liegen. Wie bereits in Kap. 3.2 erwähnt, weisen knapp 50% der ImmigrantInnen einen Freundeskreis auf, der hauptsächlich aus Personen mit russischer Herkunft besteht. Das hat zur Folge, dass ein Wissensaustausch mit der deutschen Kultur nicht oder nur begrenzt stattfinden kann und damit auch ein Wissenstransfer ausbleibt.

Einen weiteren Grund findet man in der Reliabilität des Verfahrens. Kap. 3.3 kann man entnehmen, dass diese vor allem für das Verfahren BIRFSS besonders niedrig ausgefallen sind (Gründe dafür siehe Kap. 4.6). Das wiederum bedeutet, dass der Fragebogen nicht genau misst und die Ergebnisse daher Verzerrungen unterliegen könnten.

4.2. Religiosität

Neben dem Wissen über Suizid spielt auch die Religiosität der Betroffenen eine entscheidende Rolle. Gearing und Lisard (2008) sprechen hier von einem protektivem Faktor für Suizid, während Cleary et al. (2007) eher davon reden, dass Religiosität allein keine Ursache für geringe Suizidraten sein kann. Um diesen Zusammenhang auch für Russland und Kasachstan zu veranschaulichen, wurde die zweite Hypothese - **Personen in Russland und Kasachstan sind religiöser und gehen häufiger in die Kirche als ImmigrantInnen in Deutschland** – untersucht.

Während sich im Kirchengang der ImmigrantInnen und Nicht-ImmigrantInnen keine Unterschiede feststellen lassen, geben Personen in Russland und Kasachstan an, signifikant religiöser zu sein, als die ImmigrantInnen in Deutschland.

Die Ergebnisse legen nahe, dass Religiosität in Russland und Kasachstan kein Schutzfaktor für Suizid darstellen kann, da dort die Suizidraten um einiges höher liegen als in Deutschland. Das wiederum bestätigt die Ergebnisse von Cleary und Brannick (2007), die auch in Irland zu dem gleichen Resultat kamen.

4.3. Bereitschaft, professionelle psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen

Wie Voracek et al. (2007) zeigen konnten, unterscheiden sich religiöse Personen in der Uraschenzuschreibung für Suizid. Da diese eher intrapersonelle Ursachen bevorzugen, sollten sich Unterschiede in der Bereitschaft, professionelle psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen, zeigen. Die vierte Hypothese lautet: **Es besteht ein Zusammenhang zwischen Religiosität und der Bereitschaft, professionelle psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen.** Dieser Zusammenhang konnte in den vorliegenden Daten nicht gefunden werden. Zu ähnlichen Ergebnisse kam auch Kadluczka (2012). In ihrer Arbeit konnte sie bei PolInnen und polnischen ImmigrantInnen ebenfalls keinen Einfluss von Religiosität auf die Bereitschaft, professionelle psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen, feststellen.

Für die Feststellung, wie sich die einzelnen Kulturen hinsichtlich der Inanspruchnahme von professioneller psychologischer Hilfe unterscheiden, wurde folgende Hypothese untersucht: **ImmigrantInnen unterscheiden sich von Nicht-ImmigrantInnen hinsichtlich der Bereitschaft, professionelle psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen.**

Die Ergebnisse lassen auf einen kulturellen Unterschied schließen. ImmigrantInnen sind eher bereit professionelle psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen als Personen in Russland und Kasachstan. Auch dieses Resultat ist konform mit früheren Studien in Polen (Kadluczka, 2012) und Indien (Aninilkumparambil, 2012).

4.4. Laientheorien über Suizid

Um ein ganzheitliches Bild von der Suizidthematik zu bekommen, wurden die Ursachenzuschreibungen für Suizid gefragt. Die Hypothese - **ImmigrantInnen unterscheiden sich im Glauben an Ursachen für Suizid von RussInnen und KasachInnen** - konnte ebenfalls bestätigt werden. Russische und kasachische ImmigrantInnen befürworteten intra-

psychische Ursachen von Suizid stärker als Personen in Russland und Kasachstan. In den anderen beiden Ursachenmodellen (interpersonelle und soziale Ursachen) konnten keine Unterschiede gefunden werden. Diese Ergebnisse widersprechen jedoch früheren Studien von Voracek, Loibl und Lester (2007), wonach religiösere Personen intrapersonelle Ursachen stärker befürworten als nicht religiöse.

