



universität  
wien

# DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

Einstellungen zu Suizid, Religiosität und Health Beliefs:  
Ein interkultureller Vergleich zwischen Kroatien und  
KroatInnen in Österreich

Verfasserin

Iva Mikulic

Angestrebter akademischer Grad

Magistra der Naturwissenschaften (Mag. rer. nat.)

Wien, Juli 2014

Studienkennzahl: A 298

Studienrichtung: Psychologie

Betreuer: Assoz. Prof. DDDr. Martin Voracek



## Danksagung

Mein größter Dank richtet sich an meinen Betreuer, Prof. Voracek, der es mir ermöglicht hat, diese Arbeit zu schreiben. Außerdem möchte ich mich für die wertvollen Hilfestellungen und positiven Rückmeldungen während der Arbeit bedanken, die mich immer wieder inspiriert und motiviert haben.

Vielen Lieben Dank auch an meine Familie und Freunde, die mich während meines gesamten Studiums unterstützt und mir Energie und Kraft gegeben haben.

Herzlichen Dank auch an alle StudienteilnehmerInnen, ohne sie wäre die Verwirklichung dieser Arbeit nicht möglich gewesen.

*„Das Leben ist wert, gelebt zu werden, sagt die Kunst, die schönste Verführerin; das Leben ist wert, erkannt zu werden, sagt die Wissenschaft.“*

Friedrich Wilhelm Nietzsche, 1869



# Inhaltsverzeichnis

|                                                                                                               |           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Abstract.....</b>                                                                                          | <b>9</b>  |
| <b>Zusammenfassung .....</b>                                                                                  | <b>11</b> |
| <b>Einleitung.....</b>                                                                                        | <b>13</b> |
| <b>Theoretischer Hintergrund.....</b>                                                                         | <b>15</b> |
| 1.1. Kroatien.....                                                                                            | 17        |
| 1.1.1. Bevölkerung und Sprache .....                                                                          | 17        |
| 1.1.2. Religionszugehörigkeit .....                                                                           | 19        |
| 1.1.3. Geschichte Kroatiens .....                                                                             | 19        |
| 1.1.4. Religion in Kroatien.....                                                                              | 21        |
| 1.2. Migration.....                                                                                           | 22        |
| 1.2.1. Migration in Österreich .....                                                                          | 23        |
| 1.2.2. Kroatische ImmigrantInnen in Österreich.....                                                           | 24        |
| 1.3. Suizid.....                                                                                              | 24        |
| 1.3.1. Suizidprävalenz in der Welt .....                                                                      | 24        |
| 1.3.2. Suizidprävalenz in Österreich .....                                                                    | 25        |
| 1.3.3. Suizidprävalenz in Kroatien .....                                                                      | 25        |
| 1.3.3.1 Suizidprävalenz in Bezug auf regionale Unterschiede innerhalb des Landes.                             | 25        |
| 1.3.3.2. Suizidprävalenz und der Bürgerkrieg.....                                                             | 26        |
| 1.3.3.3. Risikofaktoren und Motive von Suizid .....                                                           | 28        |
| 1.3.3.4. Suizidmethode.....                                                                                   | 28        |
| 1.4. Kulturelle Faktoren von Suizid .....                                                                     | 29        |
| 1.4.1. Suizid und Migration.....                                                                              | 29        |
| 1.4.1.1. Suizid bei kroatischen ImmigrantInnen .....                                                          | 30        |
| 1.4.2. Religion und Suizid.....                                                                               | 30        |
| 1.4.2.1. Einfluss von Religion auf Suizidalität.....                                                          | 30        |
| 1.4.2.1.1. Einstellungen der Kroatischen Katholischen Kirche gegenüber Suizid .....                           | 32        |
| 1.4.2.1.2. Religion und ImmigrantInnen .....                                                                  | 32        |
| 1.4.2.2. Zusammenhang zwischen der Akzeptanz von Suizid oder suizidgefährdeten<br>Personen und Religion ..... | 33        |
| 1.4.3. Laientheorien über Ursachen von Suizid .....                                                           | 34        |
| 1.4.4. Genetische Faktoren von Suizid.....                                                                    | 35        |
| 1.4.5. Bereitschaft zur Inanspruchnahme psychologischer Hilfe.....                                            | 36        |
| 1.5. Hypothesenformulierung.....                                                                              | 37        |
| <b>Methoden .....</b>                                                                                         | <b>41</b> |

|                                                                                     |           |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 2.1. Auswahl der Stichprobe .....                                                   | 43        |
| 2.1.1 Stichprobe .....                                                              | 43        |
| 2.2. Datenerhebung .....                                                            | 43        |
| 2.2.1. Ablauf der Datenerhebung .....                                               | 43        |
| 2.2.2. Stichprobengröße und Teststärkenanalysen .....                               | 44        |
| 2.3. Erhebungsinstrumenten.....                                                     | 45        |
| 2.3.1. Struktur des Fragebogens .....                                               | 45        |
| 2.3.1.1. Meinungen und Einstellungen zu Suizid.....                                 | 46        |
| 2.3.1.2. Verhalten gegenüber einem vorgestellten suizidgefährdeten Freund .....     | 46        |
| 2.3.1.3. Glaube an die Ursachen von Suizid .....                                    | 47        |
| 2.3.1.4. Religiöse und spirituelle Einstellungen.....                               | 47        |
| 2.3.1.5. Glaube an den Einfluss genetischer Faktoren auf Suizid.....                | 48        |
| 2.3.1.6. Bereitschaft professionelle psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen ... | 49        |
| 2.3.1.7. Demographische Daten .....                                                 | 49        |
| 2.3.2. Übersetzung des verwendeten Erhebungsinstruments .....                       | 50        |
| 2.3.3. Untersuchungsdesign .....                                                    | 50        |
| 2.4. Auswertung .....                                                               | 50        |
| <b>Ergebnisse.....</b>                                                              | <b>53</b> |
| 3.1. Rücklaufquoten der Fragebögen .....                                            | 55        |
| 3.2. Stichprobengröße und Soziodemographische Daten .....                           | 55        |
| 3.3. Analyse von fehlenden Daten .....                                              | 56        |
| 3.4. Reliabilitätsprüfung.....                                                      | 56        |
| 3.5. Hypothesenprüfung .....                                                        | 57        |
| 3.5.1. Religiosität .....                                                           | 57        |
| 3.5.1.1. Religiöse und spirituelle Einstellungen.....                               | 57        |
| 3.5.1.2. Kirchengang.....                                                           | 61        |
| 3.5.2. Einstellungen zu Suizid.....                                                 | 63        |
| 3.5.3. Einstellung gegenüber einem suizidgefährdeten Freund .....                   | 68        |
| 3.5.4. Ursachen für Suizid.....                                                     | 70        |
| 3.5.5. Glaube an genetische Ursachen von Suizid .....                               | 71        |
| 3.5.6. Bereitschaft zur Inanspruchnahme von professioneller psychologischer Hilfe   | 72        |
| <b>Diskussion .....</b>                                                             | <b>73</b> |
| 4.1. Religiosität .....                                                             | 75        |
| 4.2. Einstellungen zu Suizid.....                                                   | 76        |
| 4.3. Einstellungen zu einem suizidgefährdeten Freund .....                          | 77        |

|                                                                      |           |
|----------------------------------------------------------------------|-----------|
| 4.4. Ursachen für Suizid.....                                        | 78        |
| 4.5. Einfluss der genetischen Faktoren auf Suizid .....              | 78        |
| 4.6. Inanspruchnahme von professioneller psychologischer Hilfe ..... | 79        |
| 4.7. Limitierungen.....                                              | 79        |
| 4.8. Möglichkeiten zukünftiger Untersuchungen.....                   | 80        |
| <b>Literaturverzeichnis .....</b>                                    | <b>83</b> |
| <b>Eidesstattliche Erklärung.....</b>                                | <b>95</b> |
| <b>Curriculum vitae.....</b>                                         | <b>97</b> |



## Abstract

*Background* Suicidal behavior and rates differ in various populations and cultures which brings upon the idea that culture factors are crucial for understanding the complex construct of suicide. Previous studies have shown that religion is associated with lower suicide rates whereas in countries where suicide rates are high the attitude towards suicide is more liberal. According to the *stigma hypothesis* (Eskin, 1995) people living in a liberal society are more likely to commit suicide, but at the same time suicidal individuals are more likely to be rejected and isolated. The following study is based on this fundamental theory and some other critical assumptions which will be later discussed.

*Purpose* This cross-cultural study investigated attitudes towards suicide and reactions to suicidal individuals, religiosity, lay theories of suicide as well as the beliefs in the inheritance of risk factors for suicide and attitudes towards seeking help.

*Method* The responses of six questionnaires were used to collect the data in a group of Croatians in Austria ( $n = 151$ ) and Croatians in Croatia ( $n = 124$ ).

*Results* There was no difference between religiosity of those two groups. Nonetheless had Croatians in Croatia a more negative attitude towards suicide and showed a more accepting behavior towards a suicidal friend. There also was no difference between genetic influences of those two samples, but there was a significant difference in the lay theories of suicides between the two samples. Croatians in Austria had a more reluctant attitude towards seeking professional psychological help than their counterparts.

*Conclusion* The stigma hypothesis was only partially confirmed. In general, Croats from Croatia had a more negative attitude towards suicide, but they showed a more positive attitude towards a suicidal person than Croatian immigrants from Austria. Cultural factors more than religion were found to have a crucial impact on the attitudes towards suicide. Processes related to migration are important factors which should be considered in future cross-cultural studies.



## **Zusammenfassung**

Die folgende Diplomarbeit reiht sich ein in eine Serie von ähnlich gestalteten, bereits abgeschlossenen Diplomarbeitsprojekten (Aninilkumparambil, 2012; Kadluczka, 2012). In dieser Studie wurden zwei Kulturgruppen, die der kroatischen ImmigrantInnen und die der KroatInnen hinsichtlich der Einstellung zu Suizid, Religiosität und Health Beliefs miteinander verglichen, dies sollte zu einem besseren Verständnis von Suizidalität und den unterschiedlichen Suizidraten in den verschiedenen Ländern führen.

Bisherige Ergebnisse der Stigma-Hypothese (Eskin, 1995), die besagt, dass in einer Gesellschaft, in der die Einstellung zu Suizid liberaler ist, die Menschen Suizid eher akzeptieren und die suizidgefährdeten Personen somit nicht die notwendige soziale Unterstützung von ihren Mitmenschen bekommen, die sie benötigen würden und begehen daher mit höherer Wahrscheinlichkeit Suizid, konnten nur teilweise repliziert werden. Bezüglich der Religiosität gab es keinen Unterschied zwischen den Kulturen. Jedoch waren Frauen wie angenommen religiöser als Männer. Männliche kroatische Immigranten und Frauen aus Kroatien gingen am häufigsten in die Kirche. Auch Personen aus dem Küstengebiet haben angegeben häufiger in die Kirche zu gehen als KroatInnen aus Kontinentalkroatien. Da in mehreren Studien Religiosität als Schutzfaktor gegen Suizidalität beobachtet wurde, wurde in dieser Studie versucht eine Verbindung zwischen Religion und Suizideinstellungen und Akzeptanz von suizidgefährdeten Freunden nachzuweisen. Kroatische ImmigrantInnen akzeptierten zwar Suizid mehr als KroatInnen, aber kroatische ImmigrantInnen der zweiten Generation, die häufiger in die Kirche gingen, glaubten auch mehr an die Bestrafung nach dem Tod und waren der Meinung, dass suizidales Verhalten verheimlicht werden soll. Wohingegen die erste Generation den Wunsch äußerte offener über Suizid zu sprechen. Entsprechend der Stigma-Hypothese zeigten KroatInnen eine negative Einstellung gegenüber Suizid, aber wiesen eine höhere soziale Akzeptanz gegenüber einem suizidgefährdeten Freund auf. Frauen zeigten allgemein eine höhere soziale Akzeptanz gegenüber einem suizidgefährdeten Freund auf.

Ergebnisse der Ursachenzuschreibung von Laien zeigten, dass kroatische ImmigrantInnen der Meinung waren, dass Suizid z.B. durch Konflikte mit PartnerInnen ausgelöst werden kann oder durch arbeitsbedingten Stress (z.B. Kündigung) verursacht

wird. Sowohl die kroatischen ImmigrantInnen als auch die KroatInnen glaubten nicht an genetische Faktoren des Suizids.

Entgegen der Annahme zeigten die kroatischen ImmigrantInnen eine geringere Bereitschaft professionelle psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen als KroatInnen. Außerdem hat sich das weibliche Geschlecht als signifikanter Prädiktor für das Aufsuchen psychologischer Hilfe gezeigt.

## Einleitung

Die vorliegende Diplomarbeit befasst sich mit dem Thema Suizid. Das Ziel dieser Arbeit ist ein interkultureller Vergleich zwischen den Einstellungen von KroatInnen in Kroatien und kroatischen ImmigrantInnen in Österreich gegenüber Suizid, Religiosität und Health Beliefs.

Laut der Weltgesundheitsorganisation (2014) begehen jährlich ungefähr 800.000 Menschen Suizid, somit stellt Suizid ein großes öffentliches Gesundheitsproblem dar. Diese weltweit enorm große Suizidprävalenz macht die Notwendigkeit entsprechender wissenschaftlicher Forschung und der damit verbundenen Präventionsmaßnahmen deutlich. Die letzten offiziellen Zahlen für Kroatien der WHO stammen aus dem Jahr 2009, zu dieser Zeit weist Kroatien eine Suizidrate von 19.7 Fällen pro 100.000 EinwohnerInnen auf, wobei Männer mehr davon betroffen sind (26.9/100.000) als Frauen (9.7/100.000). Im Vergleich mit anderen südlich gelegenen Gebieten Europas (wie Griechenland, Spanien und Italien) weist Kroatien eine höhere Suizidrate auf (Schmidtke, 1997), auch innerhalb des Landes, je nach Region gibt es Unterschiede in den Suizidraten (Milcinski & Mrevlje, 1990). Hierbei ist zu bedenken, dass Kroatien ein Land mit einer sehr turbulenten Geschichte ist und dass die kroatische Diaspora sehr weiträumig ist, deshalb wird im ersten Kapitel kurz auf die kroatische Geschichte sowie Religion und Migration eingegangen, da diese Themen zu einem besseren Verständnis der unterschiedlichen Suizidraten und beiläufig der kroatischen Gesellschaft führen sollen. Des Weiteren wird im theoretischen Teil der Arbeit ausführlich die aktuelle Literatur in Bezug auf Suizidalität in Kroatien und bei den kroatischen ImmigrantInnen erläutert.

Es wird davon ausgegangen, dass sowohl die Suizideinstellung als auch das Suizidverhalten multikausal bedingt sind, wobei manche Faktoren das Suizidverhalten fördern und andere hingegen das Suizidrisiko reduzieren können (Eskin, Voracek, Stieger & Altinyazer, 2011). An dieser Stelle soll die Stigma Hypothese von Eskin (1995) als ein mögliches Erklärungsmodell erwähnt werden, diese besagt, dass Personen, die eine Suizidgefährdung aufweisen eher in einer Gesellschaft mit liberaler Einstellung gegenüber Suizid, Suizid begehen, da sie nicht die benötigte Unterstützung von ihren Mitmenschen bekommen, die sie vor einem Suizidversuch bewahren könnte. In diesem Zusammenhang zeigt der Faktor Religiosität zwei Schutzfunktion auf: Einerseits verringert er die Akzeptanz gegenüber Suizid und andererseits wird durch ihn

die Ablehnung von suizidgefährdeten Personen verringert. Diese und weitere Annahmen liefern die Basis für die vorliegende Studie. Folgende Inhalte stehen dabei im Vordergrund:

- Die Einstellungen und Meinungen gegenüber Suizid und einem vorgestellten suizidgefährdeten Freund
- Laientheorien zu Ursachen von Suizid
- Gentische Faktoren als Ursachen von Suizid
- die Bereitschaft professionelle psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen
- die Religiosität bzw. Spiritualität der Kulturen

Diese Faktoren sind in Zusammenhang mit Migration bis dato kaum erforscht worden und deshalb liegt der Fokus dieser Studie auf dem kulturspezifischen Vergleich zwischen KroatInnen aus Kroatien und kroatischen ImmigrantInnen in Österreich in Hinblick auf die Suizidthematik. Das erste Kapitel „Theoretischer Hintergrund“ liefert somit die Grundlage für die Hypothesen dieser Arbeit.

Methodische Grundlagen und die für die Studie relevanten Verfahren aus der Suizidforschung sowie die Zusammensetzung der zwei Stichproben und die ausführliche Erhebung der Daten werden im zweiten Kapitel der Arbeit beschrieben.

Im dritten Kapitel werden die Ergebnisse präsentiert und im Anschluss daran werden diese im vierten Kapitel ausführlich diskutiert und anhand von vorhergehenden Studien interpretiert und reflektiert. Anschließend wird noch auf die Limitierungen der vorliegenden Studie und Empfehlungen für zukünftige Studien eingegangen.

# **Theoretischer Hintergrund**



## **1.1. Kroatien**

Die Republik Kroatien („Republika Hrvatska“) liegt im in Südosteuropa und im Norden des Mittelmeerraumes. Einerseits umfasst sie Teile des Pannonischen Beckens, andererseits das Dinarische Gebirge sowie die östliche Küste des Adriatischen Meeres. Das heutige Staatsgebiet, mit einer Fläche von 56.595 km<sup>2</sup> und einer Küstenlänge von 1778 km, setzt sich aus mehreren historischen und geographischen Gebieten zusammen. Diese Regierungsbezirke werden als Gespanschaften („Zupanije“) bezeichnet. Insgesamt besteht Kroatien aus einundzwanzig Gespanschaften, diese werden wiederum in zwei Regionen aufgeteilt: Kontinentalkroatien zwischen Drau im Norden sowie Kupa und Save im Süden und das mediterrane Kroatien, dieses setzt sich aus Istrien und dem dalmatinischen Küstengebiet samt den 1244 Inseln zusammen (Budak, Jordan, Lukan & Moissi, 1995; Steindorff, 2007).

Neben der Hauptstadt Zagreb (688.163 Einwohner) zählen zu den größten Städten: Split (167.121 Einwohner), Rijeka (128.384 Einwohner) und Osijek (84.104 Einwohner) (Croatian Bureau of Statistics, 2013).

Historisch betrachtet sind die Außengrenzen des heutigen Kroatiens schon sehr alt und aufgrund ihrer ungleichmäßigen Form weit ausgedehnt. Die längste Festlandgrenze verbindet Kroatien mit Bosnien und Herzegowina mit einer Länge von 1011 km. Seine zweitlängste Landesgrenze hat Kroatien mit Slowenien (668 km). Die Grenze zu Ungarn ist 355 km lang, dicht gefolgt von der Grenze zu Serbien mit einer Länge von 318 km. Die kürzeste unter den Landesgrenzen Kroatiens ist die mit Montenegro, sie beträgt nur 23 km. Somit grenzt die Republik Kroatien an 6 europäische Staaten (Steindorff, 2007).

### **1.1.1. Bevölkerung und Sprache**

Kroatien zählt, laut der letzten Volkszählung, die im Jahr 2011 durchgeführt worden ist, 4.3 Millionen EinwohnerInnen. Die prozentuale Unterteilung der Bevölkerung nach Nationalitätszugehörigkeit ergab folgende Zahlen: 90.4% KroatInnen, 4.4% SerbInnen, 0.7% BosnierInnen und 4.5% übrige nationale Minderheiten (überwiegend ItalienerInnen, SlowenInnen und UngarInnen) (Statistikhandbuch der Republik Kroatien, 2011). Vor dem Bürgerkrieg, im Jahr 1991, im ehemaligen Jugoslawien waren es dagegen noch 4.78 Millionen EinwohnerInnen (78% KroatInnen, 12.16% SerbInnen, 0.91% MuslimInnen und 0.45% ItalienerInnen). Allerdings kann man heutzutage einen allgemeinen Zuwachs am relativen Anteil der

KroatInnen an der Gesamtbevölkerung beobachten. Der Umstand, dass in der gegenwärtigen Zeit zahlreiche kroatische Staatsangehörige (ca. 2.5 Millionen) im Ausland leben, führte dazu, dass durch diese Auswanderung eine starke kroatische Diaspora in Nord- und Südamerika, Australien wie auch in Länder Westeuropas entstanden ist. Folgende Gründe waren für die Entstehung einer so großen und starken Diaspora ausschlaggebend: Aussiedlungen und die Flucht vor Kriegen im 20. Jahrhundert sowie die politisch begründete Emigration und die Arbeitsemigration. Als Beispiel kann man die Volkszählung von 1991 heranziehen, die deutlich zeigt, dass 756.000 KroatInnen in Bosnien und Herzegowina lebten, diese Zahl ist jedoch in Folge des Krieges zwischen 1992 und 1995 stark gesunken (Budak et al., 1995; Steindorff, 2007; Croatian Bureau of Statistics, 2013).

Aufgrund der historischen und wirtschaftlichen Bedingungen sowie naturbedingter Gegebenheiten ist Kroatien äußerst unterschiedlich besiedelt. Zu den dichtbesiedelten Teilen der Republik zählen vor allem das nördliche Kroatien sowie das westliche und südwestliche Umland von Zagreb und Teile des adriatischen Küstengebiets, wie Istrien und Dalmatien. Somit gilt die kroatische Gesellschaft als semi-urban, da ungefähr 60% der Bevölkerung in städtischen Siedlungen beheimatet ist (Budak et al., 1995).

Trotz der wechselvollen Geschichte Kroatiens ist das Land kein national homogener Staat, obwohl der Anteil der kroatischen Bevölkerung schon immer eine dominante Stellung hatte (Steindorff, 2007). Nach dem zweiten Weltkrieg und zu Zeiten des ehemaligen Jugoslawiens hatte die kroatische Bevölkerung stets einen Anteil von ungefähr 80% der Gesamtbevölkerung des Landes (Budak et al., 1995) und erreichte, laut der letzten Volkszählung (2011), eine Spitze von 90%.

In Kroatien leben insgesamt einundzwanzig ethnische Minderheiten. Zu den fünf größten Gruppen zählen unter anderem die SerbInnen, bosnische MuslimInnen, SlowenInnen, UngarInnen und ItalienerInnen. Erwähnenswert sind dabei vor allem die ItalienerInnen auf Istrien (konzentriert auf die Städte in Westistriem) und die UngarInnen in Baranja und Ostslawonien, die somit eine regionale Nähe zu ihrer Heimat und ihrem Heimatvolk pflegen. So dass die KroatInnen an der nördlichen kroatischen Küste einen Bevölkerungsanteil von nur ungefähr 68% bilden, dieser relativ niedrige Prozentsatz ist hauptsächlich darauf zurückzuführen, dass die dort beheimatete Bevölkerung ein enges Heimatzugehörigkeitsgefühl gegenüber Italien empfindet. Dennoch hat sich diese italienische Minderheit durch Abwanderungen nach dem

zweiten Weltkrieg stark verkleinert, so dass sie in keiner Gemeinde die Mehrheit bilden (Steindorff, 2007; Budak et al., 1995).

Der Hauptunterschied zwischen den Minderheiten in Kroatien liegt nicht in der Sprache, denn 96,1% der Gesamtbevölkerung sprechen Kroatisch, wobei es 3 Mundarten (Kroatisch, Kroato - Serbisch und Serbo - Kroatisch) gibt (Budak et al., 1995). Die größte Differenz zeigt sich in der Kultur und Religionszugehörigkeit (Budak et al., 1995).

### **1.1.2. Religionszugehörigkeit**

Kroatien ist überwiegend ein katholisches Land mit einem Prozentsatz von 86.3% an KatholikInnen. Der Anteil der orthodoxen Religionszugehörigkeit entspricht in etwa dem Anteil der serbischen ethnischen Minderheit (4.4%). Der Prozentsatz der MuslimInnen betrug im Jahr 2011, 1.5% und der Anteil der ProtestantInnen ca. 0.3% (Croatian Bureau of Statistics, 2013).

Die Unterteilung der Bevölkerung nach Religionszugehörigkeit erfolgt folgendermaßen: Der Großteil der KroatInnen ist römisch-katholisch (94.3% der KroatInnen), auch die SlowenInnen und ItalienerInnen sind in ihrer Mehrheit katholisch. Die Mehrzahl der SerbInnen ist orthodox (84.5% der Serben). Die Mehrheit der bosnischen MuslimInnen sind Anhänger des Islam (86.5%) (Budak et al., 1995; Steindorff, 2007). Demnach steht die Religionsstruktur Kroatiens eng in Verbindung mit der ethnischen Zugehörigkeit der Bevölkerung (Budak et al., 1995).

