



universität  
wien

# Diplomarbeit

Titel der Arbeit

Einstellungen zu Suizid, Religiosität und Health Beliefs:

Ein interkultureller Vergleich zwischen in Peru lebenden PeruanerInnen und in  
Österreich lebenden PeruanerInnen

Verfasst von

Paola Patricia Santillán Ramos

Angestrebter akademischer Grad

Magistra der Naturwissenschaften (Mag. rer. nat.)

Wien, im Mai 2013

Studienkennzahl: 298

Studienrichtung: Psychologie

Betreuer: Assoz. Prof. DDDr. Martin Voracek



## Danksagung

Zunächst möchte ich mich herzlich bei meinem Betreuer Prof. Martin Voracek bedanken, der mich mit seinem Wissen und seiner Erfahrung bei der Erstellung dieser Arbeit ermutigt und unterstützt hat. Ohne seinen Ansatz wäre es mir nicht möglich gewesen, meine kulturellen Besonderheiten im Rahmen der Diplomarbeit einzubringen.

Dank gebührt auch Lic. Julio Rojas Flores, der mir bei der Arbeit in der indigenen Gemeinde Nazareth de Uchu bei Seite gestanden hat, sowie allen Personen, die sich bereit erklärt haben, an der Studie teilzunehmen, sowohl in Peru als auch in Österreich. Für die Übersetzung der Fragebögen danke ich Mercedes Clemente, Rosario Richter und Lic. Cynthia Yataco.

Besonderer Dank an meine Familie sowie Matthias Unkrig, die mich während meines gesamten Studiums unterstützt haben.



## Abstract

**Background** Cultural factors are crucial for understanding the complex construct of suicide. In this context and independent of each culture, religion plays a protective role in association with suicidal behavior. In countries where suicide rates are high and attitudes toward suicide are liberal, it is expected, according to the alleged stigma hypothesis, that people with suicide risk are stigmatized and attitudes toward those persons are also negative. On these and other assumptions based this study.

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

*Method* Data are based on responses from six questionnaires in a group of Peruvians in Austria ( $n = 137$ ) and Peruvians in Peru ( $n = 182$ ).

*Results* The Peruvians in Peru were more religious oriented than the Peruvians in Austria. Peruvians in Austria had more liberal attitudes toward suicide. However, attitudes of Peruvians in Peru towards a suicidal friend were more accepting than their counterpart. Peruvians in Austria had a more reluctant attitude towards seeking professional psychological help than their counterpart. Peruvians in Peru scored lower on the believes in the Inheritance of Risk Factors Suicide Scale.

*Conclusion* The present study found significant cultural differences between Peruvian migrants in Austria and Peruvians in Peru in which religion seems to play an important role with regard to the attitudes associated with suicide. Processes related to migration and other socio-economic factors are important factors to consider future cross-cultural studies.