Hjelmeland und Knizek (2004) stellten fest, dass Menschen den Hauptgrund für Suizid in intrapersonellen Ursachen sehen, gefolgt von interpersonellen und sozialen Ursachen. Diese Ergebnisse konnten bestätigt werden. Über alle Gruppen hinweg werden intrapsychische als häufigste und soziale Probleme als am wenigsten zutreffende Ursachen genannt.

4.5. Einstellung zu Suizid und suizidgefährdeten Personen

Die Hypothese **Personen in Russland und Kasachstan unterscheiden sich in ihrer Einstellung gegenüber Suizid von ImmigrantInnen in Mitteleuropa** basiert auf der Stigma-Hypothese von Eskin et al. (2011). Diese konnte in der vorliegenden Arbeit nicht bestätigt werden. RussInnen und KasachInnen befürworten den Suizid als ein Zeichen für psychische Krankheit stärker und lehnen die Mitteilung von psychischen Problemen sowie die offene Benachrichtigung und Diskussion über Suizid stärker ab als ImmigrantInnen. Gleichzeitig wird die Verheimlichung von suizidalem Verhalten von Nicht-ImmigrantInnen stärker befürwortet als von ImmigrantInnen. Bei der Akzeptanz von Suizid sowie der Sichtweise, dass Suizid eine Lösung für Probleme darstellt, unterscheiden sich beide Kulturen nicht voneinander.

Ebenfalls basierende auf der Stigma-Hypothese lautet die letzte untersuchte Hypothese wie folgt: **Personen in Russland und Kasachstan unterscheiden sich in ihrer Einstellung gegenüber suizidgefährdeten Personen von ImmigrantInnen in Mitteleuropa.**

Diese Hypothese konnte die Annahmen von Eskin et al. (2011) bestätigen. Obwohl RussInnen und KasachInnen sich emotional stärker beteiligt fühlen, lehnen sie Hilfe für einen suizidgefährdeten Freund eher ab als ImmigrantInnen in Deutschland.

Mögliche Ursachen dafür, dass die Stigma-Hypothese von Eskin et al. (2011) nur teilweise bestätigt werden konnte, lassen sich auf die geringe Rücklaufquote in der ImmigrantInnen-Stichprobe zurückführen. Es liegt die Vermutung nahe, dass nur diejenigen Personen teilgenommen haben, die eine eher positivere Einstellung zum Thema Suizid haben und eher bereit sind, über das Thema zu diskutieren. Ein weiterer Grund könnte aber auch im Freundeskreis der TeilnehmerInnen liegen. Wie auch beim Wissen zur Genetik von

Suizid kann eine Einstellungsänderung in Richtung positivere Einstellung zum Thema Suizid nicht erfolgen, wenn ein kultureller Austausch nicht stattfindet (siehe dazu auch Diskussion des Freundeskreises im Kap. 4.1).

4.6. Reliabilität

Wie bereits in Kapitel 3.3 angesprochen, fällt die Reliabilität für das Verfahren BIRFSS für beide Kulturgruppen sehr niedrig aus. Sprachverständnisse können an dieser Stelle ausgeschlossen werden, da die übrigen Verfahren gute bis sehr gute Werte aufweisen.

Eine mögliche Ursache dafür lässt sich in den fehlenden Werten finden. Es zeigt sich, dass die Missings im BIRFSS signifikant positiv mit den fehlenden Werten im restlichen Fragebogen korrelieren ($r = .231$, $p = .001$). Dies lässt auf systematische Missings schließen. Des Weiteren zeigt sich, dass sich die meisten fehlenden Werte in der Nicht-ImmigrantInnen-Stichprobe befinden. Hier fällt auch der Zusammenhang zwischen den fehlenden Werten im BIRFSS und Geschlecht signifikant aus ($r = -.208$, $p = .040$). Dies spricht dafür, dass besonders Männer einzelne Items nicht beantwortet haben, was sich wiederum negativ auf die Reliabilität auswirkt. Neben Geschlechtsunterschieden in den fehlenden Werten, zeigt sich dieser Effekt auch in der Reliabilität. Besonders in der deutschsprachigen Stichprobe liegt die interne Konsistenz bei den Männern bei $\alpha = .301$ und bei den Frauen $\alpha = .57$. Dies lässt den Schluss zu, dass auch hier die Männer ein inkonsistentes Antwortmuster aufweisen, was sich in weiterer Folge negativ auf die Reliabilität auswirkt. Vermutlich führt die Länge und Positionierung des Verfahrens (BIRFSS wurde von insgesamt sechs Verfahren an fünfter Stelle vorgegeben) dazu, dass besonders das männliche Geschlecht dazu verleitet wird, unaufmerksamer und flüchtiger zu antworten.