### **1.1.3. Geschichte Kroatiens**

Die Republik Kroatien ist eine der jüngsten europäischen Nationen obgleich der Volksname KroatInnen (Hrvati) und der davon abgeleitete Gebietsname Kroatien (Hrvatska) schon seit Tausenden von Jahren in der Geschichte verbreitet sind. Erstmals werden die KroatInnen zu Beginn des Mittelalters (9. Jahrhundert) in historischen Quellen erwähnt, wenngleich angenommen wird, dass schon im 7. und 8. Jahrhundert erste slawische Regierungssitze im Gebiet an der nördlichen Adriaostküste entstanden sind. Rein formell blieb Kroatien bis ins späte Mittelalter unter der Herrschaft des Byzantinischen Reiches, dessen Zentrum das byzantinische Dalmatien war, aber schon bald fanden sich viele slawische Adelige in der Aristokratie und der Gebrauch der slawischen Sprache wurde üblich (Steindorff, 2007).

Das Königreich Kroatien wurde 925 vom Herrscher Tomislav gegründet und dieses Ereignis gilt als erster Höhepunkt kroatischer Macht. König Tomislav verband erstmals pannonische, dalmatinische und dinarische Siedlungsgebiet zu einem einzigen Reich und schlug das ungarische Heer zurück und gewann die Schlacht gegen die Truppen des bulgarischen Zaren. Für Kroatien war allerdings seine diplomatische Beziehung zum Papst in Rom, der auch die Königskrönung anerkannte, von größter Bedeutung. Nach dem Tod des Königs Demetrius Zvonimir kam es zum Bündnis zwischen Kroatien und Ungarn (Steindorff, 2007).

Mit den osmanischen Eroberungszügen im 16. Jahrhundert erlitten die KroatInnen viele territoriale Verluste und der kroatische Adel erkannte 1527 Ferdinand von Habsburg als König von Kroatien und Ungarn an. Die darauffolgende Periode (16. bis 19. Jahrhundert) war vor allem von kriegerischen Auseinandersetzungen gegen die Osmanen und die venezianische Herrschaft, um die Gebiete an der Küste (Istrien und Dalmatien) geprägt. Dubrovnik jedoch entwickelte sich zu einer eigenen Stadtrepublik, die erst 1806 von Napoleon eingenommen wurde (Budak et al., 1995; Steindorff, 2007).

1918 nach dem Ende des Ersten Weltkriegs und der Auflösung der Donaumonarchie wurde Kroatien ein eigener Staat und trat in das neu gegründete Königreich der SlowenInnen, KroatInnen und SerbInnen ein. Die erst 1924 abgeschlossene Grenzziehung des neuen Staates gegenüber Italien enttäuschte die SlowenInnen und KroatInnen, denn ganz Istrien einschließlich Rijeka und das dalmatinische Zadar fielen an Italien (Budak et al., 1995; Steindorff, 2007).

1943 gründete Josip Broz („Tito“) als Oberbefehlshaber der PartisanInnen in Jajce (Bosnien und Herzegowina) das neue Jugoslawien unter der Führung der Kommunisten. Noch im selben Jahr wurde die Monarchie komplett aufgelöst und die Föderative Volksrepublik Jugoslawien ausgerufen. Istrien und das dalmatinische Zadar wurden wieder Kroatien zugesprochen. Kroatien war bis 1991, neben den 6 gleichberechtigten Republiken, Teil des Vielvölkerstaates Jugoslawien. Mit dem Tod Titos, am 4. Mai 1980, begann allerdings die Staatskrise Jugoslawiens (Budak et al., 1995; Steindorff, 2007).

1991 löste sich Kroatien von Jugoslawien, da sich über 90% der WählerInnen für ein unabhängiges Kroatien ausgesprochen hatten. Kurz darauf wird die freie und unabhängige Republik Kroatien ausgerufen und im folgenden Jahr (1992) wird Kroatien in die UNO aufgenommen. Jedoch war diese Abspaltung nicht friedlicher Natur. Von 1991 bis 1995 kam es zum Bürgerkrieg zwischen den Teilrepubliken des ehemaligen

Jugoslawiens, der Tausende Tote forderte und ganze Regionen zerstörte. Wodurch viele Menschen gezwungen waren ihre Heimat zu verlassen (Budak et al., 1995; Steindorff, 2007).

2009 wurde Kroatien Mitglied der NATO und am 1. Juli 2013 Mitglied der Europäischen Union (Kroatisches Außenministerium, 2014).

#### **1.1.4. Religion in Kroatien**

Kroatien pflegt eine lange Geschichte der Christianisierung (14. Jahrhunderte). Die erste Christianisierung auf dem Gebiet Kroatiens begann mit der Regierungszeit von Kaiser Basileios im 6. Jahrhundert und die ersten schriftlichen Aufzeichnungen über den Katholizismus in Kroatien reichen auf das Jahr 903 (enzyklopädisches Werk *„Wertvolle Perlen“* vom persischen Kosmographen Ibn Rustih) zurück (Aracic, Nikodem & Sanjek, 2001).

Im Laufe der nächsten 1300 Jahre prägten viele verschiedene Ordenswesen die Religionsbewegung und -ausübung der kroatischen Bevölkerung. Die wichtigsten Orden dabei waren die Benediktiner, Dominikaner, Franziskaner, Augustiner, Kapuziner und Jesuiten. Vor allem diese beeinflussten das kulturelle und soziale Leben des Volkes und übten den größten Einfluss aus (Aracic et al., 2001).

Das Eindringen des Osmanischen Reiches im 15. Und 16. Jahrhundert hatte fürchterliche Konsequenzen für die katholische Kirche in Kroatien. Viele Bischofssitze wurden aufgelöst und ein Teil der katholischen Gläubigen trat zum Islam über (Aracic et al., 2001).

Das 19te Jahrhundert brachte wieder einen großen Schatten über die katholische Kirche in Kroatien. In der Zeit von 1941 bis 1945 im „Ustascha-Staat“ von Ante Pavelic, einem Verbündeten des nationalsozialistischen Deutschlands, erklärte der kroatische Episkopat ihm seine Loyalität und die Bereitschaft zur Zusammenarbeit. Jedoch kämpfte der Erzbischof Stepinac gegen die Politik Pavelic an und erinnerte diesen daran, dass seine vernichtende Minderheitenpolitik nicht im Einklang mit christlichen Prinzipien stand. Trotz der Bemühungen des Erzbischofs den Opfern der Verfolgung zu helfen und aufzuklären, unterstützten zahlreiche Kirchenmitglieder weiterhin den totalitären Staat. Einige ehemalige Priester aus dieser Zeit gehörten zu den bekanntesten Kriegsverbrechern (Aracic et al., 2001).

In den ersten Jahren, besonders nach dem Ende des Zweiten Weltkriegs und in der Nachkriegszeit, litt die kroatische katholische Kirche zunächst unter der

kommunistischen Führung in Jugoslawien, denn viele Kirchenvertreter wurden verfolgt, verhaftet und hingerichtet. So kam es anfangs zu einer offenen Verfolgung der Kirche. Erst im Jahr 1953 wurde in der Föderativen Volksrepublik Jugoslawien allen jugoslawischen StaatsbürgerInnen die Glaubens- und Gewissensfreiheit zugesprochen. Glaubensgemeinschaften erhielten den Rechtsstatus von juristischen Personen und 1966 unterschrieben Jugoslawien und der Vatikan ein Protokoll über die Situation der Kirche. Diese Erklärung enthielt, dass die Kirche nur im religiösen Rahmen befugt war zu handeln und Gewaltakte jegliche Art verurteilte (Aracic et al., 2001).

Nach der Abspaltung von Jugoslawien im Jahre 1991 und mit der neuen Eigenständigkeit Kroatiens konnten sich KroatInnen wieder sowohl als KroatInnen als auch KatholikInnen bekennen. Die neue kroatische Regierung unter Präsident Franjo Tudjman wünschte sich eine enge Zusammenarbeit mit der kroatischen katholischen Kirche. So wurde der Religionsunterricht an den Schulen wieder eingeführt und die katholischen Feiertage wurden zu Staatsfeiertagen. Die heutige kroatische Hymne "Lijepa nasa domovino" war ursprünglich ein Kirchenlied und wird auch heute noch an hohen Feiertagen als Schlusslied in der Kirche gesungen (Aracic et al., 2001; Perica, 2001, 2004).

Heutzutage ist das tägliche Leben der KroatInnen durch häufige Kirchengänge, eine tiefgründige Verehrung der Mutter Gottes, viele katholische Feiertage und eine starke Gläubigkeit geprägt (Aracic et al., 2001; Perica, 2001, 2004).

Laut der Felduntersuchung „AUFBRUCH“ (1997, zitiert nach Aracic et al., 2001, S. 147) kann man abschließend sagen, dass die katholische Kirche bei den KroatInnen hohes Ansehen genießt. 85.1% der kroatischen BürgerInnen haben großes Vertrauen in die Kirche und 43.8% der Befragten gaben an, dass sie gelegentlich zur Messe gehen (zu den großen Feiertagen) und 42.1% gaben an, dass sie mindestens einmal im Monat oder sonntags zur Messe gehen. 55.7% sind der Auffassung, dass es ein Leben nach dem Tod gibt. 40% gaben in der Studie von Perica (2004) bei einer Befragung in dem Gebiet um Zagreb an, dass sie überzeugte Gläubige sind und 38% der Befragten sagten, dass sie religiös sind.

## **1.2. Migration**

Als Migration wird der Prozess bezeichnet, bei dem Personen einzeln oder in Gruppen ihre bisherigen Wohnorte verlassen, um sich an einem anderen Ort dauerhaft oder zumindest für eine längere Zeit niederzulassen. Dieser Prozess hat besonders im

Zusammenhang mit der Globalisierung an Bedeutung gewonnen. Seit 1975 hat sich die Anzahl der MigrantInnen in der Welt verdoppelt. In Europa leben die meisten MigrantInnen (56 Millionen), dicht gefolgt von Asien mit 50 Millionen und Nordamerika mit 41 Millionen (Lindert, Schouler-Ocak, Heinz & Priebe, 2008).

Internationale Wanderungen wurden in der Vergangenheit meistens durch Kriege, politische oder religiöse Verfolgungen verursacht. Solche Ereignisse zwangen Millionen von Menschen immer wieder zur Flucht aus ihrem Heimatland. In den vergangenen Jahren war besonders der Balkan davon betroffen (Heintel, Husa & Spreitzhofer, 2005).

### **1.2.1. Migration in Österreich**

Österreich hat eine lange Geschichte als Einwanderungsland. Im Jahr 1961 lebten in Österreich nur knapp 100.000 ausländische Staatsangehörige (1.4%). Am Beginn der 1970er Jahre erhöhte sich allerdings die Anzahl der ausländischen Bevölkerung aufgrund der gezielten Suche von Arbeitskräften, vor allem aus dem ehemaligen Jugoslawien und der Türkei auf 4.1% der damaligen Gesamtbevölkerung. Erst Anfang der 1990er Jahre stieg der Anteil auf 8% bedingt hauptsächlich durch den Balkankrieg und der damit großen Anzahl an Flüchtlingen aus dem ehemaligen Jugoslawien (Statistik Austria, 2014).

In Österreich leben heutzutage mehr als eine Million Menschen (11.9%) mit einem sogenannten Migrationshintergrund (Statistik Austria, 2014), wovon etwa 70.000 Personen kroatischer Herkunft sind (Statistik Austria, 2011; Bundesministerium für Inneres, 2012). Einen Migrationshintergrund weisen laut dem Bundesministerium für Inneres (2012) jene Personen auf, deren beide Elternteile im Ausland geboren wurden, unabhängig von ihrer Staatsangehörigkeit. Diese Gruppe lässt sich abermals in MigrantInnen der ersten Generation (im Ausland geboren) und in MigrantInnen der zweiten Generation (Kinder der zugewanderten Personen, die aber selbst im Inland zur Welt gekommen sind) untergliedern.

Um Migrationspolitik auf höchster Ebene zu betreiben, ist es wichtig sich mit dem Thema Integration auseinanderzusetzen. Laut dem Bundesministerium für Inneres (2012) ist Integration „ein langfristiger und umfassender Prozess, dessen Ziel es ist, Leistung zu ermöglichen, einzufordern und anzuerkennen, um Personen mit Migrationshintergrund den Eintritt in die österreichische Gesellschaft zu ermöglichen“. Im statistischen Jahrbuch des österreichischen Integrationsfonds aus dem Jahr 2012

wird der Integrationsprozess in sieben Dimensionen ausgedrückt: Bildung und Sprache, Arbeit und Beruf, Gesundheit und Soziales, Sicherheit, Wohnen und räumlicher Kontext und die subjektive Dimension. Bezüglich der Gesundheitsdimension ist laut der Mikrozensus-Befragung 2011 zu finden, dass Personen ex-jugoslawischer Herkunft seltener als Personen österreichischer Herkunft, Früherkennungs- und Vorsorgeangebote in Anspruch nehmen und eher ein dauerhaftes Gesundheitsproblem aufweisen (51%). Im Durchschnitt ist die Armutsgefährdung bei Personen mit nicht österreichischer Herkunft höher (26%) als bei Personen mit österreichischer Herkunft (11%). Die Mehrheit der einheimischen Bevölkerung (95.8%) war im Jahr 2012 mit dem Integrationsprozess unzufrieden, wohingegen die Mehrheit (82%) der zugewanderten Bevölkerung sich in Österreich heimisch fühlte.

### **1.2.2. Kroatische ImmigrantInnen in Österreich**

Innerhalb der europäischen Länder hat Kroatien eine lange Tradition der Auswanderung. Die kroatische Diaspora zählt ca. 2.5 Millionen Menschen weltweit. Die Zersiedlung des kroatischen Volkes begann im 16. Jahrhundert zur Zeit der osmanischen Expansion. Die KroatInnen, die nach Österreich immigrierten, siedelten sich hauptsächlich im Burgenland, in der Steiermark und in Niederösterreich an (Sulzbacher, 2008).

Die zweitgrößte Einwanderung der KroatInnen nach Österreich erfolgte nach dem Bruch des Vielvölkerstaates Jugoslawien 1992. Laut Statistik Austria (2011) stellen heutzutage die Menschen mit kroatischem Migrationshintergrund mit 56.464 Personen die sechsgößte Migrantengruppe in Österreich dar. Wenn zu dieser Zahl noch österreichische StaatsbürgerInnen mit kroatischem Migrationshintergrund hinzugezählt werden, ergibt sich eine Zahl von knapp 70.000 (Bundesministerium für Inneres, 2012).

## **1.3. Suizid**

### **1.3.1. Suizidprävalenz in der Welt**

Jedes Jahr begehen ungefähr eine Million Menschen Suizid, das entspricht einer Suizid-Mortalitätsrate von 16 pro 100.000 Personen weltweit. In den letzten Jahrzehnten kam es zu einem drastischen Anstieg der Suizidprävalenz (um 60%), demzufolge gehört Suizid heutzutage zu den Top 3 der Todesursachen, bei jungen Menschen unter fünfundzwanzig. Suizid ist multikausal bedingt, dabei spielen

psychische, soziale, biologische, kulturelle und umweltbezogene Faktoren eine wichtige Rolle (WHO, 2014).

In Europa wird die höchste Suizidrate für beide Geschlechter beobachtet, allerdings variiert die Suizidrate innerhalb Europas stark (Schmidtke, 1997). Ost- und Nordeuropa weisen die höchsten Raten auf, wobei Länder mit ähnlicher Geschichte und soziokulturellen Besonderheiten wie Estland, Finnland und Ungarn ähnliche Suizidraten zeigen (Kondrichin & Lester, 1997). Im ehemaligen Jugoslawien hingegen gab es sogar innerhalb der Republiken signifikante Unterschiede. Die höchste Suizidrate gab es in Slowenien, dicht gefolgt von der Provinz Vojvodina und daran anschließend in Kroatien. Die geringsten Raten waren in der Provinz Kosovo, Makedonien und Montenegro zu verzeichnen (Marcikic, Ugljarevic, Dijanic, Dumencic & Pozgain, 2003).

### **1.3.2. Suizidprävalenz in Österreich**

Österreich konnte in den letzten Jahren einen Rückgang der Suizidraten verzeichnen. Im europäischen Vergleich liegt Österreich im Durchschnitt, mit einer Suizidrate laut der Statistik Austria (2013) von 15.1/100.000 EinwohnerInnen (insgesamt 1291 Personen).

### **1.3.3. Suizidprävalenz in Kroatien**

Laut den letzten offiziellen Zahlen der WHO im Jahr 2009 weist Kroatien eine Suizidrate von 19.7 Fällen pro 100.000 EinwohnerInnen auf, wobei Männer mehr davon betroffen sind (26.9/100.000) als Frauen (9.7/100.000). Außerdem ist die Suizidrate, für beide Geschlechter, bei den über fünfundsiebzig Jährigen am höchsten. 1990, kurz vor dem Bürgerkrieg, war sie noch erheblich höher mit 23.9/100.000 EinwohnerInnen. Im Vergleich mit anderen südlichen Gebieten Europas (wie Griechenland, Spanien und Italien) liegt Kroatien eher im oberen Bereich (Schmidtke, 1997), auch innerhalb des Landes, je nach Region gibt es Unterschiede in den Suizidraten (Milcinski & Mrevlje, 1990).

#### **1.3.3.1 Suizidprävalenz in Bezug auf regionale Unterschiede innerhalb des Landes**

In der Republik Kroatien wurden in der Zeit zwischen 1986 und 2000 im Durchschnitt 1060 Suizide pro Jahr durchgeführt. Des Weiteren weist Kroatien innerhalb der Regionen unterschiedliche Suizidraten auf. Höheres Vorkommen in

nördlichen (Stadt Zagreb 22/100.00) als in den südlichen Regionen (Istrien 13/100.000) (Marcikic et al., 2003). In der Studie von Kalovic, Gale, Thaller, Martinac, Katinic und Matosic (2005) wurden regionale Unterschiede untersucht, wobei zwischen mediterranen und kontinentalen Gebieten unterschieden wurde. Die mediterrane Region wies in der Zeitspanne von 1993 bis 2003 eine geringe Suizidrate (16.44) als die kontinentale Region (26.34) auf. Dieser Unterschied lässt sich damit begründen, dass die Menschen im Küstengebiet eine engere Beziehung zur kroatisch katholischen Kirche pflegen, die das Leben der Bevölkerung sehr stark in ihrem Glauben und in der Kultur beeinflusst. Außerdem ist die familiäre Unterstützung, die einen wichtigen präventiven Faktor in Krisenzeiten darstellt, im Verhältnis zum kontinentalen Gebiet im Küstengebiet stärker. Ebenso die soziale Isolation, die vermehrt in Städten auftritt, ist positiv korreliert mit der Suizidrate.

Aufgrund der hohen Suizidrate in Kontinentalkroatien wurde in der Forschung ein besonderes Augenmerk auf die Jugendlichen aus diesem Gebiet gelegt. Die Studie von Degmecic und Filakovic (2008) hat den Zusammenhang zwischen Depression und Suizidalität bei Jugendlichen in Osijek untersucht. Sie haben herausgefunden, dass 9.1% der Adoleszenten ein erhöhtes Risiko für Suizidalität aufzeigen.

#### **1.3.3.2. Suizidprävalenz und der Bürgerkrieg**

Bereits Durkheim (1897) hat in seinen Arbeiten über Suizid einen Zusammenhang zwischen sozialen Konditionen und Suizid nachgewiesen. Seine Theorie besagt, dass in Kriegszeiten die Suizidrate abnimmt und in der Nachkriegszeit (und der damit verbundenen wirtschaftlichen Krise) wieder ansteigt. Dabei spielt die soziale Integration einen wichtigen Faktor. In Kriegszeiten vereinigen sich die Mitglieder einer Gesellschaft und kämpfen gegen einen gemeinsamen Feind, somit steigt die soziale Unterstützung innerhalb der Gruppe und die Suizidrate sinkt. Dies gilt aber nur dann, wenn der Krieg von der Gesamtbevölkerung befürwortet wird. Als Beweis dieser Theorie gelten die niedrigeren Suizidraten während des Ersten und Zweiten Weltkriegs.

Der Bürgerkrieg von 1991 bis 1995 in Kroatien hatte einen großen Einfluss auf die Gesamtbevölkerung und verursachte einen massiven psychologischen Stress. Damals wurde angenommen, dass mindestens eine Million Menschen nach dem Krieg traumatisiert waren (Kozaric-Kovacic, Kocijan-Hercigonja & Jambrosic, 2002). Die Studie von Kozaric-Kovacic, Grubisic-Ilic, Grubisic und Kovacic (2002) konnte keine

Veränderung der Suizidrate in Kroatien in den fünfzehn Jahren vor dem Krieg, währenddessen und in der Nachkriegszeit feststellen. Bosnar, Stemberga, Cuculic, Zamolo, Stifter und Coklo (2005) sowie Bosnar et al. (2004) untersuchten die südwestliche Region Kroatiens mit 322.964 EinwohnerInnen, die meisten im regionalen Zentrum Rijeka lebend. In Friedenszeiten (1986 bis 1990) zählte man eine Anzahl von 262 Suizidfällen, in Kriegszeiten (1991 bis 1995) lag sie bei 340 Fällen und stieg somit um ca. 20.9%. Einen Gipfel gab es im Jahr 1993. Das Jahr 1992 gilt als das Jahr mit den stärksten kriegesischen Auseinandersetzungen. Nach Altersklassifizierung fiel auf, dass der Anstieg fast nur auf die Zunahme an Suizidopfern im Alter unter 40 Jahren zurückzuführen war. Mit der breiten Verfügbarkeit von Schusswaffen stieg auch der Anteil des Erschießens als Suizidmethoden deutlich an. In der Nachkriegszeit (1996-2000) sank sie wieder auf 251 Fälle. Grubisic-Ilic, Kozaric-Kovacic, Grubisic und Kovacic (2002) haben Gebiete, die direkt und indirekt vom Krieg betroffen waren, um diese unterschiedlichen Ergebnisse in den Suizidraten besser erklären zu können, miteinander verglichen. Sie konnten eine geringere Suizidrate, während den Kriegszeiten in Gebieten, die direkt betroffen waren als in Gebieten, die indirekt betroffen waren, nachgewiesen (14.74 vs. 19.17). In der Nachkriegszeit war sie jedoch in Gebieten, die direkt betroffen waren höher als in Gebieten, die indirekt betroffen waren (17.36 vs. 15.03). Marcikic und al. (2003) haben in ihrer Arbeit vorrangig dem Gebiet um Osijek Beachtung geschenkt, da dieses Gebiet am stärksten vom Krieg betroffen war und im Nachhinein die gravierendsten Auswirkungen (wirtschaftliche Krise und Arbeitslosigkeit) innehatte. Überdies weist der kontinentale Bereich von Kroatien höhere Suizidraten auf als der Rest des Landes. 1987 betrug die Suizidrate in Osijek 23.20/100.000 EinwohnerInnen, zu Kriegszeiten (1993) sank sie auf 20.19 und im Jahr 2000 stieg sie wieder auf 22.3. Besonders bei Männern zeigten sich in diesem Gebiet hohe Suizidraten: 1987 betrug sie 31.22, 1993 sank sie auf 26.22 und stieg im Jahr 2000 wieder auf 36.21 pro 100.000 Einwohner an.

Franic, Kardum, Prizmic, Pavletic und Marcinko (2012) untersuchten männliche Jugendliche in Bezug auf die elterliche Beteiligung am Bürgerkrieg in Kroatien von 1991 bis 1995 im Zusammenhang mit Suizidalität. Sie kamen zum Ergebnis, dass männliche Adoleszente, deren Eltern am Krieg beteiligt waren, höhere Werte auf der Skala Suizidalität („Gedanken an den Tod“, „Gedanken an Suizid“ und „Suizidversuche“) aufwiesen.

#### **1.3.3.3. Risikofaktoren und Motive von Suizid**

Im Kontrast zu anderen südlichen Ländern Europas wie Italien und Griechenland (niedriger als 10) ist die Suizidrate in Kroatien deutlich höher, das ist darauf zurückzuführen, dass Kroatien von einer wirtschaftlichen und politischen Instabilität geprägt ist. Die damit verbundene Arbeitslosigkeit gilt als ein Risikofaktor in Bezug auf Suizidalität (Karlovic et al., 2005).