# Inhaltsverzeichnis

<b>EINLEITUNG</b> .....	<b>1</b>
<b>THEORETISCHER HINTERGRUND</b> .....	<b>5</b>
1.1 PERU.....	7
1.1.1 <i>Lima und Callao</i> .....	10
1.1.2 <i>Humanquiquia</i> .....	11
1.1.3 <i>Suiziddaten für Lima und Callao</i> .....	12
1.1.4 <i>Suiziddaten in Huamanquiquia</i> .....	14
1.2 KULTURELLE FAKTOREN DES SUIZIDS.....	16
1.2.1 <i>Religiosität</i> .....	17
1.2.2 <i>Einstellung gegenüber Suizid und gegenüber einer/einem suizidgefährdeten Freundin/Freund</i> ....	19
1.2.3 <i>Geschlecht und Alter</i> .....	20
1.2.4 <i>Migration</i> .....	21
1.2.5 <i>Bereitschaft zur Inanspruchnahme psychologischer Hilfe</i> .....	24
1.2.6 <i>Laientheorien über die Ursache von Suizid</i> .....	27
1.3 HYPOTHESENFORMULIERUNG .....	29
<b>METHODEN</b> .....	<b>32</b>
2.1 AUSWAHL DER STICHPROBE .....	34
2.1.1 <i>Stichprobe</i> .....	34
2.2 DATENERHEBUNG.....	34
2.2.1 <i>Ablauf der Datenerhebung</i> .....	34
2.2.2 <i>Stichprobengröße und Teststärkeanalysen</i> .....	36
2.3 ERHEBUNGSINSTRUMENTE .....	37
2.3.1 <i>Struktur des Fragebogens</i> .....	37
2.3.1.1 <i>Meinungen und Einstellungen zu Suizid</i> .....	38
2.3.1.2 <i>Verhalten gegenüber einem vorgestellten Suizidgefährdeten Freund</i> .....	39
2.3.1.3 <i>Glaube an die Ursachen von Suizid</i> .....	39
2.3.1.4 <i>Religiose und spirituelle Einstellungen</i> .....	40
2.3.1.5 <i>Glauben an den Einfluss genetischer Faktoren für Suizid</i> .....	41
2.3.1.6 <i>Bereitschaft professionelle psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen</i> .....	41
2.3.2 <i>Untersuchungsdesign</i> .....	42
2.4 DATENANALYSE .....	43
<b>ERGEBNISSE</b> .....	<b>46</b>
3.1 RÜCKLAUFQUOTE DER FRAGENBÖGEN .....	48
3.2 STICHPROBENGROÖBE UND SOZIDEMOGRAPHISCHE DATEN.....	48
3.3 ANALYSE DER FEHLENDEN WERTE .....	49
3.4 RELIABILITÄTSPRÜFUNG .....	50
3.5 HYPOTHESEN .....	52
3.5.1 <i>Religiosität</i> .....	52
3.5.1.1 <i>Religiosität und spirituelle Einstellungen</i> .....	52
3.5.1.2 <i>Kirchgang</i> .....	55
3.5.2 <i>Einstellung zum Suizid</i> .....	56
3.5.3 <i>Verhalten gegenüber einem imaginären suizidgefährdeten Freund</i> .....	59
3.5.4 <i>Ursachenzuschreibung für Suizid</i> .....	61
3.5.5 <i>Glaube an genetische Faktoren, die Suizid begünstigen</i> .....	63

3.5.6	<i>Bereitschaft zur Inanspruchnahme von professioneller psychologischer Hilfe</i> .....	65
<b>DISKUSSION</b>	.....	<b>68</b>
4.1	RELIGIOSITÄT .....	70
4.2	EINSTELLUNG ZU SUIZID .....	71
4.3	VERHALTEN GEGENÜBER EINEM SUIZIDGEFÄHRDETEN IMAGINÄREN FREUND .....	72
4.4	URSACHENZUSCHREIBUNG FÜR SUIZID .....	74
4.5	GLAUBE AN GENETISCHE URSACHE VON SUIZID.....	75
4.6	BEREITSCHAFT ZUR INANSPRUCHNAHME VON PROFESSIONELLER PSYCHOLOGISCHER HILFE .....	76
4.7	LIMITIERUNGEN.....	77
4.8	MÖGLICHKEITEN FÜR ZUKÜNFTIGE UNTERSUCHUNGEN .....	78
<b>ZUSAMMENFASSUNG</b>	.....	<b>82</b>
<b>LITERATURVERZEICHNIS</b>	.....	<b>84</b>
<b>EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG</b>	.....	<b>94</b>
<b>CURRICULUM VITAE</b>	.....	<b>95</b>





# Einleitung

Das Ziel dieser Diplomarbeit ist ein interkultureller Vergleich der Einstellungen von in Österreich lebenden PeruanerInnen und in Peru lebenden PeruanerInnen gegenüber Suizid, Religiosität und Health Beliefs. Im Laufe dieser Arbeit wird eine indigene Gemeinde in Peru näher betrachtet, diese liegt in Ayachucho und heißt Nazareth de Uchu.

Offizielle Angaben über die Anzahl von Suiziden in Peru sind kaum vorhanden und sie werden nicht nach Bevölkerungsgruppen oder Regionen differenziert. Man muss hierbei bedenken, dass Peru ein Land mit sehr komplexen demographischen, geographischen, ökonomischen und kulturellen Gegebenheiten ist. Dies stellt für eine wissenschaftliche Analyse der für diese Arbeit gestellten Problematik „Suizid“ eine Herausforderung für alle Fachkräfte dar und könnte sich bei der Konstruktion eines qualitativen und systematischen Vorbeugungs- und Versorgungskonzepts auf politischer, sozialer und kultureller Ebene als problematisch erweisen.