Ferner kann man Tabelle 2 (S. 33) entnehmen, dass auch die Subskalen des ACCS relativ niedrige Reliabilitäten aufweisen. Dies ist jedoch mit früheren Ergebnissen von Voracek, Loibl und Lester (2007) konsistent. Die Autoren sehen den Grund dafür in der geringen Itemanzahl pro Subskala.

4.7. Einschränkungen

Obwohl die Ergebnisse einen entscheidenden Beitrag zum Verständnis von Suizid beitragen, unterliegen sie einigen Einschränkungen.

So ist die Verallgemeinerung der Resultate nur beschränkt möglich. Wie bereits erwähnt, sind Verzerrungen in der ImmigrantInnen-Stichprobe nicht auszuschließen. Auch ist die Repräsentativität aufgrund der Geschlechtsverteilung in keiner der Kulturgruppen gegeben.

Wie auch bei anderen Fragebogen-Verfahren lässt sich der Effekt sozialer Erwünschtheit nicht völlig ausschließen, selbst wenn bei der Instruktion auf die Anonymität hingewiesen wurde.

4.8. Möglichkeiten zukünftiger Untersuchungen

Auch wenn die Ergebnisse der vorliegenden Studie teilweise widersprüchlich zu früheren Untersuchungen ausgefallen sind, so liefern sie dennoch einen wichtigen Beitrag zum Verständnis der Suizidthematik. Zum ersten Mal erfolge ein Vergleich zwischen RussInnen, KasachInnen und den ImmigrantInnen in Deutschland. Obwohl dies einen wichtigen Schritt darstellt, ist dennoch weitere Forschung notwendig.

Da die vorliegende Arbeit ein Durchschnittsalter von ungefähr 28 Jahren aufweist, wäre es interessant, die Einstellung bei jüngeren und älteren Personen zu erfassen. Besonders die ältere Generation wäre, aufgrund der unterschiedlichen Suizidraten in Deutschland und der ehemaligen Sowjetunion in dieser Altersgruppe, besonders interessant.

Aufgrund der Größe der ehemaligen Sowjetunion, insbesondere von Russland, ergibt sich die Notwendigkeit, auch Regionen im Osten des Landes in solche Untersuchungen mit einzubeziehen, um mögliche Unterschiede in der Einstellung innerhalb des Landes hervorzuheben. Die Vermutung liegt nahe, da der Westen des Landes im Vergleich zum Osten dem europäischen Einfluss stärker unterliegt, dass Unterschiede noch größer ausfallen könnten.

Die Einstellung und das Wissen zum Suizid, aber auch die Bereitschaft, professionelle psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen, wurde in dieser Arbeit in großen Städten bereits behandelt. Interessant wäre dies aber auch, in ländlichen Gegenden zu untersuchen.

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit konnten zeigen, dass die Einstellung gegenüber der Psychologie und damit die Bereitschaft, professionelle psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen, in Russland und Kasachstan eher gering ausgefallen ist. Da dies viele Ursachen haben kann, wie z.B. schlechte Zugänglichkeit zur Psychologie, ist hier weitere Ursachen-Forschung notwendig. Eine positive Einstellung gegenüber der Psychologie ist eine wichtige Voraussetzung, um Betroffenen Hilfe anbieten zu können und Präventionsmaßnahmen sinnvoll zu gestalten.

Nicht zu Letzt wären weitere Untersuchungen mit anderen Kulturen notwendig, um ein besseres und genaueres Bild vom Phänomen Suizid zu bekommen und um dieses besser verstehen zu können.

Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit konnte sowohl bisherige Ergebnisse teilweise bestätigen als auch neue Erkenntnisse zur Suizidthematik beitragen.

Entgegen den Ergebnissen von Kölves, Tran und Voracek (2007) zeigen ImmigrantInnen, welche in einem Land mit einer geringen Suizidrate leben, kein geringeres Wissen über die Genetik von Suizid.

Auch die Religiosität als Schutzfaktor konnte für Nicht-ImmigrantInnen nicht bestätigt werden. Obwohl die Menschen in Russland und Kasachstan religiöser sind, zeigen diese Länder eine recht hohe Suizidrate.

Weiters konnte auch das Ergebnis von Voracek, Loibl und Lester (2007) nicht bestätigt werden. Obwohl Nicht-ImmigrantInnen religiöser sind, befürworteten sie intrapsychische Ursachen für Suizid nicht stärker als ImmigrantInnen in Deutschland.