Auf Basis von epidemiologischen Studien, die in Kroatien durchgeführt worden sind, können bestimmte Charakteristika von Suizidopfern aufgezeigt werden: In Bezug auf das Geschlecht zeigt sich, dass der Großteil männlichen Geschlechts ist. Die Studien berichten von einem Verhältnis von 7 bzw. 11 zu 1, je nach Region zwischen Männern und Frauen (Karlovic et al., 2005; Skrtic, Milivojevic & Karlovic, 2011). Es gibt eine hohe Prävalenz bei Personen im Alter zwischen 51 und 65 Jahren (Skrtic et al., 2011). Die Anzahl der ledigen, geschiedenen und verwitweten Personen ist in den beiden Studien überrepräsentiert (Karlovic et al., 2005; Skrtic et al., 2011). Die meisten Personen hatten nur einen Volksschulabschluss (Skrtic et al., 2011).

Es ist sehr schwer die Motive von Suizid und dessen Natur zu analysieren, da es wenige Überlebende gibt und kaum ein Suizidopfer einen Abschiedsbrief (etwa 15%) hinterlässt. Das bedeutet, dass über die Beweggründe von Suizidopfern häufig nur spekuliert werden kann. Oftmals sind polizeiliche Berichte und vorhergehende Krankenhausaufenthalte von Suizidopfern, die einzigen Quellen zur Beschreibung von Motiven (Marcikic et al., 2003). Als Beweggründe wurden in den Studien Alkoholabhängigkeit, sozioökonomische Probleme, Konflikte in der Familie, psychische Störungen und somatische Erkrankungen genannt. Als Schutzfaktoren andererseits gelten das Temperament, der familiäre Zusammenhalt sowie auch die Religiosität (Karlovic et al., 2005; Skrtic et al., 2011).

#### **1.3.3.4. Suizidmethode**

Die am häufigsten gewählte Methode war in den meisten Stichproben Erhängen, dicht gefolgt von Suizid durch Schusswaffen und Sturz in die Tiefe. Intoxikation durch Medikamente war besonders bei Frauen beliebt (Karlovic et al., 2005; Coklo, Stemberga, Cuculic, Sosa & Bosnar, 2009; Skrtic et al., 2011). Während der Kriegszeit war vor allem die Methode durch Sprengstoff (Handgranaten) weit verbreitet (Bosnar et al., 2006).

Sowohl in der Studie von Karlovic et al. (2005) als auch von Skrtic et al. (2011) wurde berichtet, dass ungefähr 20% der Personen schon mindestens einen Suizidversuch unternommen haben.

#### **1.4. Kulturelle Faktoren von Suizid**

Aufgrund verschiedener Belege kann man sagen, dass das suizidale Verhalten multikausal bedingt ist. Biologische, soziale, kulturelle und psychologische Faktoren beeinflussen das suizidale Verhalten, die Suizideinstellungen und den vollendeten Suizid. Hierbei ist es wichtig, diese einzelnen Entstehungstheorien nicht isoliert voneinander zu betrachten, sondern sie in Beziehung zueinander zu setzen. Dabei spielen, vor allem Wechselwirkungen zwischen kulturell bedingten Einstellungen und der Lebensgeschichte einer Person, eine wichtige Rolle (Eskin, Voracek, Stieger & Altinyazer, 2011). Im folgenden Abschnitt wird auf einige dieser Faktoren näher eingegangen.

##### **1.4.1. Suizid und Migration**

Sowohl ImmigrantInnen, Flüchtlinge als auch MigrantInnen besitzen ein höheres Risiko Suizid zu begehen, im Vergleich zu der Bevölkerung in ihren Heimatländern sowie in ihrer neuen Heimat (Retterstol, 1993). In seiner transkulturellen Studie berichtete Ferrada- Noli (1997), dass MigrantInnen in Schweden eine Risikogruppe darstellen, Suizid zu begehen. Das Risiko für ImmigrantInnen ist 1.5-mal höher als für gebürtige Schweden. Auch die Ergebnisse von Grube (2004) belegen die Annahme, dass MigrantInnen ein höheres Suizidrisiko aufweisen. Im Verhältnis zur einheimischen deutschen Bevölkerung weisen MigrantInnen in Deutschland eine höhere Suizidrate auf.

Laut Lindert und al. (2008) stehen die hohen Suizidraten von MigrantInnen in den EU-Staaten im engen Zusammenhang mit deren hoher Prävalenz bei Depressionen. In der Studie von Ferrada- Noli, Asperg, Ormstad und Nordstrom (1995) wurden jene Faktoren beschrieben, welche innerhalb der MigrantInnengruppen ein Risiko für Suizid darstellen. Zu diesen zählen die soziale Isolation und der niedrige soziale Status. Diese hohen Suizidraten lassen sich damit begründen, dass Herausforderungen, die durch Akkulturationsprozesse entstehen, sich negativ auf die geistige Gesundheit auswirken können. Dabei entsteht der sogenannte Akkulturationsstress, der zum Ansteigen der Suizidrate bei den MigrantInnen führen kann. Das geschieht, wenn Menschen, die ihr

Heimatland verlassen mussten, Probleme mit dem Einleben in eine fremde Kultur haben (Kahn & Weed, 2009). Als protektive Faktoren in Bezug auf suizidales Verhalten führten Hjern und Allebeck (2002) die soziale Integration, familiären Zusammenhalt und Religiosität an.

Zudem haben Voracek, Loibl, Dervic, Kapusta, Niederkrotenthaler und Sonneck (2009) herausgefunden, dass die MigrantInnen-Suizidrate signifikant positiv mit den Suizidraten ihres Heimatlandes korreliert. Darüber hinaus konnte in einer Meta-Analyse von 50 Nationalitäten, in der die Häufigkeit von Suizid bei MigrantInnen im Herkunftsland erforscht wurde, festgestellt werden, dass in Amerika, England, Schweden, Australien, Österreich, Kanada sowie Holland die Suizidraten in der gesamten MigrantInnengruppe mit jenen ihres Herkunftslandes stehen (Voracek & Loibl, 2008).

#### **1.4.1.1. Suizid bei kroatischen ImmigrantInnen**

Pavlovic und Marusic (2001) untersuchten in ihrer Studie kroatische MigrantInnengruppen in zwei verschiedenen Ländern. In Slowenien wies die kroatische MigrantInnengruppe eine höhere Suizidrate auf als in ihrem Heimatland, demgegenüber hatten sie in Australien im Vergleich zu ihrem Heimatland eine sehr niedrige Suizidrate. Hierzu berichten die Autoren, dass die MigrantInnengruppe in Slowenien eine hohe Suizidrate beim weiblichen Geschlecht aufwies, wobei ein Zusammenhang mit einem niedrigen sozialen Status auffällig war.

#### **1.4.2. Religion und Suizid**

##### **1.4.2.1. Einfluss von Religion auf Suizidalität**

Bereits Durkheim (1897) hat in seinem Buch „Der Selbstmord“ („Le Suicide“) festgestellt, dass es einen Zusammenhang zwischen religiösen Einstellungen und Praktiken und Suizid gibt. Sein Ansatz besagt, dass das Gefühl der Integration und die Vernetzung durch gemeinschaftlich Verbindungen und informelle Beziehungen bei gleicher religiöser Überzeugung gestärkt werden. Außerdem kam er zum Schluss, dass es aufgrund des weniger ausgeprägten religiösen Individualismus (strengere Praktiken, Traditionen und Pflichten) in der katholischen Kirche bei den KatholikInnen weniger Suizide als bei den ProtestantInnen gab. Stack (1983) hat fast ein Jahrhundert später ebenfalls aufgezeigt, dass die Suizidraten in religiösen Länder geringer sind als in säkularen Ländern.

Darüber hinaus postulierte Stack (2000) drei weitere Theorien basierend auf den Ansätzen von Durkheim, die den Zusammenhang zwischen Religiosität und niedrigen Suizidraten erklären. Die Erste davon ist eine Erweiterung der sozialen Integration von Durkheim, die „*Moral Community*“. Die Studie von Ellison, Burr und McCall (1997), die auf der „*Moral Community*“- Theorie basiert, hat den Zusammenhang zwischen religiöser Homogenität und Suizidraten untersucht. Sie fanden heraus, dass die religiöse Homogenität (Personen, die denselben Glauben teilen) die soziale Integration in einer Gesellschaft bewirkt und somit die Suizidrate reduziert. Die Zweite ist die sogenannte „*Networking Perspektive*“ (Pescosolido, 1990), diese besagt, dass der schützende Effekt der Religion gegenüber Suizid auf der Fähigkeit einer Glaubensgemeinschaft, ihre Glaubensgenossen unter einer starken organisationalen Basis zusammenzuhalten, basiert. Die letzte Theorie ist die bekannte „*Commitment Theorie*“ (Stack, 1983), diese besagt, dass bestimmte religiöse Überzeugungen, wie der Glaube, dass das Leiden der Wille Gottes sei und nicht reiner Zufall, als Schutzfaktoren dienen.

Eskin (2004) folgerte aus diesen drei Ansätzen, dass diese religiösen Überzeugungen Personen in Krisenzeiten vor dem Suizid bewahren. Religiöse Werte stärken soziale Bindungen, die sich wiederum förderlich auf zwischenmenschliche Beziehungen innerhalb der Glaubensgemeinschaft auswirken.

Stack und Lester (1991) haben nachgewiesen, dass Religion und der Kirchgang vor Suizidgedanken schützen. Indessen kamen Neeleman, Halpern, Leon und Lewis (1997) zum Resultat, dass hauptsächlich die religiösen Überzeugungen und die damit verbundene geringe Suizidakzeptanz im Zusammenhang mit niedrigeren Suizidraten stehen und nicht die Beteiligung in einer Kirchengemeinde sowie der Kirchgang. Wohingegen die Studie von Gearing und Lizardi (2009) zeigte, dass häufige Kirchenbesuche die Suizidrate senken und dass der Zusammenhang zwischen Religiosität und Suizid geschlechtsspezifisch ist. In der Regel sind Männer weniger religiös und gehen auch seltener in die Kirche, aufgrund dessen weisen sie eine höhere Suizidrate auf. Auch die Studie von Neeleman und Lewis (1999) konnte diese Geschlechterunterschiede aufzeigen.

Kulturvergleichende Studien wie die von Sisak und ihren Kollegen (2010), Stack und Kposowa (2011), sowie Boyd und Chung (2012) legten den Zusammenhang zwischen Religion und Suizid dar, indem sie aufzeigten, dass Religiosität ein präventiver Faktor (Coping-Strategien) gegen Suizidalität sein kann.

#### **1.4.2.1.1. Einstellungen der Kroatischen Katholischen Kirche gegenüber Suizid**

In den meisten Religionen (Islam, Judentum und Christentum) finden sich Verbote gegen Suizid. Sowohl im Alten als auch im Neuen Testament werden Suizidakte beschrieben wie der von Judas, König Saul und Samson. Die katholische Kirche erachtet den Suizid als einen Akt, der sich gegen die Intentionen von Gott richtet und stellt somit eine Sünde dar, auch wenn in der Bibel keine eindeutige Stellungnahme gegen den Suizid zu finden ist. Im 5. Jahrhundert stellte der Heilige Augustinus den Suizid hinsichtlich der moralischen Bewertung dem Mord gleich. Dementsprechend wurde der Suizid mit dem fünften Gebot „Du sollst nicht töten“ gleichgestellt. Ein Jahrhundert später wurde eingefordert den Leichnam eines Suizidopfers das christliche Begräbnis zu verweigern. Der Heilige Thomas von Aquin knüpfte an die Aussagen von Augustinus an und erweiterte diese indem er behauptete, dass allein Gott über Leben und Tod entscheiden dürfe (Gearing & Lizardi, 2009; Retterstol & Ekeberg, 2009).

Die kroatische katholische Kirche ist mit diesen Einstellungen konform. Sie sieht das Leben als ein Geschenk Gottes an und ist der Meinung, dass das menschliche Leben, heilig und einzigartig ist und alle Anstrengungen unternommen werden müssen, um es zu schützen. Früher wurde der Suizid mit Mord und Abortus gleichgestellt und war eine große Sünde, die keine kirchliche Bestattung zur Folge hatte, da während der Bestattung, um Vergebung für den Toten gebeten wird. Ausgeschlossen davon wurden nur jene Suizidopfern, die diesen Akt unter einer psychiatrischen Krankheit durchführten und somit nicht zur Verantwortung gezogen werden konnten. Heutzutage ist der Suizid kein Hindernisgrund für die kirchliche Bestattung in Kroatien und denjenigen zu helfen, welche leiden, ist die äußerste Priorität der Kirche geworden (Nikic, 1995).

Die oben angeführten Einflüsse könnten Gründe dafür sein, dass religiöse Personen seltener Suizide begehen als Personen ohne religiöse oder spirituelle Einstellungen.

#### **1.4.2.1.2. Religion und ImmigrantInnen**

Beim Integrationsprozess von ImmigrantInnen spielt der Aspekt der Religion eine wichtige Rolle. Dieser kann entweder von einer positiven als auch von einer negativen Perspektive betrachtet werden (van Tubergen & Sindradottir, 2011).

In den USA wird die Religionsausübung von ImmigrantInnen als positiv angesehen, weil sie den Integrationsprozess erleichtert (Portes & Rumbaut, 2006).

Wohingegen in Westeuropa die Religiosität von ImmigrantInnen oftmals als Barriere (zwischen-ethnische Konflikte, Diskriminierung und soziale Distanz) für den Integrationsprozess erachtet wird (Calsoson & Rooth, 2007).

In Bezug auf die Religiosität von ImmigrantInnen in Europa bestehen vier Theorien: „*Scientific Worldview*“, „*Insecurity*“, „*Religious Markets*“ und „*Social Integration*“. In der Studie van Tubergen und Sindradottir (2011) wurden diese vier Theorien getestet, dabei kamen sie zu den folgenden Ergebnissen. Die erste Theorie „*Scientific Worldview*“ hat ergeben, dass die Anzahl der Bildungsjahre einen signifikant negativen Effekt auf die Religiosität von ImmigrantInnen hat. Die „*Insecurity*“-Theorie zeigte, dass arbeitslose ImmigrantInnen im Vergleich zu erwerbstätigen ImmigrantInnen religiöser sind. Desweiteren zeigte die Theorie des „*Religious Markets*“, dass religiöse Vielfalt in der Wahlheimat positiv mit der Teilnahme an religiösen Diensten bei den ImmigrantInnen korreliert. Die vierte Theorie „*Social Integration*“ wies den Effekt auf, dass je weniger religiös die Einheimischen waren, desto weniger religiös waren auch die ImmigrantInnen. In Bezug auf die subjektive Einschätzung der Religiosität unterschieden sich in Österreich die ImmigrantInnen kaum von den Einheimischen.

#### **1.4.2.2. Zusammenhang zwischen der Akzeptanz von Suizid oder suizidgefährdeten Personen und Religion**

Viele Studien haben einen Zusammenhang zwischen dem Risiko Suizid zu begehen und Depression sowie Hoffnungslosigkeit nachgewiesen. Allerdings unternehmen die meisten Personen, die an Depressionen und Hoffnungslosigkeit leiden, keinen Suizidversuch. Die Wahrscheinlichkeit, dass eine Person tatsächlich einen Suizid begeht, hängt von verschiedenen Faktoren ab. Ein wichtiger Faktor demnach ist die Suizid-Akzeptanz einer Person (Gibb, Andover & Beach, 2006).

Neeleman und seine KollegInnen (1997) haben gezeigt, dass Religiosität nicht nur einen Einfluss auf geringere Suizidraten hat, sondern auch auf die geringere Akzeptanz von Suizid. Ebenso stellten Stack und Kposowa (2011) fest, dass Personen in religiösen Ländern, sich eher ihrer Glaubensgemeinschaft verpflichtet fühlen und aufgrund dessen auch eine niedrigere Suizidakzeptanz aufweisen.

Eskin (2004) zeigte, dass mit der Religiosität nicht nur Suizidgedanken seltener und die Akzeptanz niedriger werden, sondern auch, dass zugleich die Akzeptanz einem suizidgefährdeten Freund gegenüber positiv beeinflusst wird. Die Akzeptanz gegenüber

einem suizidgefährdeten Freund variiert zwischen den Ländern und innerhalb der Kulturen (Eskin, 1995; Eskin, 1999; Etzerdorfer, Vijayakumar, Schöny & Sonneck, 1998; Eskin, Voracek, Stieger & Altinyazar, 2011). Eskin (1995) hat in einer kulturvergleichenden Studie zwischen Schweden und der Türkei nachgewiesen, dass in einem Land, in dem die Säkularisierung weit fortgeschritten ist (Schweden) die Einstellung gegenüber Suizid liberaler ist als in einem Land, in dem die Religion eine wichtige Komponente im Leben der Menschen spielt (Türkei). Wobei TürkInnen mehr Verständnis dafür zeigten, wenn ein nahestehender Freund seine suizidalen Absichten und Gedanken offenbarte (Eskin, 1999). Eine weitere interkulturelle Studie zwischen österreichischen und türkischen StudentInnen der Medizin konnte denselben Effekt nachweisen (Eskin et al., 2011). Auch Etzerdorfer und seine KollegInnen (1998) berichteten in einer ländervergleichenden Studie zwischen österreichischen und indischen StudentInnen, dass indische StudentInnen eine geringere Suizidakzeptanz als österreichische StudentInnen aufweisen.

Mit Hilfe der oben angeführten Ergebnisse konnte Eskin seine, im Jahr 1995, aufgestellte „*Stigma-Hypothese*“ darlegen. Diese besagt, dass Kulturen mit höheren Suizidraten eine liberalere Einstellung gegenüber Suizid haben, aber auch zugleich eine ablehnende und stigmatisierende Reaktionen und Einstellungen gegenüber suizidgefährdeten Personen aufweisen (Eskin, 1995; Eskin, 1999).

#### **1.4.3. Laientheorien über Ursachen von Suizid**

In den letzten Jahren wurde der Fokus bei der wissenschaftlichen Erforschung von Suizid auf die Entstehungstheorien gelegt, um die Unterschiede in den Suizidraten in den verschiedenen Länder und Kulturen besser analysieren zu können. In einer Studie von 2006 wurden sowohl die Allgemeinbevölkerung als auch ExpertInnen (Psychiater) bezüglich Entstehungsmodellen von Suizid befragt. Der Allgemeinbevölkerung zufolge erklären persönliche Krisen sowie gesellschaftliche und medizinische Entstehungsmodelle suizidales Verhalten am besten. Wohingegen die ExpertInnen der Meinung waren, dass medizinische und genetische Entstehungstheorien sowie persönliche Krisen am besten suizidales Verhalten erläutern (Zdravec, Grad & Socan, 2006).

Das allgemeine Wissen über Suizid steht in Zusammenhang mit der Suizidrate in den jeweiligen Ländern. Laut Kölves, Tran und Voracek (2007) steht eine hohe Suizidrate mit einem höheren allgemeinen Wissen über Suizid in Zusammenhang. Da in

Estland beispielsweise die Suizidprävalenz höher ist als in Österreich, ist das generelle Wissen über Suizid, sprich das Wissen über die demographischen sowie epidemiologischen Fakten, dementsprechend auch höher. Hingegen ist das Wissen über klinische oder interpersonelle Fakten etwa gleich gering wie in Österreich.

Eysenck (1967) postulierte in seiner Persönlichkeitstheorie, dass extrovertierte Menschen im Vergleich zu introvertierten Menschen weniger gesellschaftlich konform agieren. Aus diesem Grund nahmen Knight, Furham und Lester (2000) an, dass Extrovertierte eine günstigere Einstellung gegenüber Suizid aufweisen und auch eher suizidales Verhalten aufzeigen. Sie haben in ihrer Studie gezeigt, dass es keinen Zusammenhang zwischen der Extraversionsskala und der Einstellung gegenüber Suizid gab, wohingegen Psychotizismus- und Neurotizismus-Werte mit dem Glauben, dass man das Recht hat Suizid zu begehen, einhergingen.

Lester und Bean (1992) entwickelten eine Skala, die den Glauben an die Ursachen von Suizid erfasst. Diese Skala unterteilt die Ursachen von Suizid in drei Faktoren: intrapsychische Probleme („Personen, die Suizid begehen, sind psychisch krank“), interpersonelle Konflikte („Suizid wird durch Konflikte mit PartnerInnen ausgelöst“) und sozialer Druck („Diejenigen, die in einer Gesellschaft unterdrückt werden, begehen eher Suizid“). Alle drei interkulturellen Studien zu diesem Thema (Lester & Bean, 1992; Walker, Lester & Joe, 2006; Voracek, Loibl & Lester, 2007) zeigten moderate positive Interkorrelationen zwischen den Skalen. Die Studie von Voracek und al. (2007) zeigte, dass die Laientheorien zu Suizid positiv mit Religiosität und negativ mit dem generellen Wissen korrelieren. Des Weiteren wies die Studie von Walker, Lester und Joe (2006) auf, dass es kulturelle Unterschiede in der Ursachenzuschreibung von afrikanisch und europäisch abstammenden AmerikanerInnen gibt. AfroamerikanerInnen schreiben suizidales Verhalten kaum der Skala „interpersonelle Ursachen“ zu im Vergleich zu den europäisch-stämmigen AmerikanerInnen. Loibl und Voracek (2007) zeigten auf, dass intrapsychische Ursachen mit Alter, Religiosität und konservativer politischer Orientierung korrelieren.

#### **1.4.4. Genetische Faktoren von Suizid**

Um die Unterschiede zwischen den Suizidraten und im suizidalen Verhalten in den einzelnen Ländern besser zu verstehen, werden seit kurzem biologische Faktoren von Suizid erforscht. Dabei liegt das Augenmerk vor allem auf der genetischen Veranlagung von Suizid (Bondy, Buettner & Zill, 2006).

Personen aus unterschiedlichen Ländern besitzen eine unterschiedliche Häufung an Genvariationen (Cavalli-Sforza, Menozzi & Piazza, 1994). Kondrichin (1995) postulierte die Hypothese, dass Länder, die zu der finno-ugrischen Sprachgruppe gehören wie Estland, Finnland und Ungarn, die höchsten Suizidraten innerhalb Europas aufweisen. Daraus folgerten Marusic und Farmer (2001), dass genetische Faktoren dabei eine wichtige Rolle spielen. Voracek, Loibl und Kandrychyn (2007) sowie Voracek und Marusi (2008) haben die finno-ugrische Hypothese bestätigt, demnach weisen finno-ugrische Ethnien eine erhöhte Suizidrate auf. Außerdem zeigten molekulargenetische Studien, dass es einen Zusammenhang zwischen dem Enzym Tryptophanhydroxylase (TPH) und Suizidversuchen gibt (Hranilovic, Stefulj, Furac, Kubat, Balijs & Jernej, 2003; Turecki et al., 2001; Bondy et al., 2006).

Wenn auch die davor genannten Studien belegen, dass ein Zusammenhang zwischen bestimmten genetischen Veranlagungen und Suizidraten zu erkennen ist, verfügt die Allgemeinbevölkerung kaum ein Wissen über den Einfluss von genetischen Faktoren auf das suizidale Verhalten. Voracek und Sonneck (2006) haben in einer Studie anhand einer Stichprobe von Medizin- und PsychologiestudentInnen aus Österreich gezeigt, dass die Mehrheit (80%) der Meinung ist, dass die genetischen Risikofaktoren keinen Einfluss auf suizidales Verhalten haben. Dieses Ergebnis wurde in einer ähnlichen Studie in Estland repliziert (Kölves, Tran & Voracek, 2007).

Deshalb entwickelten Voracek, Loibl und Sonneck (2007) die Skala BIRFSS, die den Glauben an genetische Ursachen von Suizid erfasst. Bisherige Validierungen des BIRFSS zeigten, dass in verschiedenen Ländern ähnliche Vorstellungen über den genetischen Einfluss auf das suizidale Verhalten bestehen (Voracek et al., 2008; Voracek, Fisher, Loibl, Tan & Sonneck, 2008). Bei bisherigen Studien wurden keine signifikanten Zusammenhänge zwischen BIRFSS und Bildung (Voracek, Egle, Schleicher, Loibl & Sonneck, 2007), Geschlecht (Voracek et al., 2007) und Alter (Voracek et al., 2007) gefunden, aber die Studie von Voracek et al. (2007) konnte einen signifikanten Zusammenhang zwischen BIRFSS und Religiosität aufzeigen.

#### **1.4.5. Bereitschaft zur Inanspruchnahme psychologischer Hilfe**

Einen wichtigen präventiven Faktor in Bezug auf suizidales Verhalten stellt die Bereitschaft einer Person psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen. Deane und Todd (1996) haben herausgefunden, dass Personen, die schon einmal psychologische Hilfe in Anspruch genommen haben, diese auch ein zweites Mal in Anspruch nehmen

würden. Außerdem berichteten die Personen, dass sie eher bei suizidalen Gedanken als bei persönlichen Problemen psychologische Hilfe in Anspruch nehmen würden. Die Studie von Fischer und Farina (1995) hat ergeben, dass es einen signifikant positiven Zusammenhang zwischen der Einstellung gegenüber psychologischer Behandlung und dem tatsächlichen Anspruch von psychologischer Hilfe gibt.

Eine kulturvergleichende Studie von Masuda, Suzumura, Beauchamp, Howells und Clay (2005) wies auf, dass amerikanische und japanische StudentInnen unterschiedliche Einstellungen bezüglich der Inanspruchnahme von psychologischer Hilfe haben.

Einen positiven Einfluss auf die Bereitschaft psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen, haben das weibliche Geschlecht (Fischer & Turner, 1970) sowie die Religiosität (Kaminetzky & Stricker, 2008). Sheikh und Furnham (2002) haben herausgefunden, dass Personen ohne religiöse Zugehörigkeit am ehesten bereit sind psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen, während Muslime die geringste Bereitschaft aufweisen.

### **1.5. Hypothesenformulierung**

Das Leben der KroatInnen ist auf vielfältigste Weise (Geschichte, Politik und Traditionen) von der Religion geprägt. Wenngleich es auch in Wien eine kroatische katholische Kirche gibt sowie einige andere kroatische Gemeinschaften, die versuchen die kroatische Kultur aufrechtzuerhalten, wird angenommen, dass sich die kroatischen ImmigrantInnen durch die zuvor schon erläuterten Akkulturation- und Anpassungsprozesse an den Lebensstil der einheimischen Bevölkerung anpassen und somit sich von ihren ursprünglichen religiösen und kulturellen Traditionen immer weiter entfernen. Des Weiteren haben viele Studien bewiesen, dass Religiosität einen Einfluss auf Suizid und die Suizidraten hat. Es wird angenommen, dass Personen, die häufiger in die Kirche gehen eine höhere Religiosität aufweisen. In diesem Sinne wird Hypothese eins folgendermaßen formuliert: *„In Kroatien lebende KroatInnen sind religiöser und gehen häufiger in die Kirche als in Österreich lebende KroatInnen.“* Bezüglich der Geschlechterunterschiede folgt die Hypothese 1a: *„Frauen sind religiöser als Männer.“* Zusätzlich werden auch noch die regionalen Unterschiede in Kroatien berücksichtigt. Hypothese 1b lautet: *„KroatInnen, die in der mediterranen Region leben, sind religiöser als KroatInnen, die im kontinentalen Bereich Kroatiens*

*beheimatet sind.*“ Und die letzte Hypothese 1c lautet: *„Die Stichprobe aus Wien weist einen Unterschied zwischen den Generationen bezüglich der Religiosität auf.“*

Basierend auf den Annahmen, dass Religiosität einen negativen Einfluss auf die Einstellung gegenüber Suizid hat und ausgehend von der Vermutung, dass in Kroatien lebende KroatInnen religiöser sind als in Wien lebende KroatInnen, soll die zweite Hypothese den Zusammenhang zwischen Religiosität und Suizidalität der zwei Kulturgruppen aufzeigen: *„KroatInnen aus Kroatien haben eine negativere Einstellung gegenüber Suizid als kroatische ImmigrantInnen aus Österreich.“* Nachdem die Stichprobe aus Wien in ImmigrantInnen der ersten und zweiten Generation unterteilt werden kann, lautet die zusätzliche Hypothese 2a: *„Die Stichprobe aus Wien weist einen Unterschied zwischen den Generationen bezüglich der Einstellung gegenüber Suizid auf.“* In der Annahme, dass KroatInnen aus dem mediterranen Region religiöser sind, wird dazu noch die folgende Hypothese 2b formuliert: *„KroatInnen, die in der mediterranen Region Kroatiens leben, haben eine negativere Einstellung gegenüber Suizid als KroatInnen, die im kontinentalen Bereich Kroatiens beheimatet sind.“*

Aufgrund der Erläuterungen aus dem Kapitel Akzeptanz gegenüber einen suizidgefährdeten Freund und der Stigma-Hypothese von Eskin (1995), wird die dritte Hypothese wie folgt postuliert: *„KroatInnen haben eine positiver Einstellung gegenüber einem suizidgefährdeten Freund als kroatische ImmigrantInnen.“*

Da Entstehungstheorien beim Verständnis von suizidalem Verhalten in den unterschiedlichen Kulturen wichtig sind und vorherige Studien einen Zusammenhang zwischen Religiosität und dem Glauben an intrapsychische Ursachen für Suizid nachgewiesen haben, wird in der vierten Hypothese vermutet: *„KroatInnen weisen höhere Werte auf der intrapsychischen Subskala des Suizids auf als kroatische ImmigrantInnen.“* Zusätzlich wird die Hypothese 4a überprüft: *„Frauen haben höhere Werte auf der Subskala intrapsychische Ursachen für Suizid.“*

Der Glaube an den Einfluss von genetischen Faktoren auf Suizid unterscheidet sich kaum zwischen den Kulturen, daher wird die fünfte Hypothese folgendermaßen formuliert: *„Sowohl KroatInnen als auch kroatische ImmigrantInnen erzielen ähnliche Ergebnisse im Glauben an den Einfluss von genetischen Faktoren.“*

Aufgrund der Erkenntnis aus dem Kapitel zum Thema Bereitschaft zur Inanspruchnahme psychologischer Hilfe wird vermutet, dass sich kroatische ImmigrantInnen durch Akkulturation-und Anpassungsprozesse dem Gesundheitswesen in Wien angepasst haben und deshalb eher psychologische Hilfe in Anspruch nehmen,

trotz denkbarer sprachlicher Barrieren und gestützt durch die Annahme, dass Personen, die religiöser sind eher in Gebeten Hilfe suchen. Die sechste und somit letzte Hypothese lautet demnach: *„KroatInnen weisen eine niedrigere Bereitschaft auf, professionelle psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen als kroatische ImmigrantInnen.“*



# Methoden



In diesem Kapitel werden die Stichprobe, das Studiendesign, die Methode der Datenerhebung, verwendete Erhebungsinstrumente, sowie die Planung der Analyse der erhobenen Daten beschrieben und erklärt.

## **2.1. Auswahl der Stichprobe**

Die Stichprobe der vorliegenden Studie setzt sich zusammen aus KroatInnen, die in Kroatien leben und aus kroatischen ImmigrantInnen, die in Österreich sesshaft sind. Es wurde darauf geachtet, dass die eine Hälfte der KroatInnen aus Kroatien aus Zagreb und die andere Hälfte aus Rovinj (Istrien) und Umgebung stammt, vereinzelt sind auch andere Geburtsorte in Kroatien vertreten, aufgrund der Bevölkerungszuwanderung in die Stadtgebiete. Die Mehrheit der Stichprobe der in Österreich lebenden KroatInnen lebt in Wien, ein geringer Prozentsatz hat seinen Wohnsitz in Niederösterreich. Wobei der eine Teil der kroatischen ImmigrantInnen (hauptsächlich erste Generation sowie Bürgerkriegsflüchtlinge) in Kroatien sowie Bosnien- und Herzegowina und der andere Teil (zweite Generation) in Wien geboren wurden. Außerdem wurde auf die Gleichverteilung der Variable „Geschlecht“ geachtet.

### **2.1.1 Stichprobe**

An der Studie nahmen insgesamt 275 Personen teil. In Kroatien beantworteten 124 Personen, davon 46 Männer und 77 Frauen, die Fragebögen, in Österreich waren es 151 Personen, davon 69 Männer und 82 Frauen. Demnach haben mehr Frauen den Fragebogen ausgefüllt als Männer (58.2% vs. 41.8%). Die jüngste Person, die an dieser Studie teilgenommen hat, war 16 Jahre alt und die älteste Person war 69 Jahre alt. In der Gesamtstichprobe wurden als die höchste abgeschlossene Ausbildung „Universität, Fachhochschule“ (40.4%) und „AHS, BHS mit Matura“ (34.9%) angegeben. Bezüglich der Aufenthaltsdauer der in Österreich lebenden KroatInnen liegen die höchsten Prozentsätze bei 20 Jahren (17.2%), 19 Jahren (10.6) und 22 Jahren (9.3%).

## **2.2. Datenerhebung**

### **2.2.1. Ablauf der Datenerhebung**

Die Datenerhebung fand sowohl in Österreich als auch in Kroatien zwischen Mitte März und Ende Mai 2014 statt. Um eine möglichst große Stichprobe für diese Studie zu gewährleisten, wurden neben der Verteilung von Papier-Bleistift-Fragebögen auch elektronische Fragebögen per E-Mail verschickt. Um die Anonymität zu sichern,

wurde eigens dafür eine E-Mail-Adresse (a.suicide.research@gmail.com) eingerichtet, auf die alle TeilnehmerInnen Zugriff hatten. Sie konnten dort den Fragebogen runterladen, ausfüllen und dann an diese E-Mail-Adresse zurückschicken. Außerdem wurden einige elektronische Fragebögen auch direkt per E-Mail an potenzielle TeilnehmerInnen geschickt.

Die Stichprobe aus Österreich wurde hauptsächlich in Wien akquiriert und ein paar wenige in Niederösterreich. Die Akquirierung der Personen erfolgte hauptsächlich mittels Schneeballsystem. Die meisten Versuchspersonen wurden mit Hilfe von Verwandten, Bekannten und Freunden gewonnen, diese wurden gebeten die Fragebögen in ihrem persönlichen Umfeld weiterzugeben. Zusätzlich wurden im kroatischen Kulturverein „Napredak“ sowie im kroatischen Lokal „Cafe San Marco“ Fragebögen ausgehändigt. Die Personen wurden persönlich angesprochen und entweder beantworteten sie den Fragebogen sofort oder haben ihn nach einiger Zeit wieder ausgefüllt retourniert beziehungsweise per E-Mail zurückgeschickt.

Um regionale Unterschiede innerhalb Kroatiens untersuchen zu können, erfolgte die Datenerhebung an zwei Orten, einerseits in Zagreb und andererseits in Rovinj und Umgebung. Die Stichprobe der KroatInnen aus Zagreb setzte sich vor allem aus Freunden und Verwandten sowie aus deren Bekanntenkreis zusammen. Darüber hinaus wurde noch im Telekommunikationsunternehmen „Vipnet“ ein Teil der Stichprobe erhoben. Mit Hilfe einer befreundeten Psychologin, die Fortbildungsseminare für neuro-linguistisches Programmieren anbietet, konnten weitere Versuchspersonen in diesen Fortbildungsseminaren rekrutiert werden. Einige Fragebögen wurden mittels Computer ausgefüllt, der Rest wurde vor Ort ausgehändigt, eingesammelt und mit Hilfe von Verwandten und Bekannten nach Wien transportiert. Die Stichprobenerhebung in Rovinj fand zu Ostern 2014 statt, diese erfolgte anhand des Schneeballsystems. Zudem gab es auch eine Erhebung in der Fischfabrik „Mirna Rovinj“, deren MitarbeiterInnen den Fragebogen ausfüllten.

Die Teilnahme an der Befragung fand auf freiwilliger Basis statt, sowohl die Anonymität als auch die Vertraulichkeit wurden allen TeilnehmerInnen zugesichert.

### **2.2.2. Stichprobengröße und Teststärkenanalysen**

Bevor die Untersuchung gestartet werden konnte, wurden für die Festlegung des Stichprobenumfangs a priori Teststärkenanalysen berechnet sowie eine Einschätzung des Stichprobenumfangs durchgeführt, um festzustellen wie groß die Stichprobe sein

muss, um statistisch aussagekräftige Ergebnisse zu erhalten, die akkurat und reliabel sind (Cohen, 1988). Für die Berechnung wurde das Programm G\*Power, Version 3.1. (Faul, Erdfelder, Lang & Bucher, 2007; Faul, Erdfelder, Buchner & Lang, 2009) angewendet.

Für die zweifaktorielle Varianzanalyse (ANOVA) wurde bei einem Signifikanzniveau von 5% und einer Teststärke von 80% für eine kleine Effektstärke ( $f = .10$ ; Cohen, 1988) eine Gesamtstichprobe von 967 Personen ermittelt. Für eine mittlere Effektstärke ( $f = .25$ ) wurde eine Gesamtstichprobe von 158 errechnet und bei einer großen Effektstärke ( $f = .40$ ) eine Gesamtstichprobe von 64 berechnet. Für die multivariate Varianzanalyse (MANOVA), mit maximal sieben abhängigen Variablen, wurde a priori für eine Effektstärke von  $f^2 = .10$  eine Gesamtstichprobe von 98 Personen berechnet.

## **2.3. Erhebungsinstrumenten**

### **2.3.1. Struktur des Fragebogens**

Der Fragebogen wurde in zwei Sprachen bereitgestellt, einerseits auf Kroatisch und andererseits auf Deutsch. Beide Fragebögen enthielten die gleiche Information und auch die Reihenfolge der Fragen war ident. In Kroatien wurde selbstverständlich nur der kroatische Fragebogen vorgelegt, in Österreich jedoch konnten die kroatischen ImmigrantInnen aussuchen, ob sie lieber die kroatische oder die deutsche Version ausfüllen wollten, je nachdem mit welcher Muttersprache sie sich wohler fühlten.

Sowohl die elektronische als auch die Papier-Bleistift Fragebogenform waren wie folgt aufgebaut: Auf der ersten Seite des Fragebogens stand eine kurze Einleitung, die den Titel und den Zweck der Studie beschrieb sowie eine kleine Instruktion, die erklärte auf welche Art und Weise die Fragen zu beantworten seien. Außerdem enthielt die erste Seite einen Hinweis zur Wahrung der Anonymität. In den folgenden Unterkapiteln werden die verwendeten Verfahren so wie sie den Befragten innerhalb des Fragebogens vorgegeben worden sind, beschrieben. Die Fragenformulierung und die Antwortalternativen waren in den beiden Sprachversionen des Fragebogens vorgegeben und ident. Kroatische ImmigrantInnen mussten noch zusätzlich die Frage nach der Aufenthaltsdauer in Österreich beantworten.

### **2.3.1.1. Meinungen und Einstellungen zu Suizid**

Die „*Attitudes Towards Suicide Scale*“ (ATTS), die von Eskin (2004) entwickelt wurde, beinhaltet 24 Fragen. Diese Skala erfasst die Meinungen und Einstellungen zu Suizid und psychischen Problemen. Die Einschätzungen erfolgten anhand einer 5-stufigen Likert-Skala mit den Antwortalternativen: (1) stimme gar nicht zu, (2) stimme nicht zu, (3) weder noch, (4) stimme zu und (5) stimme völlig zu. Die Items wurden jeweils mit 1, 2, 3, 4 und 5 kodiert. Höhere Werte einer Subskala bedeuten höhere Zustimmung und niedrigere Werte, niedrigere Zustimmung.

Frühere Validierungen der Variable ergaben sechs Faktoren, die 61% der totalen Varianz erklärten (Eskin, 2004). Die sechs Faktoren die extrahiert wurden, sind: Akzeptanz von Suizid, Suizid als ein Zeichen psychischer Krankheit, der Glaube, dass Personen, welche Suizid begehen, nach dem Tod bestraft werden, die Meinung, dass suizidgefährdete Personen über ihre Probleme kommunizieren sollen, die Absicht suizidales Verhalten zu verheimlichen und die Meinung, dass über Suizid offen zwischen Freunden und in den Medien gesprochen werden soll.

In der Studie, welche von Eskin, Voracek, Stieger und Altinyazar (2011) durchgeführt wurde, wurden bei einer Stichprobe mit türkischen und österreichischen StudentInnen der Medizin sieben Faktoren extrahiert, diese erklärten 73,4% der totalen Varianz. Diese sieben Faktoren lauten: *Der Glaube an die Bestrafung nach dem Tod, Akzeptanz von Suizid, Suizid als ein Zeichen psychischer Krankheit, Mitteilung von psychischen Problemen, Verheimlichen von suizidalen Verhalten, Suizid als Lösung und offene Berichterstattung und Diskussion über Suizid*. Die Version mit den sieben Faktoren der Attitudes Towards Suicide Scale wurde für die vorliegende Untersuchung übernommen.

### **2.3.1.2. Verhalten gegenüber einem vorgestellten suizidgefährdeten Freund**

Der Fragebogen „*Reactions to an Imagined Suicidal Friend*“ (RISF), der das Verhalten gegenüber einem vorgestellten Suizidgefährdeten Freund misst, wurde von Eskin (1999) erstellt. Die Befragten sollten sich einen Freund beziehungsweise eine Freundin vorstellen, der oder die sich selbst umbringen will und seine bzw. ihre Absichten dem Befragten gegenüber äußert. Aufgrund dessen sollten insgesamt 20 Items, die spezifische Reaktionen und Gefühle in Bezug auf die vorhin beschriebene Situation erörtern, beantwortet werden. Die Einschätzungen erfolgten wiederum auf einer 5-stufigen Likert-Skala mit den Antwortalternativen: (1) stimme gar nicht zu bis

(5) stimme völlig zu. Die Items wurden jeweils mit 1, 2, 3, 4 und 5 kodiert. Hohe Werte standen für eine hohe Zustimmung, niedrige Werte für eine niedrige Zustimmung.

Die erste Validierung (Eskin, 1999) mit schwedischen und türkischen StudentInnen ergab mittels einer Faktorenanalyse sieben Faktoren, die 61% der totalen Varianz erklärten. Die neueste Validierung anhand einer österreichischen und türkischen Stichprobe ergab fünf Faktoren mit 61,3% an erklärter totaler Varianz (Eskin, 2011). Die fünf Faktoren sind: *Soziale Akzeptanz, emotionale Beteiligung, Hilfe für den Suizidgefährdeten Freund, Abneigung gegen die Bekanntgabe einer Suizidgefährdung und genaues Ermitteln des suizidalen Verhaltens*. Für die vorliegende Studie wurden diese fünf Faktoren übernommen.

#### **2.3.1.3. Glaube an die Ursachen von Suizid**

Lester und Bean (1992) entwickelten das Verfahren „*Attribution of Causes to Suicide Scale*“ (ACCS), das den Glauben an die Ursachen von Suizid erhebt. Dieses Inventar erfasst die Ursachenzuschreibungen von Laien bezüglich des Suizids anhand der drei folgenden Subskalen: intrapsychische Ursachen, interpersonelle Ursachen und soziale Ursachen. Der Fragebogen besteht aus insgesamt 18 Items. Die Einschätzung erfolgt auf einer 6-stufigen Likert-Skala mit den Antwortalternativen: (1) stimme überhaupt nicht zu bis (6) stimme stark zu. Die Codierung der Itemantworten umfasste den Bereich von – 2,5 bis + 2,5. Je niedriger die Werte, desto stärker die Ablehnung. Je höher die Werte, desto höher die Zustimmung.

Erstmals haben Lester und Bean (1992) diese Skala in einer Studie anhand einer Stichprobe von 62 StudentInnen ausprobiert und aufgezeigt, dass die drei bereits genannten Unterskalen des Erhebungsinstruments interkorrelieren

Loibl, Tran, Hirner und Voracek (2008) zeigten bei einer österreichischen StudentInnenstichprobe, dass die drei Skalen positiv interkorrelieren und dass eine moderate Test-Retest-Reliabilität besteht.

#### **2.3.1.4. Religiöse und spirituelle Einstellungen**

Die „*System of Belief Inventory*“ (SBI-15R-D), die in ihrer Ursprungsform von Holland et al. (1998) entwickelt wurde und die von Albani, Bailer, Blaser, Geyer, Brähler und Grulke (2002) auf Deutsch modifiziert wurde, dient der Erfassung von spirituellen und religiösen Einstellungen. Sie wird vor allem deshalb verwendet, da sie spirituelle und religiöse Einstellungen unabhängig von der Zugehörigkeit zu einer

Glaubensgemeinschaft misst. Die Gesamtskala beinhaltet 15 Items. Die Einstellungen werden anhand von zwei Subskalen erfasst. Die Subskala „*religiöse Überzeugungen und Praktiken*“ enthält zehn Items und die Subskala „*soziale Unterstützung in der Glaubensgemeinschaft*“ besteht aus fünf Items. Die Einschätzungen erfolgten anhand einer 4-stufigen Likert-Skala mit den Antwortmöglichkeiten: (1) trifft gar nicht zu bis (4) trifft vollständig zu. Die Items werden jeweils mit 1, 2, 3 und 4 kodiert. Die Spannweite des Summenscores für die Subskala „*religiöse Überzeugungen und Praktiken*“ beträgt 10 bis 40, für die Subskala „*soziale Unterstützung in der Glaubensgemeinschaft*“ können Werte von 5 bis 20 erzielt werden. Je höher die Werte, desto höher die Zustimmung und je niedriger die Werte, desto stärker die Ablehnung.

Die psychometrische Überprüfung von Abani et al. (2002) an einer deutschen Stichprobe zeigte gute testtheoretische Kennwerte sowie schon die früheren Validierungen, in Gebieten mit einem anderen kulturell-religiösen Hintergrund wie zum Beispiel Israel (Holland et al., 1998; Baider et al., 1999; Baider, Holland, Russak & Kaplan-DeNour, 2001). Vor allem Männer, jüngere Personen und Personen mit einer höheren Schulausbildung erzielten in der Studie von Albani et al. (2002) niedrigere Scores. Außerdem ist das SBI-15R-D ein reliables Messinstrument zur Erfassung der Religiosität bei deutschsprachigen Personen mit deutschem Hintergrund (Grulke, Bailer, Blaser, Geyer, Brähler & Albani, 2003).

#### **2.3.1.5. Glaube an den Einfluss genetischer Faktoren auf Suizid**

Zur Erfassung des Glaubens an die genetischen Komponenten von Suizid wurde die „*Beliefs in the Inheritance of Risk Factors for Suicide Scale*“ (BIRFSS) verwendet, dieses Verfahren wurde von Voracek, Loibl & Sonnek (2007a) entwickelt. Das Erhebungsinstrument besteht aus 22 Items, diese setzen sich aus sieben verschiedenen Forschungsfeldern zusammen: Familienstudien, geographische und Zwillingsstudien, Adoptions-, ImmigrantInnen- und Nachnamenstudien, molekulargenetischen Studien sowie allgemeine Aussagen. Die Items können mit richtig oder falsch beantwortet werden. Die Antwortmöglichkeiten wurden jeweils mit 0 = falsch und 1 = richtig codiert. Items 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 10, 12, 13, 14, 17, 19 und 20 waren richtige Behauptungen. Die restlichen 8 Items waren falsche Behauptungen und mussten umcodiert werden. Fehlende Werte (nicht beantwortet) wurden als falsch gewertet. Es wurden anschließend Summenwerte über die gesamte Skala gebildet. Die Spannweite

der möglichen Summenwerte betrug 0 bis 22. Je höher die Werte, desto eher glaubte eine Person an den Einfluss genetischer Faktoren von Suizid.

Bisher Validierungen der BIRFSS in Österreich haben akzeptable testtheoretische Werte belegt (Voracek et al., 2007). Desweiteren wurden auch interkulturelle Validierungen der BIRFSS (Kanada, Estland, Malaysia, Rumänien, Vereinigtes Königreich von Großbritannien und USA) vorgenommen, die ähnlich gute testtheoretische Werte aufzeigten (Voracek et al., 2008).