Eine teilweise Bestätigung der früheren Ergebnisse, findet sich in der Stigma-Hypothese von Eskin et al. (2011). Obwohl eine positivere und liberalere Einstellung zu Suizid bei RussInnen und KasachInnen nicht gefunden werden konnte, zeigt sich doch, dass einem suizidgefährdeten Freund eher weniger geholfen wird als bei den ImmigrantInnen. Personen in Russland und Kasachstan stimmen der Verheimlichung von suizidalem Verhalten stärker zu und lehnen eine Mitteilung von psychischen Problemen sowie eine offene Benachrichtigung und Diskussion über Suizid stärker ab.

RussInnen und KasachInnen sind nicht zuletzt auch seltener bereit, professionelle psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen, als ImmigrantInnen.

Literaturverzeichnis

- Albani, C., Bailer, H., Blaser, G., Geyer, M., Brähler, E., & Grulke, N. (2001). Erfassung religiöser und spiritueller Einstellungen: Psychometrische Überprüfung der deutschen Version des „System of Belief Inventory“ (SBI-15R-D) von Holland et al. in einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 52, 306-313.
- Aninilkumparambil, N. (2012). *Attitudes towards suicide, religiosity and health beliefs: A cross-cultural comparison between South India (Kerala) and South Indians in Austria*. Unpublished diploma thesis, Universität Wien
- Ang, R. P., Lau, S., Tan, A. G., & Lim, K. M. (2007). Refining the Attitudes Towards Seeking Professional Psychological Help Scale: Factorial invariance across two Asian samples. *Measurement & Evaluation in Counseling & Development*, 40, 130-141.
- Arnautovska, U., & Grad, O. T. (2010). Attitudes toward suicide in the adolescent population. *Crisis*, 31, 22-29.
- Behling, O., & Law, K. S. (2000). *Translating questionnaires and other research instruments: Problems and solutions*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Bondy, B., Buettner, A., & Zill, P. (2006). Genetics of suicide. *Molecular Psychiatry*, 11, 336-351.
- Buckley, C. (1997). Suicide in post-Soviet Kazakhstan: Role stress, age and gender. *Central Asian Survey*, 16, 45-52.
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2007). *Migrationsbericht 2006*.
Verfügbar unter:
http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Migrationsberichte/migrationsbericht-2006.html;jsessionid=F5B83F95B65831B494BDB91D2FEF0C87.1_cid244?nn=1362958
- Cleary, A. & Brannick, T. (2007). Suicide and changing values and beliefs in Ireland. *Crisis*, 28 (2), 82-88.
- Eskin, M. (1999). Social reactions of Swedish and Turkish adolescents to a close friend's suicidal disclosure. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34, 492-497.

- Eskin, M. (2004). The effect of religious versus secular education on suicide ideation and suicidal attitudes in adolescents in Turkey. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 536-542.
- Eskin, M., Voracek, M., Stieger, S., & Altinyazar, V. (2011). A cross-cultural investigation of suicidal behavior and attitudes in Austrian and Turkish medical students. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46, 813-823.
- Fischer, E. H., & Turner, J. L. (1970). Orientations to seeking professional help: Development and research utility of an attitude scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 35, 79-90.
- Gearing, R. E. & Lizardi, D. (2009). Religion and suicide. *Journal of Religion and Health*, 48, 332-341.
- Girard, C. (1993). Age, gender, and suicide: A cross-national Analysis. *American Sociological Review*, 58, 553-574.
- Hjelmeland, H., & Knizek, B. L. (2004). The general public's views on suicide and suicide prevention, and their perception of participating in a study on attitudes toward suicide. *Archives of Suicide Research*, 8, 345-359.
- Holland, J. C, Kash, K. M., Passik, S., Gronert, M. K., Sison, A., Lederberg, M., Russak, S. M., Baider, L., & Fox, B. (1998). A brief spiritual beliefs inventory for use in quality of life research in life-threatening illness. *Psycho-Oncology*, 7, 460-469.
- Kadluczka, K. (2012). *Einstellung zu Suizid, Religiosität und Health Beliefs: Ein interkultureller Vergleich zwischen ÖsterreicherInnen, PolInnen und polnischen ImmigrantInnen*. Unpublizierte Diplomarbeit, Universität Wien
- Kelleher, M. J, Chambers, D., Corcoran, E., Williams, E. Keeley, H. S. (1998). Religious sanctions and rates of suicide worldwide. *Crisis*, 19, 78-86.
- Knight, M. T. D., Furnham, A. F., & Lester, D. (2009). Lay theories of suicide. *Personality and Individual Differences*, 29, 453-457.
- Kölves, K., Tran, U. S., & Voracek, M. (2007). Knowledge about suicide and local suicide prevalence: Comparison of Estonia and Austria. *Perceptual and Motor Skills*, 105, 3-7.
- Lester, D. (1999). Suicide in post-Soviet Central Asia. *Central Asian Survey*, 18, 121-124.