#### **2.3.1.6. Bereitschaft professionelle psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen**

Die „*Attitudes Toward Seeking Professional Psychological Help Scale-Short Form*“ (ATSPPH-SF) wurde von Fischer und Farina (1995) entwickelt, die die Bereitschaft professionelle psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen misst. Diese wurde 2007 von Ang, Lau, Tan und Lim revidiert. Die Reliabilitäten des ATSPPH-SF von Fischer und Farina (1995) betrugen bei zwei Stichproben ein Cronbach's Alpha .84 und .89, die revidierte Fassung (Ang et al., 2007) wies ein Cronbach's Alpha von .70 und .71 auf. In der vorliegenden Studie wurde die neun Items revidierte Skala von Ang und al. (2007) verwendet. Die Einschätzungen erfolgen auf einer 4-stufigen Likert-Skala mit den Antwortalternativen: (1) stimme gar nicht zu bis (4) stimme völlig zu. Insgesamt umfasste die gesamte Skala neun Items, die jeweils mit 0, 1, 2 und 3 kodiert wurden. Items der Nummer 2, 4, 7, 8 und 9 wurden aufgrund ihrer negativen Formulierungen umgepolt. Anschließend wurden Summenwerte über die gesamte Skala gebildet. Die Spannweite der möglichen Summenwerte beträgt 0 bis 27. Je höher die Werte, desto positiver die Bereitschaft professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen.

#### **2.3.1.7. Demographische Daten**

Nach folgenden demographischen Daten wurde gefragt: *Geschlecht, Alter, höchste abgeschlossene Ausbildung, Kirchgang sowie Geburtsort*. Und bei den kroatischen ImmigrantInnen wurde zusätzlich die *Aufenthaltsdauer in Österreich* erfragt. Bei der höchsten abgeschlossenen Ausbildung waren die Pflichtschule, Lehre, Berufsschule, mittlere Schule ohne Matura und Fachschule, AHS, BHS mit Matura und Universität, Fachhochschule mögliche Antwortalternativen. Beim Kirchengang gab es die Antwortalternativen mehrmals pro Woche, einmal pro Woche, einmal pro Monat, ein paar Mal im Jahr, nur zu besonderen Anlässen (Weihnachten, Ostern, Hochzeit,

etc.), einmal im Jahr und gar nicht. Die Dauer des Aufenthaltes in Österreich sowie der Geburtsort wurden mittels eines offenen Antwortformats erhoben.

### **2.3.2. Übersetzung des verwendeten Erhebungsinstruments**

Für die Übersetzung des Erhebungsinstruments wurde die „*parallel blind technique*“ (Behling & Law, 2000) verwendet. Der deutsche Fragebogen wurde zunächst von einem Mitarbeiter der Telekom Austria, dem Vater der Autorin, dessen Muttersprache Kroato-serbisch ist und der über ausgezeichnete Deutschkenntnisse aufgrund seiner zwanzigjährigen Berufserfahrung in Österreich verfügt, übersetzt. Zusätzlich dazu hat auch die Autorin dieser Studie, deren Muttersprachen sowohl Kroato-serbisch als auch Deutsch sind, eine Übersetzung des Fragebogens vorgenommen. Da aber im heutigen Kroatien, die offizielle Amtssprache nur Kroatisch ist, wurde der englische Fragebogen mit der Hilfe einer Professorin aus Kroatien (Zagreb), die Englisch und Kroatisch an der Schule unterrichtet, übersetzt. Im Anschluss daran wurden die drei Übersetzungen miteinander verglichen und etwaige Ungereimtheiten diskutiert und in einem weiteren Schritt wurde eine einheitliche Entscheidung über die endgültige Formulierung getroffen. Vor allem über die unterschiedlichen Ausbildungsgrade und Schulabschlüsse in den zwei Ländern wurde debattiert, um eine möglichst genaue Vergleichbarkeit der Stichproben zu erzielen. Bei der Übersetzung wurde besonders auf die sprachliche Korrektheit als auch Sinnhaftigkeit geachtet.

### **2.3.3. Untersuchungsdesign**

Bei dieser Studie handelt es sich um ein quasi-experimentelles Design, da es sich bei den untersuchten Gruppen (KroatInnen aus Kroatien und kroatische ImmigrantInnen, die in Österreich leben), um „natürlich“ existierende Gruppierungen handelt. Der Fokus dieser Studie liegt auf dem Vergleich zwischen den oben genannten Stichproben. Es wurde bei der Datenerhebung besonders auf die Gleichverteilung der Variable Geschlecht geachtet. Die Prüfung der Daten erfolgte größtenteils anhand von mehreren Varianzanalysen (zweifaktorielle ANOVAs und zweifaktorielle MANOVAs).

## **2.4. Auswertung**

Die Analyse der Daten erfolgte unter Verwendung des statistischen Windows Programmpakets SPSS in der Version 21. Der erste Schritt der Datenanalyse bestand

aus der deskriptiven Auswertung aller Variablen der Gesamtstichprobe als auch für die Teilstichproben hinsichtlich der Mittelwerte und Standardabweichungen sowie der Verteilung. In einem zweiten Schritt wurde der Unterschied zwischen den Kulturgruppen bezüglich der soziodemographischen Daten bewertet. Die Variable Geschlecht wurde mittels Chi-Quadrat-Homogenitätstest und die Variablen Alter und Anzahl der Ausbildungsjahre mittels einfaktorieller Varianzanalyse auf Signifikanz geprüft.

Im Anschluss daran wurde die interne Konsistenz der unterschiedlichen Skalen (ATTS, RISF, ACCS, SBI-15R-D, BIRFSS und ATSPPH-SF) jeweils für die einzelnen Kulturgruppen mittels Cronbach's Alpha berechnet. Um die zwei Stichproben miteinander zu vergleichen, wurden multivariaten Varianzanalysen (MANOVA) und zweifaktorielle Varianzanalysen (ANOVA) berechnet. Hierbei dienten das Geschlecht (männlich, weiblich) und die Kultur (KroatInnen aus Kroatien und kroatische ImmigrantInnen) als unabhängige Variablen. Um weitere inhaltliche Unterschiede zwischen den Kulturgruppen besser zu veranschaulichen, wurde bei manchen statistischen Analysen zwischen kroatischen ImmigrantInnen der ersten und zweiten Generation sowie bei den KroatInnen aus Kroatien zwischen der mediterranen und kontinentalen Region differenziert.

Vor der Berechnung der Varianzanalysen wurden die Voraussetzungen für die Verfahren berechnet, diese lauten: Normalverteilung der abhängigen Variablen über die einzelnen Gruppen mittels Kolmogorov-Smirnov-Test, Homogenität der Varianzen mittels Levene's Test und die Homogenität der Varianz-Kovarianz-Matrizen mittels Box's Test. Auch bei Verletzung der Voraussetzungen wurden Varianzanalysen durchgeführt, da es ein sehr robustes Verfahren darstellt. Für die Berechnung der Prüfgrößen wurden das Verfahren Pillai's Trace ausgesucht, da dieses das mächtigste und robusteste Verfahren ist, wenn sich die Gruppen bezüglich mehrerer Variablen unterscheiden. Simple Effect Analysen (separate univariate ANOVASs) und Graphiken wurden zur näheren Betrachtung von Interaktionen herangezogen (Field, 2009).

Das Signifikanzniveau wurde für alle statistischen Analysen mit  $p < .05$  (2-seitig) festgelegt und angewendet.

Darüber hinaus wurde die Effektgröße nach Cohen (1988) zusätzlich zur Prüfstatistik angegeben, da diese eine bessere Einschätzung der praktischen Bedeutsamkeit eines ermittelten Effekts ermöglichen und unabhängig vom Stichprobenumfang sind (Faul et al., 2007; Faul et al., 2009).



# Ergebnisse



### 3.1. Rücklaufquoten der Fragebögen

Insgesamt wurden 301 Fragebögen ausgeteilt, davon wurden 279 (92.7%) ausgefüllt retourniert. Genau vier Fragebögen wurden nicht mit in die Datenanalyse einbezogen, da diese nicht zur Gänze (mehr als 50% fehlende Angaben) ausgefüllt worden waren und somit wichtige Information gefehlt hat. In Österreich wurden 151 Fragebögen verteilt und in Kroatien 150 Stück. Die Rücklaufquote für die kroatischen ImmigrantInnen betrug 151 (100%) und für die KroatInnen 128 (85.4%) Stück.

### 3.2. Stichprobengröße und Soziodemographische Daten

Die soziodemographischen Kennzeichen der Stichprobe werden in der Tabelle 1 beschrieben.

**Tabelle 1.** Soziodemographische Daten

|                  | kroat. ImmigrantInnen<br>( <i>n</i> = 151) |      |                        | KroatInnen<br>( <i>n</i> = 124) |      |                        |
|------------------|--------------------------------------------|------|------------------------|---------------------------------|------|------------------------|
|                  | <i>n</i>                                   | %    | <i>M</i> ( <i>SD</i> ) | <i>n</i>                        | %    | <i>M</i> ( <i>SD</i> ) |
| Geschlecht       |                                            |      |                        |                                 |      |                        |
| Frauen           | 82                                         | 54.3 |                        | 78                              | 62.9 |                        |
| Männer           | 69                                         | 45.7 |                        | 46                              | 37.1 |                        |
| Alter            |                                            |      | 33.39 (12.37)          |                                 |      | 41.13 (10.15)          |
| Ausbildungsdauer |                                            |      | 13.26 (2.71)           |                                 |      | 14.12 (3.01)           |

*N* = 275; *M* = Mittelwert; *SD* = Standardabweichung

Die Gesamtstichprobe besteht aus 275 Personen, davon sind 151 in Österreich lebende KroatInnen und 124 in Kroatien lebende KroatInnen. Für die Analyse der ersten beiden Hypothesen wurde sowohl die Stichprobe der KroatInnen als auch die der kroatischen ImmigrantInnen in zwei Subgruppen gesplittet: Bei der Stichprobe der KroatInnen stammen 60 Personen aus dem Küstengebiet Kroatiens und 64 Personen aus Kontinentalkroatien. Die Stichprobe aus Österreich setzt sich aus 111 Personen der ersten Generation und 40 Personen der zweiten Generation zusammen.

Die Personenanzahl zwischen den zwei Kulturgruppen ist normalverteilt. Innerhalb der beiden Kulturgruppen sind Männer und Frauen gleich verteilt ( $\chi^2(1) = 2.07, p > .05$ ). Es gibt signifikante Unterschiede zwischen den Stichproben bezogen auf das Alter der befragten Personen ( $F(1, 273) = 31.24, p < .001$ ). Die Gruppe der

kroatischen ImmigrantInnen in Österreich ( $M = 33.39$ ,  $SD = 12.37$ ) war signifikant jünger im Vergleich zur Gruppe der KroatInnen ( $M = 41.13$ ,  $SD = 10.15$ ). Da sich die beiden Länder hinsichtlich der Bildungssysteme unterscheiden, wurde die Variable „höchste abgeschlossene Ausbildung“ in die Variable „Ausbildungsdauer“ in Jahren umgerechnet, um einen entsprechenden Vergleich zwischen den Kulturgruppen gewährleisten zu können. Die beiden Kulturgruppen unterscheiden sich signifikant in Bezug auf die Ausbildungsdauer ( $F(1,273) = 6.17$ ,  $p < .001$ ). Die kroatischen ImmigrantInnen weisen eine signifikant geringe Ausbildungsdauer ( $M = 13.26$ ,  $SD = 2.71$ ) auf als KroatInnen ( $M = 14.12$ ,  $SD = 3.01$ ). Bezüglich der Aufenthaltsdauer der kroatischen ImmigrantInnen in Österreich beträgt der Mittelwert 19.35 ( $SD = 8.22$ ) mit einer Spannweite von 1 bis 51 Jahren.

### **3.3. Analyse von fehlenden Daten**

Fehlende Werte in der Daten stellen immer eine Herausforderung in einer Studie dar, weil typische Modellverfahren diese Fälle einfach von der Analyse ausschließen. In dieser Studie wurden als fehlende Werte solche bezeichnet, die in den Fragebögen nicht angekreuzt wurden. Die Rate der fehlenden Werte für die zwei Kulturgruppen lag unter 8 Prozent, daher werden diese Werte als „zufällig fehlend“ betrachtet, das bedeutet, dass das Fehlen eines Wertes weder von der betrachteten Variable selbst noch von einer anderen Variable abhängt. Deshalb wurde bei der aktuellen Datenanalyse der fallweise Ausschluss angewandt, bei dieser Methode werden nur vollständige Fälle mit in die Berechnung eingeschlossen (Peugh & Enders, 2004). Dies führte nur zu einer geringen Reduktion des Stichprobenumfangs. Die einzelnen Stichprobengrößen der Variablen werden für die Berechnungen in den folgenden Kapiteln gesondert angegeben.

### **3.4. Reliabilitätsprüfung**

Die interne Konsistenz wurde für jede Skala und für beide Teilstichproben mittels Cronbach`s Alpha berechnet. Die Ergebnisse sind für beide Kulturgruppen in Tabelle 2 aufgelistet. Die Reliabilitätswerte haben eine Spannweite von .50 bis .97, was größtenteils für befriedigende bis sehr gute interne Konsistenz der Verfahren spricht. Alle internen Konsistenzen der Skalen zeigen eine genügend hohe Reliabilität zur Verwendung von Gruppenvergleichen auf.

**Tabelle 2.** Cronbach's Alpha der ATTS, RISF, BIRFSS und der ATSPPH-SF für kroatische ImmigrantInnen und KroatInnen

|                                                     | Kroatische<br>ImmigrantInnen | KroatInnen |
|-----------------------------------------------------|------------------------------|------------|
| ATTS                                                | .74                          | .74        |
| RISF                                                | .87                          | .84        |
| ACCS                                                | .81                          | .78        |
| intrapsychisch                                      | .76                          | .72        |
| interpersonell                                      | .64                          | .70        |
| soziale Ursachen                                    | .72                          | .50        |
| SBI-15R-D                                           | .96                          | .97        |
| Religiöse Überzeugungen<br>und Praktiken            | .95                          | .96        |
| Soziale Unterstützung in<br>der Glaubengemeinschaft | .92                          | .94        |
| BIRFSS                                              | .58                          | .69        |
| ATSPPH-SF                                           | .57                          | .67        |

### 3.5. Hypothesenprüfung

#### 3.5.1. Religiosität

Hypothese 1: „In Kroatien lebende KroatInnen sind religiöser und gehen häufiger in die Kirche als in Österreich lebende KroatInnen“, Hypothese 1a: „Frauen sind religiöser als Männer“ sowie Hypothese 1b: „KroatInnen, die in der mediterranen Region leben, sind religiöser als KroatInnen, die im kontinentalen Bereich Kroatiens beheimatet sind“ und Hypothese 1c: „Die Stichprobe aus Wien weist einen Unterschied zwischen den Generationen bezüglich der Religiosität auf.“ Für die Überprüfung dieser Hypothesen wurden die Kulturgruppen hinsichtlich ihrer spirituellen Einstellung als auch hinsichtlich der Frequenz des Kirchgangs geprüft.

##### 3.5.1.1. Religiöse und spirituelle Einstellungen

Zur Berechnung der Unterschiede in den religiösen und spirituellen Einstellungen wurden MANOVAs mit den Faktoren *Kultur* (bzw. *Region*, *Generation*) und *Geschlecht* herangezogen. Die abhängigen Variablen waren die beiden Subskalen

des SBI-15R-D (Subskala: „*religiöse Überzeugungen und Praktiken*“ und Subskala: „*soziale Unterstützung in der Glaubengemeinschaft*“). Berechnete Mittelwerte und Standardabweichungen der Variablen werden in den Tabellen 3, 4 und 5 dargestellt.

Der Kolmogorov Smirnov Test ergab in den beiden Kulturgruppen für beide Subskalen der Religiosität signifikante Ergebnisse. Der Box's Test als auch der Levene's Test waren nicht signifikant.

**Tabelle 3.** Deskriptive Statistiken für religiöse und spirituelle Einstellungen für kroatische ImmigrantInnen und KroatInnen (SBI-15R-D)

|                                                | Religiöse<br>Überzeugungen und<br>Praktiken | Soziale Unterstützung<br>innerhalb der<br>Glaubengemeinschaft |
|------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
|                                                | M (SD)                                      | M (SD)                                                        |
| Kroatische ImmigrantInnen<br>( <i>n</i> = 150) |                                             |                                                               |
| Frauen                                         | 29.9 (8.9)                                  | 12.2 (4.9)                                                    |
| Männer                                         | 29.4 (8.7)                                  | 13.3 (4.8)                                                    |
| Total                                          | 29.7 (8.8)                                  | 12.7 (4.9)                                                    |
| KroatInnen<br>( <i>n</i> = 123)                |                                             |                                                               |
| Frauen                                         | 31.2 (8.5)                                  | 12.7 (5.1)                                                    |
| Männer                                         | 25.5 (9.2)                                  | 11.5 (4.8)                                                    |
| Total                                          | 29.1 (9.2)                                  | 12.2 (4.9)                                                    |

*n* = Anzahl; *M* = Mittelwert; *SD* = Standardabweichung

Die multivariate Varianzanalyse zeigte keinen signifikanten Effekt der *Kultur* ( $V = .01$ ,  $F(2,268) = .70$ ,  $p = .50$ ,  $\eta_p^2 = .01$ ).

Die multivariate Varianzanalyse zeigte einen signifikanten Effekt für *Geschlecht* ( $V = .08$ ,  $F(2,268) = 10.85$ ,  $p < .001$ ,  $\eta_p^2 = .08$ ). Die Effektgröße entsprach einem mittleren Effekt. Univariate Varianzanalysen zeigten, dass Frauen signifikant höhere Werte in der ersten Subskala „*Religiöse Überzeugungen und Praktiken*“ erzielten als Männer ( $F(1,269) = 8.04$ ,  $p < .05$ ,  $\eta_p^2 = .03$ ). Es gab jedoch keinen Geschlechterunterschied in der zweiten Subskala „*soziale Unterstützung in der Glaubengemeinschaft*“ ( $F(1,269) = .01$ ,  $p = .95$ ,  $\eta_p^2 = .01$ ).

Nach der Berechnung der MANOVA zeigte sich kein signifikanter Interaktionseffekt zwischen *Kultur* und *Geschlecht* ( $V = .08$ ,  $F(2,268) = 2.83$ ,  $p = .06$ ,  $\eta_p^2 = .08$ ).

Der Kolmogorov Smirnov Test ergab in beiden Regionen in Kroatien für beide Subskalen der Religiosität signifikante Ergebnisse. Der Box's Test als auch der Levene's Test waren nicht signifikant.

**Tabelle 4.** Deskriptive Statistiken für religiöse und spirituelle Einstellungen für KroatInnen nach Region aufgeteilt (SBI-15R-D)

|                                  | Religiöse<br>Überzeugungen und<br>Praktiken | Soziale Unterstützung<br>innerhalb der<br>Glaubensgemeinschaft |
|----------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
|                                  | M (SD)                                      | M (SD)                                                         |
| Küstengebiet ( $n = 60$ )        |                                             |                                                                |
| Frauen                           | 32.9 (7.5)                                  | 13.6 (4.9)                                                     |
| Männer                           | 27.0 (9.4)                                  | 11.9 (4.7)                                                     |
| Total                            | 30.9 (8.6)                                  | 13.0 (4.8)                                                     |
| Kontinentalkroatien ( $n = 63$ ) |                                             |                                                                |
| Frauen                           | 29.4 (9.3)                                  | 11.7 (5.2)                                                     |
| Männer                           | 24.4 (9.1)                                  | 11.2 (4.8)                                                     |
| Total                            | 27.3 (9.4)                                  | 11.5 (4.9)                                                     |

$n$  = Anzahl;  $M$  = Mittelwert;  $SD$  = Standardabweichung

Die multivariate Varianzanalyse zeigte keinen signifikanten Effekt der *Region* ( $V = .03$ ,  $F(2,118) = 1.78$ ,  $p = .17$ ,  $\eta_p^2 = .03$ ).

Die multivariate Varianzanalyse zeigte einen signifikanten Effekt für *Geschlecht* ( $V = .12$ ,  $F(2,118) = 7.65$ ,  $p < .001$ ,  $\eta_p^2 = .12$ ). Die Effektgröße entsprach einem mittleren Effekt. Univariate Varianzanalysen zeigten, dass Frauen signifikant höhere Werte in der ersten Subskala „*Religiöse Überzeugungen und Praktiken*“ erzielten als Männer ( $F(1,119) = 11.25$ ,  $p < .05$ ,  $\eta_p^2 = .09$ ). Es gab jedoch keinen Geschlechterunterschied in der zweiten Subskala „*soziale Unterstützung in der Glaubensgemeinschaft*“ ( $F(1,119) = 1.23$ ,  $p = .27$ ,  $\eta_p^2 = .01$ ).

Nach der Berechnung der MANOVA zeigte sich kein signifikanter Interaktionseffekt zwischen *Region* und *Geschlecht* ( $V = .01$ ,  $F(2,118) = .23$ ,  $p = .79$ ,  $\eta_p^2 = .01$ ).

Der Kolmogorov Smirnov Test ergab sowohl bei der ersten Generation als auch bei der zweiten Generation für die Subskala „*religiöse Überzeugungen und Praktiken*“ ein signifikantes Ergebnis und bei der Subskala „*soziale Unterstützung in der Glaubensgemeinschaft*“ kein signifikantes Ergebnis. Der Box's Test als auch der Levene's Test waren nicht signifikant.

**Tabelle 5.** Deskriptive Statistiken für religiöse und spirituelle Einstellungen für kroatische ImmigrantInnen nach Generation aufgeteilt (SBI-15R-D)

|                            | Religiöse<br>Überzeugungen und<br>Praktiken | Soziale Unterstützung<br>innerhalb der<br>Glaubensgemeinschaft |
|----------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
|                            | M (SD)                                      | M (SD)                                                         |
| 1.Generation ( $n = 110$ ) |                                             |                                                                |
| Frauen                     | 28.6 (9.3)                                  | 11.5 (4.9)                                                     |
| Männer                     | 30.0 (8.5)                                  | 13.6 (4.8)                                                     |
| Total                      | 29.3 (8.9)                                  | 12.6 (4.9)                                                     |
| 2.Generation ( $n = 40$ )  |                                             |                                                                |
| Frauen                     | 32.4 (7.4)                                  | 13.5 (4.5)                                                     |
| Männer                     | 27.1 (9.5)                                  | 12.4 (5.1)                                                     |
| Total                      | 29.7 (8.8)                                  | 13.1 (4.7)                                                     |

$n$  = Anzahl;  $M$  = Mittelwert;  $SD$  = Standardabweichung

Die multivariate Varianzanalyse zeigte keinen signifikanten Effekt der *Generation* ( $V = .01$ ,  $F(2,145) = .98$ ,  $p = .91$ ,  $\eta_p^2 = .01$ ).

Die multivariate Varianzanalyse zeigte einen signifikanten Effekt für *Geschlecht* ( $V = .06$ ,  $F(2,145) = 4.39$ ,  $p < .001$ ,  $\eta_p^2 = .06$ ). Die Effektstärke entsprach einem kleinen Effekt. Univariate Varianzanalysen zeigten, dass es sowohl in der ersten Subskala „*Religiöse Überzeugungen und Praktiken*“ ( $F(1,146) = 1.65$ ,  $p = .20$ ,  $\eta_p^2 = .01$ ) als auch in der zweiten Subskala „*soziale Unterstützung in der Glaubensgemeinschaft*“ ( $F(1,146) = .26$ ,  $p = .61$ ,  $\eta_p^2 = .01$ ) keine signifikanten Ergebnisse des Geschlechts gab.

Nach der Berechnung der MANOVA zeigte sich kein signifikanter Interaktionseffekt zwischen *Generation* und *Geschlecht* ( $V = .03$ ,  $F(2,145) = 2.3$ ,  $p = .10$ ,  $\eta_p^2 = .03$ ).

### 3.5.1.2. Kirchgang

Zur Berechnung Religiosität anhand Variable Kirchgang wurden zweifaktorielle Varianzanalysen durchgeführt. Als unabhängige Variablen wurden *Kultur* (bzw. *Region*, *Generation*) und *Geschlecht* und als abhängige Variable der *Kirchgang* herangezogen. Die Mittelwerte und Standardabweichungen der Variable werden in den Tabellen 6, 7 und 8 dargestellt.

Der Kolmogorov-Smirnov Test ergab in beiden Kulturgruppen signifikante Ergebnisse. Der Levene's Test war nicht signifikant.