- Lester, D. & Bean, J. (1992). Attribution of causes to suicide. *The Journal of Social Psychology*, 132, 679-680.
- Marušič, A. (2005). History and geography of suicide: Could genetic risk factors account for the variation in suicide rates?. *American Journal of Medical Genetics Part C*, 133C, 43-47.
- Razvodovsky, Y. E. (2009). Beverage-specific alcohol sale and suicide in Russia. *Crisis*, 30, 186-191.
- Schöpf, J. (2003). *Psychiatrie für die Praxis. Mit ICD-10-Diagnostik*. Berlin Heidelberg: Springer.
- Statistisches Bundesamt (2010). Todesursachen in Deutschland. Sterbefälle nach ausgewählten Todesursachen, Altersgruppen und Geschlecht; *Gestorbene in Deutschland. Fachserie 12 (4)*. Verfügbar unter:
<https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Todesursachen/Todesursachen.html>
- Sonneck, G., Stein, C. & Voracek, M. (2002). *Suizide von Männern in Österreich. Statistisch-epidemiologische Untersuchung. Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generation und Konsumentenschutz*. Verfügbar unter:
http://www.bmask.gv.at/cms/site/attachments/1/6/0/CH2247/CMS1229354807138/suizid_kompl.pdf
- Voracek, M., Egle, J., Schleicher, S., Loibl, L. M., & Sonneck, G. (2007). The Beliefs in the Inheritance of Risk Factors for Suicide Scale (BIRFSS): Further results on demographic correlates, dimensionality, reliability, and validity. *Omega*, 55, 279-296.
- Voracek, M., Loibl, L. M., & Lester, D. (2007). Lay theories of suicide among Austrian psychology undergraduates. *Crisis*, 28, 204-206.
- Voracek, M., Loibl, L. M., & Sonneck, G. (2007). Beliefs in the Inheritance of Risk Factors for Suicide Scale: Development, reliability, stability, and convergent and discriminant validity. *Psychological Report*, 101, 107-116.
- Voracek, M., Loibl, L. M., Swami, V., Vintila, M., Kölves, K., Sinniah, D., Pillai, S. K., Ponnusamy, S., Sonneck, G., Furnham, A., & Lester, D. (2008). The Beliefs in the Inheritance of Risk Factors for Suicide Scale (BIRFSS): Cross-cultural validation in Estonia, Malaysia, Romania, the United Kingdom, and the United States. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 38, 688-698.

- Voracek, M., & Sonneck, G. (2007). Surname study of suicide in Austria: Differences in regional suicide rates correspond to the genetic structure of the population. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 119, 355-360.
- Walker, R. L., Lester, D., & Joe, S. (2006). Lay theories of suicide: An examination of culturally relevant suicide beliefs and attributions among African Americans and European Americans. *Journal of Black Psychology*, 32, 320-334.
- World Health Organization (2011). *Suicide rates per 100,000 by country, year and sex*. Verfügbar unter:
http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/country_reports/en/index.html
- World Human Organization (2010). *The ICD-10 for Mental and Behavioural Disorders. Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Verfügbar unter: <http://www.who.int/classifications/icd/en/bluebook.pdf>

Eidesstattliche Erklärung

Ich bestätige, die vorliegende Diplomarbeit selbst und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Quellen verfasst zu haben. Weiters ist dies die erste dieser Art und liegt nicht in ähnlicher oder gleicher Form bei anderen Prüfungsstellen auf. Alle Inhalte, die wörtlich oder sinngemäß übernommen wurden, sind mit der jeweiligen Quelle gekennzeichnet.

Wien, Februar 2013

Ellina Fink

Curriculum vitae

Name: Ellina Fink

Geburtsdatum: 14.12.1986

Geburtsort: Noworajtschichinsk, Russland

Staatsbürgerschaft: deutsch

Schulischer Werdegang

1998 – 2007 Karlsgymnasium Bad Reichenhall, Deutschland

seit 2007 Psychologiestudium an der Universität Wien, Österreich

Berufserfahrung

März 2009 – Juni 2009 Volontariat an der Universität Wien,
Arbeitsbereich Allgemeine Psychologie

Juli 2011 – August 2011 Pflichtpraktikum in der Schönklinik Roseneck in
Deutschland