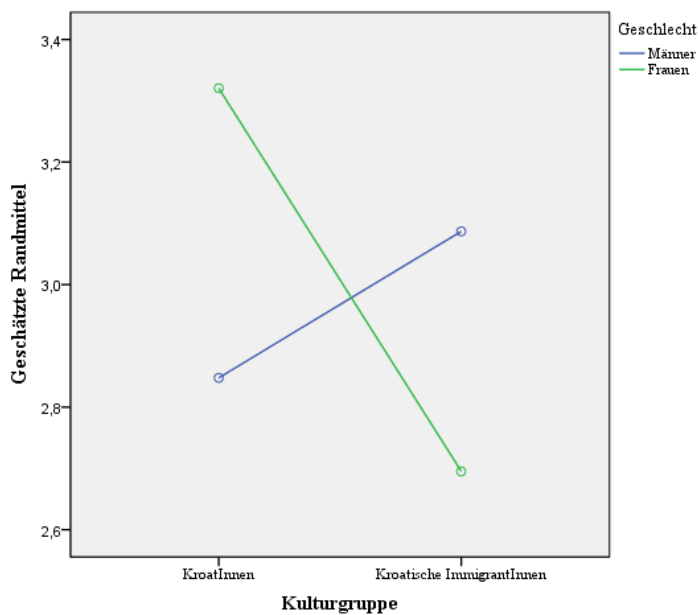
**Tabelle 6.** Deskriptive Statistik des Kirchgangs für kroatische ImmigrantInnen und KroatInnen

|                                         | Kirchgang<br><i>M (SD)</i> |
|-----------------------------------------|----------------------------|
| Küstengebiet<br>( <i>n</i> = 60)        |                            |
| Frauen                                  | 2.7 (1.9)                  |
| Männer                                  | 3.1 (1.6)                  |
| Total                                   | 2.9 (1.7)                  |
| Kontinentalkroatien<br>( <i>n</i> = 64) |                            |
| Frauen                                  | 3.3 (1.8)                  |
| Männer                                  | 2.9 (1.7)                  |
| Total                                   | 3.2 (1.8)                  |

*n* = Anzahl; *M* = Mittelwert; *SD* = Standardabweichung

Es gab keinen signifikanten Effekt der *Kultur* ( $F(1,271) = .80$ ,  $p = .38$ ,  $\eta_p^2 = .01$ ) und auch keinen signifikanten Effekt des *Geschlechts* ( $F(1,271) = .04$ ,  $p = .85$ ,  $\eta_p^2 = .01$ ).

Jedoch zeigte sich ein Effekt der Interaktion zwischen *Kultur* und *Geschlecht* ( $F(1,271) = 4.01$ ,  $p < .001$ ,  $\eta_p^2 = .01$ ). Die Effektgröße entsprach einem kleinen Effekt. In Kroatien gaben die Frauen an, häufiger in die Kirche zugehen, bei ImmigrantInnen hingegen die Männer (siehe Abb.1).



**Abbildung 1.** Geschätztes Randmittel von Kirchgang für kroatische ImmigrantInnen und KroatInnen.

Der Kolmogorov-Smirnov Test ergab in beiden Regionen signifikante Ergebnisse. Der Levene's Test war nicht signifikant.

**Tabelle 7.** Deskriptive Statistik des Kirchgangs für KroatInnen nach Region aufgeteilt

|                                         | Kirchgang<br><i>M (SD)</i> |
|-----------------------------------------|----------------------------|
| Küstengebiet<br>( <i>n</i> = 60)        |                            |
| Frauen                                  | 3.7 (1.7)                  |
| Männer                                  | 3.3 (1.9)                  |
| Total                                   | 3.5 (1.8)                  |
| Kontinentalkroatien<br>( <i>n</i> = 64) |                            |
| Frauen                                  | 2.9 (1.7)                  |
| Männer                                  | 2.5 (1.7)                  |
| Total                                   | 2.8 (1.7)                  |

*n* = Anzahl; *M* = Mittelwert; *SD* = Standardabweichung

Es gab einen signifikanten Effekt der *Region* ( $F(1,120) = 4.6, p < .001, \eta_p^2 = .04$ ).

Die Effektstärke entsprach einem kleinen Effekt. Post Hoc Tests zeigten, dass Personen aus dem Küstengebiet häufiger in die Kirche gehen als Personen aus Kontinentalkroatien.

Es gab keinen signifikanten Effekt des *Geschlechts* ( $F(1,120) = 1.65, p = .20, \eta_p^2 = .01$ ) und auch der Effekt der Interaktion zwischen *Region* und *Geschlecht* war nicht signifikant ( $F(1,120) = .03, p = .96, \eta_p^2 = .01$ ).

Der Kolmogorov-Smirnov Test ergab bei beiden Generationen signifikante Ergebnisse. Der Levene's Test war nicht signifikant.

**Tabelle 8.** Deskriptive Statistik des Kirchgangs für kroatische ImmigrantInnen nach Generation aufgeteilt

|                               | Kirchgang<br><i>M (SD)</i> |
|-------------------------------|----------------------------|
| 1.Generation ( <i>n</i> = 60) |                            |
| Frauen                        | 2.5 (1.9)                  |
| Männer                        | 3.0 (1.6)                  |
| Total                         | 2.8 (1.8)                  |
| 2.Generation ( <i>n</i> = 64) |                            |
| Frauen                        | 3.2 (1.6)                  |
| Männer                        | 3.3 (1.5)                  |
| Total                         | 3.2 (1.5)                  |

*n* = Anzahl; *M* = Mittelwert; *SD* = Standardabweichung

Es gab keinen signifikanten Effekt der *Generation* ( $F(1,147) = 1.89, p = .17, \eta_p^2 = .01$ ) und keinen signifikant Effekt des *Geschlechts* ( $F(1,147) = .99, p = .32, \eta_p^2 = .01$ ) ebenfalls war der Effekt der Interaktion zwischen *Generation* und *Geschlecht* nicht signifikant ( $F(1,147) = 1.35, p = .53, \eta_p^2 = .01$ ).

### 3.5.2. Einstellungen zu Suizid

Bei der zweiten Hypothese ging es um die Einstellung zu Suizid an sich: „KroatInnen aus Kroatien haben eine negativere Einstellung gegenüber Suizid als kroatische ImmigrantInnen aus Österreich“ und Hypothese 2a: „Die Stichprobe aus

Wien weist einen Unterschied zwischen den Generationen bezüglich der Einstellung gegenüber Suizid auf“ sowie Hypothese 2b: „KroatInnen, die in der mediterranen Region Kroatiens leben, haben eine negativere Einstellung gegenüber Suizid als KroatInnen, die im kontinentalen Bereich Kroatiens beheimatet sind.“ Die Überprüfung dieser Hypothesen erfolgte anhand von MANOVAs mit den Faktoren *Kultur* und *Geschlecht*. Die abhängigen Variablen waren die sieben Subskalen der ATTS („*Glaube an die Bestrafung nach dem Tod*“, „*Akzeptanz von Suizid*“, „*Suizid als Zeichen psychischer Krankheit*“, „*Mitteilung psychischer Probleme*“, „*Verheimlichen von suizidalen Verhalten*“, „*Suizid als Lösung*“ und „*Offene Berichterstattung von Suizid*“). Berechnete Mittelwerte und Standardabweichungen der Subskalen werden in den Tabellen 9, 10 und 11 dargestellt.

Der Kolmogorov Smirnov Test ergab in allen sieben Gruppen signifikante Ergebnisse. Der Box's Test als auch der Levene's Test waren nicht signifikant.

**Tabelle 9.** Deskriptive Statistik der Einstellung zu Suizid für kroatische ImmigrantInnen und KroatInnen (ATTS)

|                                          | Kroatische ImmigrantInnen<br>(n = 150) |              |              | KroatInnen<br>(n = 123) |              |              |
|------------------------------------------|----------------------------------------|--------------|--------------|-------------------------|--------------|--------------|
|                                          | Frauen                                 | Männer       | Total        | Frauen                  | Männer       | Total        |
|                                          | M<br>(SD)                              | M<br>(SD)    | M<br>(SD)    | M<br>(SD)               | M<br>(SD)    | M<br>(SD)    |
| Bestrafung nach dem Tod                  | 2.7<br>(1.2)                           | 3.0<br>(1.1) | 2.8<br>(1.2) | 2.6<br>(1.2)            | 2.4<br>(1.0) | 2.5<br>(1.1) |
| Akzeptanz von Suizid                     | 2.2<br>(1.0)                           | 2.3<br>(1.1) | 2.2<br>(1.1) | 1.8<br>(0.9)            | 2.0<br>(1.0) | 1.9<br>(0.9) |
| Suizid als Zeichen psychischer Krankheit | 3.7<br>(1.1)                           | 3.5<br>(1.1) | 3.6<br>(1.1) | 3.3<br>(1.2)            | 3.4<br>(1.2) | 3.3<br>(1.1) |
| Mitteilung psychischer Probleme          | 4.2<br>(0.9)                           | 4.2<br>(0.8) | 4.2<br>(0.9) | 4.5<br>(0.6)            | 4.4<br>(0.8) | 4.5<br>(0.7) |
| Verheimlichen von suizidalen Verhalten   | 2.4<br>(1.1)                           | 2.6<br>(1.2) | 2.5<br>(1.2) | 1.9<br>(1.2)            | 1.7<br>(0.9) | 1.8<br>(1.1) |
| Suizid als Lösung                        | 7.7<br>(2.4)                           | 8.1<br>(2.3) | 7.9<br>(2.4) | 7.9<br>(2.2)            | 8.0<br>(1.9) | 7.9<br>(2.1) |
| offene Berichterstattung von Suizid      | 3.8<br>(1.1)                           | 3.5<br>(1.1) | 3.6<br>(1.1) | 4.1<br>(0.9)            | 4.0<br>(1.0) | 4.1<br>(1.0) |

n = Anzahl; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung

Die MANOVA zeigte einen signifikanten Haupteffekt der *Kultur* ( $V = .15$ ,  $F(7,263) = 6.86$ ,  $p < .001$ ,  $\eta_p^2 = .15$ ). Die Effektstärke entsprach einem großen Effekt. Separate univariate ANOVA's zeigten auf fünf Subskalen signifikante Unterschiede zwischen den zwei Kulturgruppen. Sowohl in der Subskala „*Mitteilung von psychischen Problemen*“ ( $F(1,269) = 6.73$ ,  $p < .05$ ,  $\eta_p^2 = .02$ ) als auch in der Subskala „*offene Berichterstattung von Suizid*“ ( $F(1,269) = 12.84$ ,  $p < .05$ ,  $\eta_p^2 = .05$ ) hatten KroatInnen höhere Werte als kroatische ImmigrantInnen. In den Subskalen „*Glaube an die Bestrafung nach dem Tod*“ ( $F(1,269) = 5.90$ ,  $p < .05$ ,  $\eta_p^2 = .02$ ), „*Akzeptanz von Suizid*“ ( $F(1,269) = 7.18$ ,  $p < .05$ ,  $\eta_p^2 = .03$ ) und „*Verheimlichen von suizidalem Verhalten*“

( $F(1,269) = 26.34, p < .05, \eta_p^2 = .09$ ) hatten die kroatischen ImmigrantInnen höhere Werte als KroatInnen.

Die MANOVA zeigte aber keinen signifikanten Effekt des *Geschlechts* ( $V = .02, F(7,263) = .74, p = .64, \eta_p^2 = .02$ ) und auch keinen signifikanten Interaktionseffekt zwischen *Kultur* und *Geschlecht* ( $V = .04, F(7,263) = 1.42, p = .20, \eta_p^2 = .04$ ).

Der Kolmogorov Smirnov Test ergab in allen sieben Gruppen signifikante Ergebnisse. Der Box's Test als auch der Levene's Test waren nicht signifikant.

**Tabelle 10.** Deskriptive Statistik der Einstellung zu Suizid für KroatInnen nach Region aufgeteilt (ATTS)

|                                          | Küstengebiet<br>( $n = 60$ ) |                 |                 | Kontinentalkroatien<br>( $n = 63$ ) |                 |                 |
|------------------------------------------|------------------------------|-----------------|-----------------|-------------------------------------|-----------------|-----------------|
|                                          | Frauen                       | Männer          | Total           | Frauen                              | Männer          | Total           |
|                                          | $M$<br>( $SD$ )              | $M$<br>( $SD$ ) | $M$<br>( $SD$ ) | $M$<br>( $SD$ )                     | $M$<br>( $SD$ ) | $M$<br>( $SD$ ) |
| Bestrafung nach dem Tod                  | 2.9<br>(1.2)                 | 2.5<br>(1.0)    | 2.8<br>(1.2)    | 2.4<br>(1.1)                        | 2.3<br>(1.0)    | 2.4<br>(1.0)    |
| Akzeptanz von Suizid                     | 1.6<br>(0.7)                 | 1.8<br>(1.0)    | 1.7<br>(0.8)    | 2.0<br>(1.0)                        | 2.1<br>(1.0)    | 2.0<br>(1.0)    |
| Suizid als Zeichen psychischer Krankheit | 3.4<br>(1.1)                 | 3.6<br>(1.0)    | 3.2<br>(1.1)    | 3.2<br>(1.0)                        | 3.2<br>(1.3)    | 3.2<br>(1.1)    |
| Mitteilung psychischer Probleme          | 4.5<br>(0.6)                 | 4.4<br>(1.1)    | 4.4<br>(0.8)    | 4.5<br>(0.6)                        | 4.5<br>(0.6)    | 4.5<br>(0.6)    |
| Verheimlichen von suizidalen Verhalten   | 2.1<br>(1.2)                 | 1.7<br>(0.9)    | 1.9<br>(1.1)    | 1.8<br>(1.2)                        | 1.6<br>(0.8)    | 1.7<br>(1.1)    |
| Suizid als Lösung                        | 7.4<br>(2.0)                 | 7.4<br>(1.6)    | 7.4<br>(1.8)    | 8.3<br>(2.5)                        | 8.4<br>(2.1)    | 8.4<br>(2.3)    |
| offene Berichterstattung von Suizid      | 4.1<br>(0.8)                 | 4.1<br>(0.9)    | 4.1<br>(0.9)    | 4.2<br>(1.0)                        | 3.9<br>(1.1)    | 4.1<br>(1.0)    |

$n$  = Anzahl;  $M$  = Mittelwert;  $SD$  = Standardabweichung

Die MANOVA zeigte keinen signifikanten Haupteffekt der *Region* ( $V = .08, F(7,113) = 1.34, p = .24, \eta_p^2 = .08$ ) sowie auch keinen signifikanten Haupteffekt des *Geschlechts* ( $V = .05, F(7,113) = .82, p = .57, \eta_p^2 = .05$ ) und keinen signifikanten

Interaktionseffekt zwischen *Region* und *Geschlecht* ( $V = .02$ ,  $F(7,113) = .32$ ,  $p = .94$ ,  $\eta_p^2 = .02$ ).

Der Kolmogorov Smirnov Test ergab bei der ersten Generation in allen sieben Gruppen signifikante Ergebnisse, bei der zweiten Generation waren die Subskalen „*Glaube an die Bestrafung nach dem Tod*“, „*Akzeptanz von Suizid*“ und „*offene Berichterstattung von Suizid*“ nicht signifikant, die restlichen vier Subskalen hingegen waren signifikant. Der Box's Test war signifikant und der Levene's Test war nicht signifikant.

**Tabelle 11.** Deskriptive Statistik der Einstellung zu Suizid für kroatische ImmigrantInnen nach Generation aufgeteilt (ATTs)

|                                          | 1.Generation<br>( $n = 110$ ) |                           |                           | 2.Generation<br>( $n = 40$ ) |                           |                           |
|------------------------------------------|-------------------------------|---------------------------|---------------------------|------------------------------|---------------------------|---------------------------|
|                                          | Frauen                        | Männer                    | Total                     | Frauen                       | Männer                    | Total                     |
|                                          | <i>M</i><br>( <i>SD</i> )     | <i>M</i><br>( <i>SD</i> ) | <i>M</i><br>( <i>SD</i> ) | <i>M</i><br>( <i>SD</i> )    | <i>M</i><br>( <i>SD</i> ) | <i>M</i><br>( <i>SD</i> ) |
| Bestrafung nach dem Tod                  | 2.5<br>(1.1)                  | 2.9<br>(1.1)              | 2.7<br>(1.2)              | 3.1<br>(1.2)                 | 3.4<br>(1.2)              | 3.2<br>(1.2)              |
| Akzeptanz von Suizid                     | 2.2<br>(1.0)                  | 2.2<br>(1.1)              | 2.2<br>(1.1)              | 2.2<br>(0.9)                 | 2.3<br>(1.3)              | 2.2<br>(1.1)              |
| Suizid als Zeichen psychischer Krankheit | 3.7<br>(1.2)                  | 3.4<br>(1.1)              | 3.5<br>(1.2)              | 3.8<br>(1.1)                 | 3.9<br>(1.1)              | 3.9<br>(1.1)              |
| Mitteilung psychischer Probleme          | 4.2<br>(0.9)                  | 4.3<br>(0.7)              | 4.3<br>(0.8)              | 4.2<br>(0.9)                 | 3.6<br>(1.2)              | 3.9<br>(0.9)              |
| Verheimlichen von suizidalen Verhalten   | 2.3<br>(1.1)                  | 2.6<br>(1.2)              | 2.4<br>(1.2)              | 2.7<br>(1.1)                 | 2.6<br>(1.2)              | 2.7<br>(1.1)              |
| Suizid als Lösung                        | 7.8<br>(2.6)                  | 8.0<br>(2.2)              | 7.9<br>(2.4)              | 7.4<br>(1.9)                 | 8.1<br>(2.8)              | 7.7<br>(2.3)              |
| offene Berichterstattung von Suizid      | 3.9<br>(1.1)                  | 3.6<br>(1.1)              | 3.7<br>(1.1)              | 3.5<br>(1.0)                 | 3.1<br>(1.2)              | 3.3<br>(1.1)              |

$n$  = Anzahl;  $M$  = Mittelwert;  $SD$  = Standardabweichung

Die MANOVA zeigte einen signifikanten Haupteffekt der *Generation* ( $V = .11$ ,  $F(7,140) = 2.38$ ,  $p < .001$ ,  $\eta_p^2 = .11$ ). Die Effektstärke entsprach einem mittleren Effekt. Separate univariate ANOVA's zeigten auf drei Subskalen signifikante Unterschiede

zwischen den zwei Kulturgruppen. Sowohl in der Subskala „*Mitteilung von psychischen Problemen*“ ( $F(1,146) = 6.68, p < .05, \eta_p^2 = .04$ ) als auch in der Subskala „*offene Berichterstattung von Suizid*“ ( $F(1,146) = 4.95, p < .05, \eta_p^2 = .03$ ) hatten kroatische ImmigrantInnen der ersten Generation höhere Werte als kroatische ImmigrantInnen der zweiten Generation. In den Subskalen „*Glaube an die Bestrafung nach dem Tod*“ ( $F(1,146) = 6.09, p < .05, \eta_p^2 = .04$ ) hatten kroatische ImmigrantInnen der zweiten Generation höhere Werte als kroatische ImmigrantInnen der ersten Generation.

Die MANOVA zeigte dagegen keinen signifikanten Effekt des *Geschlechts* ( $V = .08, F(7,140) = 1.64, p = .13, \eta_p^2 = .08$ ) und auch keinen signifikanten Interaktionseffekt zwischen *Generation* und *Geschlecht* ( $V = .08, F(7,140) = 1.73, p = .11, \eta_p^2 = .08$ ).

### 3.5.3. Einstellung gegenüber einem suizidgefährdeten Freund

Die Hypothese 3: „*KroatInnen haben eine positiver Einstellung gegenüber einem suizidgefährdeten Freund als kroatische ImmigrantInnen*“ wurde mit Hilfe einer MANOVA über die Faktoren *Kultur* und *Geschlecht* berechnet. Die abhängigen Variablen waren die fünf Subskalen der RISF („*soziale Akzeptanz*“, „*emotionale Beteiligung*“, „*Hilfe für den Suizidgefährdeten Freund*“, „*Abneigung gegenüber der Bekanntgabe der Suizidgefährdung*“ und „*genaues Ermitteln des suizidalen Verhaltens*“). Berechnete Mittelwerte und Standardabweichungen der Subskalen werden in der Tabelle 12 angegeben.

Der Kolmogorov Smirnov Test ergab bei den KroatInnen in allen fünf Subskalen signifikante Ergebnisse, bei den kroatischen ImmigrantInnen war die Subskala „*emotionale Beteiligung*“ signifikant, alle anderen Subskalen waren ebenfalls nicht signifikant. Der Box's Test war signifikant und der Levene's Test war nicht signifikant.

**Tabelle 12.** Deskriptive Statistik über das Verhalten gegenüber einem imaginären suizidgefährdeten Freund (RISF)

|                                                            | Kroatische<br>ImmigrantInnen<br>(n = 151) |              |              | KroatInnen<br>(n = 124) |              |              |
|------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|--------------|--------------|-------------------------|--------------|--------------|
|                                                            | Frauen                                    | Männer       | Total        | Frauen                  | Männer       | Total        |
|                                                            | M<br>(SD)                                 | M<br>(SD)    | M<br>(SD)    | M<br>(SD)               | M<br>(SD)    | M<br>(SD)    |
| soziale Akzeptanz                                          | 3.9<br>(0.9)                              | 3.8<br>(0.9) | 3.9<br>(0.9) | 4.3<br>(0.7)            | 3.9<br>(0.8) | 4.2<br>(0.8) |
| emotionale Beteiligung                                     | 2.6<br>(0.9)                              | 2.9<br>(0.9) | 2.7<br>(0.9) | 2.6<br>(0.9)            | 2.7<br>(0.8) | 2.6<br>(0.9) |
| Hilfe für den<br>suizidgefährdeten<br>Freund               | 4.2<br>(0.7)                              | 4.1<br>(0.8) | 4.2<br>(0.8) | 4.4<br>(0.8)            | 4.4<br>(0.5) | 4.4<br>(0.7) |
| Abneigung gegenüber<br>Bekanntgabe der<br>Suizidgefährdung | 2.4<br>(1.1)                              | 3.4<br>(1.1) | 3.4<br>(1.1) | 3.2<br>(1.1)            | 3.3<br>(1.1) | 3.2<br>(1.1) |
| Genaues Ermitteln des<br>suizidalen Verhaltens             | 4.1<br>(0.9)                              | 4.1<br>(1.0) | 4.1<br>(0.9) | 4.1<br>(1.0)            | 4.2<br>(0.7) | 4.1<br>(0.9) |

n = Anzahl; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung

Die MANOVA zeigte einen signifikanten Effekt der *Kultur* ( $V = .05$ ,  $F(5,267) = 2.74$ ,  $p < .001$ ,  $\eta_p^2 = .05$ ). Die Effektstärke entsprach einem kleinen Effekt. Separate univariate ANOVA's zeigten auf zwei Subskalen signifikante Unterschiede zwischen den zwei Kulturgruppen. Sowohl in der Subskala „soziale Akzeptanz“ ( $F(1,271) = 5.85$ ,  $p < .001$ ,  $\eta_p^2 = .02$ ) als auch in der Subskala „Hilfe für den suizidgefährdeten Freund“ ( $F(1,271) = 6.95$ ,  $p < .001$ ,  $\eta_p^2 = .03$ ) hatten KroatInnen höhere Werte als kroatische ImmigrantInnen.

Die MANOVA zeigte auch einen signifikanten Effekt des *Geschlechts* ( $V = .04$ ,  $F(5,267) = 2.35$ ,  $p < .001$ ,  $\eta_p^2 = .04$ ). Dies entsprach einer kleinen Effektgröße. Univariate Varianzanalysen zeigten einen signifikanten Effekt bei zwei Subskalen. Auf der Subskala „soziale Akzeptanz“ ( $F(1,271) = 5.61$ ,  $p < .001$ ,  $\eta_p^2 = .02$ ) erzielten Frauen höhere Werte als Männer und auf der Subskala „emotionale Beteiligung“ ( $F(1,271) = 4.72$ ,  $p < .001$ ,  $\eta_p^2 = .02$ ) hatten Männer höhere Werte als Frauen.

Nach der Berechnung der MANOVA zeigte sich kein signifikanter Interaktionseffekt zwischen *Kultur* und *Geschlecht* ( $V = .01$ ,  $F(5,267) = .73$ ,  $p = .60$ ,  $\eta_p^2 = .01$ ).

### 3.5.4. Ursachen für Suizid

Hypothese 4: „KroatInnen weisen höhere Werte auf der intrapsychischen Subskala des Suizids auf als kroatische ImmigrantInnen“ und Hypothese 4a: „Frauen haben höhere Werte auf der Subskala intrapsychische Ursachen für Suizid.“ Um diese Hypothesen zu verifizieren, wurde eine MANOVA mit den Faktoren *Kultur* und *Geschlecht* durchgeführt. Die abhängigen Variablen waren die drei Subskalen der ACCS („intrapsychische Ursachen“, „interpersonelle Ursachen“ und „soziale Ursachen“). Berechnete Mittelwerte und Standardabweichungen werden in Tabelle 13 dargestellt.

Der Kolmogorov Smirnov Test ergab für die Subskalen „intrapsychische Ursachen“ und „interpersonelle Ursachen“ für die KroatInnen nicht signifikante Ergebnisse und in der Subskala „soziale Ursachen“ ein nicht signifikantes Ergebnis. Bei der Kulturgruppe der kroatischen ImmigrantInnen hingegen waren die beiden Subskalen „intrapsychische Ursachen“ und „interpersonelle Ursachen“ signifikant und die Subskala „soziale Ursachen“ nicht signifikant. Der Box’s Test als auch der Levene’s Test waren nicht signifikant.

**Tabelle 13.** Deskriptive Statistik für den Glauben an die Ursachen für Suizid (ACCS)

|                          | Kroatische ImmigrantInnen<br>(n = 151) |               |               | KroatInnen<br>(n = 124) |               |               |
|--------------------------|----------------------------------------|---------------|---------------|-------------------------|---------------|---------------|
|                          | Frauen                                 | Männer        | Total         | Frauen                  | Männer        | Total         |
|                          | M<br>(SD)                              | M<br>(SD)     | M<br>(SD)     | M<br>(SD)               | M<br>(SD)     | M<br>(SD)     |
| Intrapsychische Ursachen | 0.6<br>(1.1)                           | 0.2<br>(1.2)  | 0.43<br>(1.2) | 0.6<br>(1.2)            | 0.5<br>(0.9)  | 0.6<br>(1.1)  |
| Intrapersonelle Ursachen | 2.9<br>(0.8)                           | 2.9<br>(0.7)  | 2.9<br>(0.7)  | 2.6<br>(0.7)            | 2.7<br>(0.7)  | 2.7<br>(0.7)  |
| Soziale Ursachen         | -0.2<br>(1.1)                          | -0.3<br>(1.0) | -0.2<br>(1.0) | -0.3<br>(0.9)           | -0.1<br>(0.7) | -0.2<br>(0.9) |

n = Anzahl; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung

Pillai’s Trace zeigte einen signifikanten Haupteffekt der *Kultur* ( $V = .05$ ,  $F(3,269) = 4.71$ ,  $p < .001$ ,  $\eta_p^2 = .05$ ). Die Effektgröße entsprach einem kleinen Effekt. Separate univariate ANOVA’s zeigten signifikante Ergebnisse bei der Subskala „interpersonelle Ursachen“ ( $F(1,271) = 9.96$ ,  $p < .05$ ,  $\eta_p^2 = .04$ ). Hier wiesen die kroatischen ImmigrantInnen höhere Werte auf als KroatInnen. Die Subskala

„intrapyschische Ursachen“ hingegen zeigte keine signifikanten Ergebnisse ( $F(1,271) = 1.13, p = .29, \eta_p^2 = .01$ ) sowie die Subskala „soziale Ursachen“ ( $F(1,271) = 0.02, p = .89, \eta_p^2 = .01$ ). Kroatische ImmigrantInnen und KroatInnen hatten ähnliche Werte.

Pillai's Trace zeigte keinen signifikanten Haupteffekt des *Geschlechts* ( $V = .02, F(3,269) = 1.65, p = .18, \eta_p^2 = .02$ ).

Auch zeigte das Pillai's Trace keinen signifikanten Effekt der Interaktion zwischen *Kultur* und *Geschlecht* ( $V = .01, F(3,269) = 0.58, p = .63, \eta_p^2 = .01$ ).

### 3.5.5. Glaube an genetische Ursachen von Suizid

Hypothese 5: „Sowohl KroatInnen als auch kroatische ImmigrantInnen erzielen ähnliche Ergebnisse im Glauben an den Einfluss von genetischen Faktoren.“ Diese Hypothese wurde mittels einer zweifaktoriellen ANOVA berechnet. Tabelle 14 stellt die Mittelwerte und Standardabweichungen dar.

Der Kolmogorov Smirnov Test ergab in den beiden Kulturgruppen signifikante Ergebnisse. Der Levene's Test war nicht signifikant.

**Tabelle 14.** Deskriptive Statistik für den Glauben an den Einfluss genetischer Faktoren auf Suizid (BIRFSS)

|        | Kroatische<br>ImmigrantInnen<br>( $n = 151$ ) | KroatInnen<br>( $n = 124$ ) |
|--------|-----------------------------------------------|-----------------------------|
|        | $M (SD)$                                      | $M (SD)$                    |
| Frauen | 10.3 (3.4)                                    | 11.1 (3.7)                  |
| Männer | 10.9 (3.4)                                    | 10.4 (4.4)                  |
| Total  | 10.6 (3.5)                                    | 10.9 (3.9)                  |

$n$  = Anzahl;  $M$  = Mittelwert;  $SD$  = Standardabweichung

Die zweifaktorielle Varianzanalyse ergab keinen signifikanten Haupteffekt der *Kultur* ( $F(1,271) = .07, p = .79, \eta_p^2 = .01$ ) sowie auch keinen signifikanten Haupteffekt des *Geschlechts* ( $F(1,271) = .01, p = .97, \eta_p^2 = .01$ ) und keinen signifikanten Interaktionseffekt zwischen *Kultur* und *Geschlecht* ( $F(1,271) = 2.17, p = .14, \eta_p^2 = .01$ ).

### 3.5.6. Bereitschaft zur Inanspruchnahme von professioneller psychologischer Hilfe

Hypothese 6: „KroatInnen weisen eine niedrigere Bereitschaft auf, professionelle psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen als kroatische ImmigrantInnen.“ Auch diese Hypothese wurde anhand einer zweifaktoriellen ANOVA berechnet. Die Mittelwerte und die Standardabweichungen sind in der Tabelle 15 dargestellt.

Der Kolmogorov Smirnov Test ergab bei den KroatInnen ein signifikantes Ergebnis und bei den kroatischen ImmigrantInnen ein nicht signifikantes Ergebnis. Der Levene's Test war signifikant:

**Tabelle 15.** Deskriptive Statistik der Bereitschaft professionelle psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen (ATSPPH-SF)

|        | Kroatische ImmigrantInnen<br>( <i>n</i> = 52) | KroatInnen<br>( <i>n</i> = 141) |
|--------|-----------------------------------------------|---------------------------------|
|        | <i>M</i> ( <i>SD</i> )                        | <i>M</i> ( <i>SD</i> )          |
| Frauen | 25.1 (3.6)                                    | 26.3 (3.8)                      |
| Männer | 23.4 (4.9)                                    | 25.2 (4.5)                      |
| Total  | 24.3 (4.3)                                    | 25.9 (4.1)                      |

*n* = Anzahl; *M* = Mittelwert; *SD* = Standardabweichung

Die zweifaktorielle Varianzanalyse ergab einen signifikanten Haupteffekt der *Kultur* ( $F(1,269) = 8.55, p < .001, \eta_p^2 = .03$ ). Die Effektstärke entspricht einem kleinen Effekt. Post Hoc Tests zeigten, dass KroatInnen im Vergleich zu kroatischen ImmigrantInnen signifikant höhere Werte erzielten.

Auch der Haupteffekt des *Geschlechts* ( $F(1,269) = 7.14, p < .001, \eta_p^2 = .03$ ) war signifikant. Die Effektstärke entspricht einem kleinen Effekt. Post Hoc Tests zeigten, dass Frauen höhere Werte als Männer erzielten.

Es gab keinen signifikanten Interaktionseffekt zwischen *Kultur* und *Geschlecht* ( $F(1,269) = .38, p = .53, \eta_p^2 = .01$ ).

# Diskussion



Da interkulturelle Studien zu einem besseren Verständnis und zur Klärung der unterschiedlichen Suizidrate der verschiedenen Länder beitragen sollen, lautete das vorrangige Ziel dieser Studie eine Gegenüberstellung der KroatInnen aus Kroatien und kroatischen ImmigrantInnen aus Österreich in Bezug auf ihre Religiosität, ihre Einstellungen zum Suizid und einer suizidgefährdeten Person, sowie zur Inanspruchnahme professioneller psychologischer Hilfe als auch bezüglich ihrer subjektiven Theorien über die Ursachen von Suizid. Einige Studien zeigten, dass Länder, in denen religiöse Praktiken intensiver gelebt werden, geringere Suizidraten aufweisen. In dieser Arbeit wurde angenommen, dass kroatische ImmigrantInnen in Österreich anderen kulturellen Einflüssen ausgesetzt sind als in ihrem Heimatland, was vermutlich zu einer Veränderung der Religiosität und somit ihrer persönlichen Einstellung führt. Im Folgenden werden die Ergebnisse zu den aufgestellten Hypothesen nacheinander diskutiert.

#### **4.1. Religiosität**

Mehrere Studien haben gezeigt, dass Religiosität und Kirchgang präventive Faktoren gegen Suizid sein können und dass in religiösen Ländern die Suizidraten geringer sind als in säkularen Ländern (Eskin, 2004; Stack, 1983; Stack & Lester, 1991; Neeleman et al., 1997; Sisak et al., 2010; Stack & Kposowa, 2011). Neeleman und Lewis (1999) wiesen nach, dass das Geschlecht einen Einfluss auf die Religiosität und somit auch auf die Suizidalität hat. Um diese Unterschiede zwischen den Kulturgruppen zu überprüfen, wurde die erste Hypothese wie folgt formuliert: *„In Kroatien lebende KroatInnen sind religiöser und gehen häufiger in die Kirche als in Österreich lebende KroatInnen.“* Und über die Kulturgruppen hinweg: *„Frauen sind religiöser als Männer.“* Zusätzlich wurden die regionalen Unterschiede innerhalb Kroatiens berücksichtigt sowie ein denkbarer Unterschied zwischen den Generationen: *„KroatInnen, die in der mediterranen Region leben, sind religiöser als KroatInnen, die im kontinentalen Bereich Kroatiens beheimatet sind“* und: *„Die Stichprobe aus Wien weist einen Unterschied zwischen den Generationen bezüglich der Religiosität auf.“*

Hypothese 1 konnte bezüglich der Religiosität der Kulturgruppen nicht bestätigt werden. Es gab keinen Unterschied zwischen den in Österreich lebenden KroatInnen und in Kroatien lebenden KroatInnen und auch keinen Unterschied zwischen den Regionen innerhalb Kroatiens sowie keinen Unterschied zwischen der ersten und

zweiten Generation. Jedoch hatten Frauen im Hinblick auf religiöse Überzeugungen und Praktiken höhere Werte als Männer. Frauen gaben signifikant häufiger an, sich im Alltag oder während einer Krise durch Gebete an Gott zu wenden. Dieses Resultat stimmt mit den Untersuchungsergebnissen von Neeleman und Lewis (1999) überein, die in ihrer Studie bewiesen haben, dass Frauen generell religiöser sind als Männer.

In Bezug auf die Häufigkeit des Kirchgangs konnte eine signifikante Wechselwirkung zwischen Kultur und Geschlecht nachgewiesen werden, bei kroatischen ImmigrantInnen gaben nämlich die Männer an, häufiger in die Kirche zu gehen und bei KroatInnen die Frauen. Außerdem wurde in dieser Studie festgestellt, dass Menschen, die im Küstengebiet Kroatiens beheimatet sind, häufiger in die Kirche gehen als Menschen, die in Kontinentalkroatien leben. Dieses Ergebnis unterstützt die Studie von Kalovic et al. (2005), die behaupteten, dass Menschen aus dem Küstengebiet eine engere Bindung an die katholische Kirche haben.

#### **4.2. Einstellungen zu Suizid**

Basierend auf den Annahmen, dass Religiosität einen negativen Einfluss auf die Einstellung gegenüber Suizid hat (Eskin, 1995, 1996, 1999; Stack & Kposowa, 2011), wurde die zweite Hypothese folgendermaßen formuliert: *„KroatInnen aus Kroatien haben eine negativere Einstellung gegenüber Suizid als kroatische ImmigrantInnen aus Österreich.“* Zusätzliche Hypothesen lauteten: *„Die Stichprobe aus Wien weist einen Unterschied zwischen den Generationen bezüglich der Einstellung gegenüber Suizid auf“* und *„KroatInnen, die in der mediterranen Region Kroatiens leben, haben eine negativere Einstellung gegenüber Suizid als KroatInnen, die im kontinentalen Bereich Kroatiens beheimatet sind.“*

Zwischen den Kulturgruppen wurden Unterschiede hinsichtlich einiger Faktoren nachgewiesen. Kroatische ImmigrantInnen glaubten eher an die Bestrafung nach dem Tod und waren der Meinung, dass suizidales Verhalten verheimlicht werden soll, aber sie zeigten eine liberalere Einstellung gegenüber Suizid als KroatInnen aus Kroatien. Dieses Ergebnis bestätigt die Stigma-Hypothese von Eskin (1995) nur zum Teil, diese besagt, dass in einer liberalen Gesellschaft Suizid eher akzeptiert wird. Es konnte aber kein Unterschied zwischen den Regionen innerhalb Kroatien nachgewiesen werden, jedoch gab es signifikante Unterschiede bei den kroatischen ImmigrantInnen zwischen der ersten und zweiten Generation. Kroatische ImmigrantInnen der ersten Generation glaubten mehr an die Bestrafung nach dem Tod als die der zweiten Generation, die

männlichen kroatischen ImmigrantInnen gaben auch an, häufiger in die Kirche zu gehen. Dieses Ergebnis ist vergleichbar mit den Ergebnissen von österreichischen und türkischen StudentInnen (Eskin et al., 2011), türkische StudentInnen, die ebenso religiöser waren als die österreichischen StudentInnen glaubten stärker an die Bestrafung nach dem Tod. Die zweite Generation hingegen äußerte den Wunsch in der Gesellschaft offener über das Thema zu sprechen.

#### **4.3. Einstellungen zu einem suizidgefährdeten Freund**

In Anlehnung an die Stigma-Hypothese von Eskin (1995), die des Weiteren besagt, dass in Kulturen, in denen eine negative Einstellung zu suizidalem Verhalten betrachtet werden kann, gleichzeitig eine positivere Einstellung zu einem suizidgefährdeten Freund aufweisen, wurde die dritte Hypothese wie folgt postuliert: *„KroatInnen haben eine positiver Einstellung gegenüber einem suizidgefährdeten Freund als kroatische ImmigrantInnen.“*

Diese Hypothese konnte teilweise bestätigt werden. KroatInnen zeigten eine höhere soziale Akzeptanz gegenüber einem suizidgefährdeten Freund. Sie waren demzufolge mehr dazu bereit, mit ihm oder ihr beispielsweise ins Kino zu gehen bzw. ihn oder sie zu einer Party einzuladen als kroatische ImmigrantInnen. Außerdem waren KroatInnen im Vergleich zu kroatischen ImmigrantInnen eher bereit dem suizidgefährdeten Freund zu helfen. Dieses Ergebnis entspricht der Stigma-Hypothese. Kroatische ImmigrantInnen zeigten zwar eine liberalere Einstellung zu Suizid, aber wiesen eine negativere Einstellung gegenüber einem suizidgefährdeten Freund auf wohingegen KroatInnen eine ablehnende Einstellung gegenüber Suizid zeigten, aber eine höhere soziale Akzeptanz gegenüber einem suizidgefährdeten Freund aufwiesen. Dieses Ergebnis ist im Einklang mit der kulturvergleichenden Studie von Eskin et al. (2011), türkische StudentInnen zeigten eine negativere Einstellung gegenüber Suizid als österreichische StudentInnen, aber sie zeigten zugleich mehr Verständnis dafür, wenn ein nahestehender Freund seine suizidalen Absichten und Gedanken offenbarte.

Ein Vergleich zwischen Männern und Frauen ergab, dass Frauen eine höhere soziale Akzeptanz gegenüber einem suizidgefährdeten Freund hatten und Männer eine verstärkte emotionale Beteiligung zeigten.

#### 4.4. Ursachen für Suizid

Da Entstehungstheorien beim Verständnis von suizidalem Verhalten in den unterschiedlichen Kulturen wichtig sind und vorherige Studien einen Zusammenhang zwischen Religiosität und dem Glauben an intrapsychische Ursachen für Suizid nachgewiesen haben, wurde in der vierten Hypothese vermutet: *„KroatInnen weisen höhere Werte auf der intrapsychischen Subskala des Suizids auf als kroatische ImmigrantInnen.“* Zusätzlich wird die Hypothese 4a überprüft: *„Frauen haben höhere Werte auf der Subskala intrapsychische Ursachen für Suizid.“*

Entgegen der Annahme gab es keinen Unterschied zwischen den KroatInnen und kroatischen ImmigrantInnen bezüglich der intrapsychischen Ursachen des Suizids und auch keinen signifikanten Unterschied hinsichtlich der geschlechtsspezifischen Ebene. Es gab nur einen signifikanten Effekt der Kultur in Hinblick auf die interpersonelle Subskala. Kroatische ImmigrantInnen waren im Vergleich zu KroatInnen der Meinung, dass Suizid z.B. durch Konflikte mit PartnerInnen ausgelöst oder arbeitsbedingten Stress (z.B. Kündigung) verursacht werden kann. Dieses Ergebnis ist konform mit dem Ergebnis von Pavlovic und Marusic (2001), diese berichteten, dass die MigrantInnen in Slowenien, die eine hohe Suizidrate aufwiesen einen niedrigen sozialen Status aufzeigten.

#### 4.5. Einfluss der genetischen Faktoren auf Suizid

Der Glaube an den Einfluss von genetischen Faktoren auf Suizid unterscheidet sich kaum zwischen den Kulturen, daher wurde die fünfte Hypothese folgendermaßen formuliert: *„Sowohl KroatInnen als auch kroatische ImmigrantInnen erzielen ähnliche Ergebnisse im Glauben an den Einfluss von genetischen Faktoren.“*

Diese Hypothese konnte in der vorliegenden Studie bestätigt werden. Es gab keinen signifikanten Unterschied zwischen den Kulturen hinsichtlich des Glaubens an den Einfluss von genetischen Faktoren. Somit replizierte dieses Ergebnis die Feststellung von Voracek et al. (2008, 2008a), dass in verschiedenen Ländern ähnliche Vorstellungen über den genetischen Einfluss auf das suizidale Verhalten bestehen. Das heißt, dass KroatInnen und kroatische ImmigrantInnen sich nicht im Wissen über genetisch bedingte Risikofaktoren für Suizid unterscheiden. Obwohl in der Gesamtstichprobe knapp 40.4% der Befragten über eine akademische Ausbildung verfügten, haben sie eine naturwissenschaftliche Erklärung von Suizid nicht befürwortet. Dies steht ebenfalls mit bereits gefundenen Ergebnissen im Einklang, denn

auch bei bisherigen Studien wurden keine signifikanten Zusammenhänge zwischen BIRFSS und Bildung gefunden (Voracek et al., 2007b).

Auch der Vergleich zwischen Männern und Frauen ergab keine signifikanten Ergebnisse und dies wiederum bestätigte aktuelle wissenschaftliche Ergebnisse (Voracek et al., 2007a; Kölves et al., 2007).

#### **4.6. Inanspruchnahme von professioneller psychologischer Hilfe**

Da die Bereitschaft zur Inanspruchnahme psychologischer Hilfe als zentraler präventiver Faktor in Bezug auf Suizidalität angesehen wird und die Studie von Sheikh und Furnham (2002) berichtete, dass Personen, die religiöser sind eher in Gebeten Hilfe suchen, lautete demnach die sechste und somit letzte Hypothese: *„KroatInnen weisen eine niedrigere Bereitschaft auf, professionelle psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen als kroatische ImmigrantInnen.“*

Diese Annahme konnte nicht bestätigt werden. KroatInnen wiesen eine höhere Bereitschaft zur Inanspruchnahme professioneller psychologische Hilfe auf als kroatische ImmigrantInnen. Verschiedenste Gründe könnten dafür ausschlaggebend sein. In der Studie von Lindert et al. (2008) wurden folgende Gründe dafür angegeben: Sprachbarriere, niedriges Einkommen und Bildungsniveau der ImmigrantInnen. Deshalb ist es wichtig ein psychosoziales Versorgungssystem zu entwickeln, das frei von kulturellen Stereotypen ist und somit den Zugang zu psychosozialen Instituten für alle BürgerInnen ermöglicht.

In Bezug auf das Geschlecht hatten Frauen eine signifikant positivere Einstellung zur Inanspruchnahme psychologischer Hilfe als Männer. Dieses Ergebnis stimmt mit dem Ergebnis von Fischer und Turner (1970) überein, diese berichteten, dass das weibliche Geschlecht einen positiven Einfluss auf die Bereitschaft psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen, hatte.

#### **4.7. Limitierungen**

Die vorliegende Studie unterlag einigen Einschränkungen, die bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden müssen, wenngleich die Arbeit auch diverse Ergebnisse liefert, die die Unterschiede in den Suizidraten erklären können.

Erstens ist die Generalisierbarkeit der Ergebnisse auf die Population der KroatInnen und der kroatischen ImmigrantInnen in Österreich nur eingeschränkt

möglich, da es sich bei der zugrundeliegenden Stichprobe, um ein Snowball-Sampling handelt und die Datenerhebung nur an wenigen Orten (Wien, Zagreb und Rovinj) in den zwei Ländern stattgefunden hat.

Eine weitere Limitierung stellen die unterschiedliche Personenanzahl und die ungleiche Verteilung des Geschlechts in den Subgruppen (Regionen in Kroatien und Generationsvergleiche) dar.

Des Weiteren unterscheiden sich die zwei Kulturgruppen hinsichtlich des Alters und des Bildungsgrades. Kroatische ImmigrantInnen waren sowohl jünger und hatten auch eine geringere Ausbildungsdauer als KroatInnen.

Die Tendenz zur sozialen Erwünschtheit wurde minimalisiert, indem zugesichert wurde, dass die Vertraulichkeit und Anonymität gewährleistet wird. Die internen Konsistenzen der Skalen waren dagegen zufriedenstellend.

Aufgrund der oben erläuterten Beschränkungen sollten die Ergebnisse aus dieser Studie nur mit Bedacht interpretiert werden.

#### **4.8. Möglichkeiten zukünftiger Untersuchungen**

Obwohl diese kulturvergleichende Studie zwischen kroatischen ImmigrantInnen aus Österreich und KroatInnen aus Kroatien einige mögliche Faktoren und Ursachen herausgefunden hat, die die Suizidalität von verschiedenen Kulturen erklären können, gibt es dennoch viele andere Faktoren, die in dieser Studie nicht beachtet wurden. In der vorliegenden Studie scheint die Religiosität nicht allein als Schutzfaktor zu dienen. Zwar zeigten KroatInnen gemäß der Stigma-Hypothese eine negativere Einstellung gegenüber Suizid und wiesen eine höhere soziale Akzeptanz gegenüber einem suizidgefährdeten Freund auf als kroatische ImmigrantInnen, obwohl es keinen Unterschied zwischen den Kulturen hinsichtlich Religiosität gab. Mögliche andere Gründe für diesen Unterschied, die in zukünftigen Studien berücksichtigt werden sollten, könnten sein: stärkerer sozialer und familiärer Zusammenhalt in Kroatien als in Österreich und der Einfluss des Bürgerkriegs auf die soziale Unterstützung in der Gesellschaft.

Obwohl einige soziodemographische Daten (Geschlecht, Alter, Religion, Bildungsgrad) bereits in dieser Studie erhoben wurden, könnten andere Faktoren wie der sozioökonomische Status und die familiäre Struktur weiteren Aufschluss über die Einstellungen gegenüber Suizid verschaffen. Außerdem wäre auch ein Vergleich

zwischen ländlichen und urbanen Gebieten lobenswert. Besonders bei der Erforschung von ImmigrantInnen und deren Einstellung auf Suizidalität sollten folgende Punkte beachtet werden: Akkulturationsprozesse, Integrationsgrad sowie der sozioökonomische Status, da in dieser Studie kroatische ImmigrantInnen die Meinung vertreten haben, dass vor allem interpersonelle Ursachen, Suizid am besten erklären.

Des Weiteren wäre es wichtig eine ähnliche Studie mit einer Stichprobe von Jugendlichen durchzuführen, da Stigmatisierung und die Bereitschaft zur Inanspruchnahme professioneller psychologischer Hilfe schon im Jugendalter gelernt wird und es von größter Bedeutung ist Jugendliche aufzuklären und innovative Präventionsprogramme zu entwickeln.

Aufgrund des Ergebnisses bezüglich der Bereitschaft psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen, sollte vor allem bei den ImmigrantInnen Forschung betrieben werden, da diese eher eine Behandlung ablehnen.

Eine weitere Möglichkeit zukünftiger Untersuchung ist eine Mehrebenen-Analyse über alle 13 Nationen (Polen, Indien, Spanien, Ungarn, etc.) hinweg, in denen dieselben Daten erhoben wurden. Dabei können sowohl eine Individual- als auch eine Gruppenebene der Kultur, Religion und Health Beliefs nachgewiesen werden.



## 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.
- Al-Krenawi, A., Graham, J. R., Dean, Y. Z., & Eltaiba, N. (2004). Cross-national study of attitudes towards seeking professional help: Jordan, United Arab Emirates (UAE) and Arabs in Israel. *International Journal of Social Psychiatry*, 50, 102-114.
- 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.
- Aninilkumparambil, N. (2012). *Attitudes towards suicide, religiosity and health beliefs: A cross-cultural comparison between South India (Kerala) and South Indians in Austria*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Wien.
- Aracic, P., Nikodem, K., & Sanjek, F. (2001). *Kroatien – Eine religiöse Kultur*. In Zulehner, P. M., Tomka, M., & Tos, N. (Hrsg.). *Religion und Kirchen in Ost (Mittel) Europa: Tschechien, Kroatien, Polen* (pp. 123-221). Ostfildern: Schwabenverlag.
- Baider, L., Holland, J. C., Russak, S. M. & Kaplan-DeNour, A. (2001). The system of belief inventory (SBI-15R): A validation study in Israel. *Psycho-Oncology*, 10, 534-540.
- Behling, O., & Law, K. S. (2000). *Translating questionnaires and other research instruments: Problems and solutions*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Berry, J. W., Poortinga, Y. H., Segall, M. H., & Dasen, P. R. (1992). *Cross-cultural psychology. Research and applications*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Bondy, B., Buettner, A., & Zill, P. (2006). Genetics of suicide. *Molecular Psychiatry*, 11, 336-351.
- Bortz, J., Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler*. (4. Auflage). Heidelberg: Springer.

- Bosnar, A., Stemberg, V., Coklo, M., Grgurevic, E., Zamolo, G., Cucic, T., & di Nunno, N. (2006). War and suicidal deaths by explosives in southwestern Croatia. *Archives of Medical Research*, 37, 392-394.
- Bosnar, A., Stemberg, V., Coklo, M., Koncar, Z.G., Definis-Gojanovic, M., Sendula-Jengic, V., & Katic, P. (2005). Suicide and the war in Croatia. *Forensic Science International*, 147, 13-16.
- Bosnar, A., Stemberg, V., Cuculic, D., Zamolo, G., Stifter, S., & Coklo, M. (2004). Suicide rate after the 1991-1995 war in southwestern Croatia. *Archives of Medical Research*, 35, 344-347.
- Boyd, K. A., & Chung, H. (2012). Opinions toward suicide: Cross-national evaluation of cultural and religious effects on individuals. *Social Science Research*, 41, 1565-1580.
- Budak, N., Jordan, P., Lukan, W., & Moissi, P. (1995). *Kroatien: Landeskunde – Geschichte – Kultur – Politik – Wirtschaft – Recht*. Wien: Böhlau Verlag
- Bundesministerium für Inneres (2009). Integration in Österreich. Verfügbar unter: [http://www.bmi.gv.at/cms/BMI\\_Service/Integrationsstudie.pdf](http://www.bmi.gv.at/cms/BMI_Service/Integrationsstudie.pdf)
- Bundesministerium für Inneres. (2012). *Statistisches Jahrbuch für Migration & Integration. Zahlen. Daten. Indikatoren 2012*. Verfügbar unter: [http://www.bmi.gv.at/cms/BMI\\_Service/Integration\\_2012/migration\\_integration\\_2012\\_72dpi.pdf](http://www.bmi.gv.at/cms/BMI_Service/Integration_2012/migration_integration_2012_72dpi.pdf)
- Carlsson, M., & Rooth, D. (2007). Evidence of ethnic discrimination in the Swedish labor market using experimental data. *Labour Economics*, 14, 716-729.
- Cavalli-Sforza, L. L., Menozzi, P., & Piazza, A. (1994). *The history and geography of human genes*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Coklo, M., Stemberg, V., Cuculic, D., Sosa, I., & Bosnar, A. (2009). Toxicology and methods of committing suicide other than overdose. *Medical Hypotheses*, 73, 809- 810.
- Croatian Bureau of Statistics (2013). *Statistical Yearbook of the Republic of Croatia 2013*. Verfügbar unter: [http://www.dzs.hr/default\\_e.htm](http://www.dzs.hr/default_e.htm)
- Deane, F. P., & Todd, D. M. (1996). Attitudes and intentions to seek professional psychological help for personal problems or suicidal thinking. *Journal of College Student Psychotherapy*. 10, 45-59.

- Degmecic, D., & Filakovic, P. (2008). Depression and suicidality in the adolescents in Osijek, Croatia. *Collegium Antropologicum*, 32, 143-145.
- Dogus, F. E. (2011). *Psychometrische Analyse und Validierung der „Beliefs in inheritance of risk factors suicide scale“ im Kontext der Migration: Türkei und türkische MigrantInnen in Österreich*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Wien.
- Durkheim, E. (1951). *Suicide: A study in sociology*. London: Routledge and Kegan Paul.
- Ellision, C. G., Burr, J. A., & McCall, P. L. (1997). Religious homogeneity and metropolitan suicide rates. *Social Forces*, 76, 273-299.
- Elhai, J. D., Schweinle, W., Anderson, S. M. (2008). Reliability and validity of the attitudes toward seeking professional psychological help scale-short form. *Psychiatry Research*, 159, 320-329.
- Erdfelder, E., Faul, F., Buchner, A., & Cüpper, L. (2010). Effektgröße und Teststärke. In H. Holling & B. Schmitz (Hrsg.), *Handbuch Statistik, Methoden und Evaluation* (S. 358-369). Göttingen: Hogrefe.
- Eskin, M. (1992). Opinion about and reactions to suicide, and the social acceptance of a suicidal classmate among Turkish high school students. *International Journal of Social Psychiatry*, 38, 280-286.
- Eskin, M. (1995). Adolescent's attitudes toward suicide and a suicidal peer: A comparison between Swedish and Turkish high school students. *Scandinavian Journal of Psychology*, 36, 201-207.
- Eskin, M. (1997). Cross-cultural tests of the gender-role consistency and stigma hypotheses of suicidal behavior. *Journal of Gender, Culture and Health*, 2, 245-262.
- 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 effects 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.

- Etzersdorfer, E., Vijayakumar, L., Schony, W., Grausgruber, A., & Sonneck, G. (1998). Attitudes towards suicide among medical students: Comparison between Madras (India) and Vienna (Austria). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, 104-110.
- Eysenck, H. J. (1967). *The biological basis of personality*. Springfield, IL: Charles Thomas.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G\*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39, 175-191.
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A. -G. (2009). Statistical power analyses using G\*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*, 41, 1149-1160.
- Ferrada-Noli, M. (1997). A cross-cultural breakdown of Swedish suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96, 108-116.
- Ferrada-Noli, M., Asberg, M., Ormstad, K., & Nordström, P. (1995). Definite and undetermined forensic diagnoses of suicide among immigrants in Sweden. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 91, 130-135.
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS* (3rd ed.). London: Sage.
- 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.
- Fischer, E. H., & Farina, A. (1995). Attitudes toward seeking professional psychological help: A shortened form and considerations for research. *Journal of College Student Development*, 36, 368-373.
- Franic, T., Dodig, G., Kardum, G., Marcinko, D., Ujevic, A., & Bilusic, M. (2011). Early adolescence and suicidal ideations in Croatia. *Crisis* 2011, 32, 334-345.
- Franic, T., Kardum, G., Prizmic, I. M., Pavletic, N., & Marcinko, D. (2012). Parental involvement in the war in Croatia 1991-1995 and suicidality in Croatian male adolescents. *Croatian Medical Journal*, 53, 244-253.
- Fung, K., & Wong, Y. L. R. (2007). Factors influencing attitudes towards seeking professional help among East and Southeast Asian immigrant and refugee women. *International Journal of Social Psychiatry*, 53, 216-231.
- Gearing, R.E., & Lizardi, D. (2009). Religion and suicide. *Journal of Religion and Health*, 48, 332-341.

- Gibb, B. E., Andover, M. S., & Beach, S. R. H. (2006). Suicidal ideation and attitudes towards suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36, 12-18.
- Grube, M. (2004). Suizidversuche von Migranten in der Akutpsychiatrie. Zur Situation stationär aufgenommenen ausländischen Patienten. *Nervenarzt*, 75, 681-687.
- Grulke, N., Bailer, H., Blaser, G., Geyer, M., Brähler, E., & Albani, C. (2003). Measuring religious attitudes: Reliability and validity of the German version of the system of belief inventory (SBI-15R-D) in a representative sample. *Mental Health, Religion & Culture*, 6, 203-213.
- Grubisic-Ilic, M., Kozaric-Kovacic, D., Grubisic, F., & Kovacic, Z. (2002). Epidemiological study of suicide in the republic of Croatia – comparison of war and post war periods and areas directly and indirectly affected by war. *Eur Psychiatry*, 17, 259- 264.
- Heintel, M., Husa, K., & Spreitzhofer, G. (2005). *Migration als globales Phänomen*. In Wagner, H. (Hrsg.). *Segmente. Wirtschafts- und sozialgeographische Themenhefte* (pp. 2-134). Mauerbach: Agens & Ketterl
- Hjern, A. & Allebeck, P. (2002). Suicide in first- and second-generation immigrants in Sweden. A comparative study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37, 423-429.
- Holland, J. C., Kash, K. M., Passik, S., Gronert, M. K., Sison, A., Lederberg, M., Russak, M., Maider, 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.
- Hranilovic, D., Stefulj, J., Furac, I., Kubat, M., Balija, M., & Jernej, B. (2003). Serotonin transporter gene promoter (5-HTTLPR) and intron 2 (VNTR) polymorphisms in Croatian suicide victims. *Society of Biological Psychiatry*, 54, 884-889.
- Kadluczka, K. (2012). *Einstellungen zu Suizid, Religiosität und Health Beliefs: Ein interkultureller Vergleich zwischen ÖsterreicherInnen, PolInnen und polnischen ImmigrantInnen*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Wien.
- Kamietzky, G., & Stricker, G. (2000). Does religiosity predict attitudes towards psychotherapy? *Journal of Psychology and Judaism*, 24, 251-260.
- Karlovic, D., Gale, R., Thaller, V., Martinac, M., Katinic, K., & Matosic, A. (2005). Epidemiological study of suicide in Croatia (1993-2003) – Comparison of mediterranean and continental areas. *Collegium Antropologicum*, 29, 519-525.

- Kash, K. M., Holland, J. C., Passik, S. D., Lederberg, M. S., Sison, A. C., & Gronert, M. K. (1995). The systems of belief inventory (SBI): A scale to measure spiritual and religious beliefs in quality of life and coping research. *Psychosomatic Medicine*, 67, 62.
- Khan, F., & Waheed, W. (2009). Suicide and self-harm in South Asian immigrants. *Psychiatry*, 8, 261-264.
- Knight, M. T. D., Furnham, A. F., & Lester, D. (2000). Lay theories of suicide. *Personality and Individual Differences*, 29, 453-457.
- Kõlves, 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.
- Kondrichin, S. V. (1995). Suicide among Finno-Urgians. *Lancet*, 346, 1632-1633.
- Konrichin, S. V., & Lester, D. (1997). Finno-Ugrians and suicide. *Perceptual and Motor Skills*, 85, 514.
- Kozaric-Kovacic, D., Grubisic-Ilic, M., Grubisic, F., & Kovacic, Z. (2002). Suicide: Rates and methods before, during, and after the war in Croatia (1985-2000). *The National Medical Journal of India*, 15, 356-357.
- Kozaric-Kovacic, D., Kocijan-Hercigonja, D., & Jambrosic, A. (2002). Psychiatric help to psychotraumatized persons during and after war in Croatia. *Croatian Medical Journal*, 43, 221-228.
- Lester, D. (1987). Religion, suicide and homicide. *Social Psychiatry*, 22, 99-101.
- Lester, D., & Bean, J. (1992). Attribution of causes to suicide. *Journal of Social Psychology*, 132, 679-680.
- Lester, D., & Kondrichin S. V. (2002). Genetic risk factors and variation in European suicide rates. *The British Journal of Psychiatry*, 180, 277-278.
- Levin, J. S., & Taylor, R. J. (1997). Age differences in patterns and correlates of the frequency of prayer. *Gerontologist*, 37, 75-88.
- Lindert, J., Schouler-Ocak, M., Heinz, A. & Priebe, S. (2008). Mental health, health care utilization of migrants in Europe. *European Psychiatry* 23, 14-20.
- Loibl, L. M., Tran, U. S., Hierner, A., & Voracek, M. (2008). Lay theories of suicide: Test-retest reliability and further validation of Lester and Bean's attribution of causes to suicide scale. *Psychiatria Danubia*, 20, 26-30.
- Loibl, L. M., & Voracek, M. (2007). Psychometric properties and correlates of the

- Lester-Bean attribution of causes to suicide scale (German Form). *Psychological Reports*, 101, 47-52.
- Mäkinen, I. H. (2000). Eastern European transition and suicide mortality. *Social Science & Medicine*, 51, 1405-1420.
- Mann J. J., Huang Y. Y., Underwood M. D., Kassir S. A., Oppenheim S., Kelly T. M., Dwork A. J., & Arango V. (2000). A serotonin transporter gene promoter polymorphism (5-HTTLPR) and prefrontal cortical binding in major depression and suicide. *Archives of General Psychiatry*, 57, 729-738.
- Marcikic, M., Ugljarevic, M., Dijanic, T., Dumencic, B., & Pozgain, I. (2003). Epidemiological features of suicides in Osijek County, Croatia, from 1986 to 2000. *Collegium antropologicum*, 27, 101-110.
- Marusic, A., & Farmer, A. (2001). Genetic risk factors as possible causes of the variation in European suicide rates. *British Journal of Psychiatry*, 179, 194-196.
- Masuda, A., Suzumura, K., Beauchamp, K. L., Howels, G. N., & Clay, C. (2007). United states and Japanese college students' attitudes toward seeking professional psychological help. *International Journal of Psychology*, 40, 303-313.
- Menozi, P., Piazza, A., & Cavalli-Sforza, L. (1978). Synthetic maps of human gene frequencies in Europeans. *Science*, 201, 786-792.
- Minagawa, Y. (2013). The social consequences of postcommunist structural change: An analysis of suicide trends in Eastern Europe. *Social Forces*, 91, 1035-1056.
- Milcinski, L., & Mrevlje, G. (1990). Epidemiologija samoubistva u Jugoslaviji-metodoloska pitanja. *Medicinski Pregled*, 43, 453-456.
- Neeleman, J., Halpern, D., Leon, D., & Lewis, G. (1997). Tolerance of suicide, religion and suicides rates: An ecological and individual study in 19 Western countries. *Psychological Medicine*, 27, 1165-1171.
- Neeleman, J. & Lewis, G. (1999). Suicide, religion, and socioeconomic conditons. An ecological study in 26 countries, 1990. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 53, 204-210.
- Nikić, M. (1995.). Samoubojstvo: psihodinamika, prevencija i moralno vrednovanje. *Obnovljeni život*, 2, 185-200.
- Österreichischer Integrationsfonds. (2012). *Statistisches Jahrbuch Migration & Integration*. Verfügbar unter: [http://www.integrationsfonds.at/news/aktuelle\\_news/integrationsbericht\\_2012/](http://www.integrationsfonds.at/news/aktuelle_news/integrationsbericht_2012/)
- Pavlovic, E., & Marusic, A. (2001). Suicide in Croatia and in Croatian immigrant

- groups in Australia and Slovenia. *Croatian Medical Journal*, 42, 669-672.
- Pescosolido, A. B., & Georgianna, S. (1989). Durkheim, suicide, and religion: Toward a network theory of suicide. *American Sociological Review*, 54, 33-48.
- Pescosolido, B. (1990). The social context of religious integration and suicide: Pursuing the network explanation. *The Sociological Quarterly*, 31, 337-357.
- Perica, V. (2001). *The Catholic Church and Croatian Statehood*. In Pavlakovic, V. (Hrsg.). In Nationalism, culture and religion in Croatia since 1990 (pp. 55-70). Seattle, Wash: Henry M. Jackson School of International Studies
- Perica, V. (2006). The most catholic country in Europe? Church, state, and society in contemporary Croatia. *Religion, State & Society*, 34, 311-336.
- Peugh, J. L., & Enders, C. K. (2004). Missing data in educational research: A review of reporting practices and suggestions for improvement. *Review of Educational Research*, 74, 525-556.
- Portes, A., & Rumbaut, R. G. (2006). *Immigrant America: A portrait*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Retterstol, N. (1993). *Suicide: a European perspective*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Retterstol, N., & Ekeberg, O. (2009). *Christianity and Suicide*. In D. Wasserman, & C. Wasserman, (Eds), *Oxford textbook of suicidology and suicide prevention* (pp. 57-62). New York. Oxford University Press.
- Sulzbacher, C. (2008). *Die autochthonen Volksgruppen in Österreich. Kroaten, Roma, Slowaken, Slowenen, Tschechen, Ungarn*. Saarbrücken: VDM Verlag Dr. Müller
- Schmidkte, A. (1997). Perspective: Suicide in Europa. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 27, 127-136.
- Sheik, S., & Furnham, A (2000). A cross-cultural study of mental health beliefs and attitudes seeking professional help. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35, 326-334.
- Shneidman, E. S. (1998). Further reflections on suicide and psychache. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 28, 245-250.
- Skrtic, D., Milivojevic, L., & Karlovic, R. (2011). Epidemiological study of suicide in croatia (2004-2009) – Motive alcohol dependence. *Alcoholism*, 47, 29-41.
- Sisask, M., Värnik, A., Kairi, Kl, Bertoote, J. M., Bolhari, J., Botega, N. J.,

- Fleischmann, A., Vijayakumar, L. & Wasserman, D. (2010). Is religiosity a protective factor against attempted suicide: A cross-cultural case-control study. *Archives of Suicide Research*, 14, 44-55.
- Stack, S. (1983). The effect of religious commitment on suicide: A cross-national analysis. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 362-374.
- Stack, S. (2000). Suicide: A 15-year review of the sociological literature, Part II : Modernisation and social integration perspectives. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 30, 163-176.
- Stack, S., & Lester, D. (1991). The effect of religion on suicide ideation. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 26, 168-170.
- Stack, S., & Kposowa, A. J. (2011). Religion and suicide acceptability: A cross-national analysis. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 50, 289-306.
- Statistik Austria (2014). *Statistisches Jahrbuch Österreichs 2014*. Verfügbar unter: [http://www.statistik.at/web\\_de/services/stat\\_jahrbuch/index.html](http://www.statistik.at/web_de/services/stat_jahrbuch/index.html)
- Statistik Austria. (2013). *Gestorbene 2013 nach Todesursachen, Alter und Geschlecht*. Verfügbar unter: [http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/gesundheit/todesursachen/todesursachen\\_im\\_ueberblick/056591.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/todesursachen/todesursachen_im_ueberblick/056591.html)
- Statistik Austria. (2011). *Bevölkerung nach detaillierter Staatsangehörigkeit, Geschlecht und Bundesland*. Verfügbar unter: [http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung\\_nach\\_staatsangehoerigkeit\\_geburtsland/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung_nach_staatsangehoerigkeit_geburtsland/index.html)
- Steindorff, L. (2007). *Kroatien: Vom Mittelalter bis zur Gegenwart*. Regensburg: Verlag Friedrich Pustet.
- Takamura, S., Oshima, I., Yoshida, k., & Motonaga, T. (2008). Factors related to attitudes toward seeking professional psychological help among Japanese junior high and high school students. *Yonago Acta Medica*, 51, 39-47.
- Turecki, G., Zhu, Z., Tzenova, J., Lesage, A., Séguin, M., Tousignant, M., Chawky, N., Vanier, C., Lipp, O., Alda, M., Joober, R., Benkelfat, C., & Rouleau, G. A. (2001). TPH and suicidal behavior: A study in suicide completers. *Molecular Psychiatry*, 6, 98-102.
- Van Tubergen, F., & Sindradottir, J. I. (2011). The religiosity of immigrants in Europe: A cross-national study. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 50, 272-288.
- Voracek, M., Egle, J., Schleicher, S., Loibl, L. M., & Sonneck, G. (2007). Beliefs in the

- inheritance of risk factors for suicide scale (BIRFSS): Further results on demographic correlates, dimensionality, reliability and validity. *Omega: Journal of Death and Dying*, 55, 79-297.
- Voracek, M., Fisher, M. L., Loibl, L. M., Tan, H., & Sonneck, G. (2008). Beliefs about the genetics of suicide in Canadian students: Cross-language validation of the Beliefs in the inheritance of risk factors for suicide scale (BIRFSS). *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 62, 271-278.
- Voracek, M., & Loibl, L.M. (2007). Psychometric properties and correlates of the Lester-Bean attribution of causes to suicide scale (German form). *Psychological Reports*, 101, 47-52.
- Voracek, M., Loibl, L. M., Dervic, K., Kapusta, N. D., Niederkrotenthaler, T., & Sonneck, G. (2009). Consistency of immigrant suicide rates in Austria with country-of-birth suicide rates: A role for genetic risk factors for suicide? *Psychiatry Research*, 170, 286-289.
- Voracek, M., Loibl, L. M., Egle, J., & Schleicher, S., & Sonneck, G. (2007). Correlates, item-sequence invariance, and test-retest reliability of the Beliefs in the inheritance of risk factors for suicide scale (BIRFSS). *Psychological Reports*, 101, 1107-1117.
- Voracek, M., Loibl, L. M., & Kandrychyn, S. (2007). Testing the Finno-Ugrian suicide hypothesis: Replication and refinement with regional suicide data from Eastern Europe. *Perceptual and Motor Skills*, 104, 985-994.
- 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 factor for suicide scale: Development, reliability, stability, and convergent and discriminant validity. *Psychological Reports*, 101, 107-116.
- Voracek, M., Loibl, L. M., & Sonneck, G. (2008). The malleability of beliefs in the genetics of suicide: An intervention study with the beliefs in the inheritance of risk factors for suicide scale (BIRFSS). *Psychiatria Danubina*, 20, 16-25.
- 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., & Marusi, A. (2008). Testing the Finno-Ugrian Suicide Hypothesis: Geographic variation of elderly suicide rates across Europe. *Nordic Journal of Psychiatry*, 62, 302-308.
- Voracek, M., & Sonneck, G. (2006). Medical and psychology students' disbeliefs in the inheritance of risk factors for suicide. *Psychological Reports*, 99, 599-602.
- Voracek, M., Vintila, M., & Muranyi, D. (2007). A further test of the Finno-Ugrian suicide hypothesis: County suicides rates in Romania correspond to the population proportion of ethnic Hungarians. *Perceptual and Motor Skills*, 105, 1209-1222.
- 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 Organisation. (2009). *Suizidraten in Kroatien*. Verfügbar unter: [http://www.who.int/mental\\_health/media/croa.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/croa.pdf)
- World Health Organization. (2014). *Suicide rates per 100, 000 by country, year and sex*. Verfügbar unter: [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/)
- Zdravec, T., Grad, O., & Socan, G. (2006). Expert and lay explanations of suicidal behavior: Comparison of general population's, suicide attempters', general practitioners' and psychiatrists' views. *International Journal of Social Psychiatry*, 52, 535-551.



## **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.

Iva Mikulic

Wien,

3.07.2014



# Curriculum vitae

Name: Iva Mikulic

Geburtsdatum: 22.04.1988

Geburtsort: Sarajevo

Staatsbürgerschaft: AT

Familienstand: Ledig

---

## Schulischer Werdegang

1994 - 1998

Volksschule, Wien

1998 - 2006

Realgymnasium (Bertha von Suttner), Wien

Abschluss mit Matura

Seit September 2008

Universität Wien, Studiengang: Psychologie

---

## Berufserfahrung

2014

6-Wochen- Praktikum: Wiener Gesundheitsförderung, Hotline für Essstörungen