Es wird in der vorliegenden Studie davon ausgegangen, dass sowohl die Suizideinstellung als auch das Suizidverhalten durch mehrere Faktoren beeinflusst wird und einige dieser Einflüsse können das Suizidverhalten fördern, andere hingegen können das tatsächliche Suizidrisiko reduzieren. Faktoren, die in anderen Studien untersucht wurden, sind unter anderen die Religiosität, das Geschlecht, die genetische Variabilität, der sozioökonomische Status, die Ethnien-Zugehörigkeit, der Zugang zu und die Bereitschaft, professionelle Hilfe aufzusuchen, der Umgang mit und die Ermittlung des Suizidverhaltens in den Medien und in der Gesellschaft. Zusammengefasst kann gesagt werden, dass eine Interaktion der verschiedenen soziokulturellen Faktoren und der Lebensgeschichte jedes

Individuums Einfluss auf die Suizideinstellung und das Suizidverhalten haben (Eskin, Voracek, Stieger & Altinyazar, 2012).

In dieser Studie wird konkret auf Einstellungen und Meinungen zu Suizid und Suizidursachen eingegangen. Außerdem spielen religiöse Einstellungen und Praktiken eine wichtige Rolle in dieser Untersuchung sowie das Verhalten gegenüber einem vorgestellten Suizidgefährdeten Freund und die Bereitschaft, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen. Relativ unerforscht sind diese Faktoren im Kontext der Migration, wobei die betroffenen MigrantInnen zeitgleich mit zwei kulturellen Netzwerken konfrontiert sind, nämlich mit jenem ihres Heimatlandes und jenem ihres Gastgeberlandes.

Im ersten Teil der Arbeit wird eine umfassende Darstellung der wichtigsten Charakteristiken der Regionen, die für diese Studie von Bedeutung sind, vorgenommen: Neben geographischen und historischen Angaben wird auch näher auf die aktuelle Lage in Bezug auf die Suizidalität eingegangen; dabei wird versucht, sowohl eine regionale Perspektive auf das Thema zu eröffnen als auch, diese regionalen Erkenntnisse in das große internationale Gebiet der Suizidforschung einzubetten. Darauf basieren die Hypothesen für die vorliegende Arbeit.

Methodologische Eingaben und die Beschreibung der für die Studien relevanten Verfahren der Suizidforschung folgen im zweiten Teil der Arbeit. Hier wird auch die Stichprobe anhand von statistischen Werten beschrieben. Ein wesentlicher Schwerpunkt in diesem Teil der Arbeit liegt auch darauf, eine ausführliche Beschreibung der Erhebung darzulegen, um mögliche zukünftige Replikationsstudien zu ermöglichen.

In den folgenden Kapiteln werden die statistischen Ergebnisse der für die aktuelle Studie formulierten Hypothesen präsentiert. Dabei wird auf eine ausführliche und erleuchtende

Diskussion und Reflexion der Ergebnisse geachtet, die es erlauben, Empfehlungen für zukünftige Untersuchungen zu formulieren.



# **Theoretischer Hintergrund**



## 1.1 Peru

Peru liegt an der Westküste Südamerikas. Sein Gebiet umfasst eine Fläche von 1.285.220 km<sup>2</sup> und besteht aus drei verschiedenen Regionen: die Küste, die Gebirgskette der Anden und die Amazonasbecken. Bei der letzten Volkszählung, die vom Nationalen Statistischen Institut von Peru im Jahre 2007 durchgeführt wurde, ergab sich eine Gesamtbevölkerungszahl von 28.220.764 Einwohnern. Peru ist ein multiethnischer Staat, der sich aus einer Mischung unterschiedlicher Bevölkerungsgruppen zusammensetzt. Diese Bevölkerungsgruppen umfassen Nachkommen der ursprünglich einheimischen Indigenen sowie der ersten Spanier, außerdem Nachkommen der später hinzugewanderten Afrikaner und Angehörigen anderer europäischer Länder, darüber hinaus Chinesen und Japaner. Etwa 54.6% der peruanischen Bevölkerung leben an der Küste, das Hochland ist Heimat von 32% der Bevölkerung und 13.4% leben im Gebiet des Amazonas (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2012).

Peru ist nicht nur in Bezug auf seinen soziokulturellen und geographischen Hintergrund heterogen, sondern auch in Bezug auf seine linguistische Realität. Nach der aktuellen peruanischen Verfassung von 1993 (Titel II Kapitel I) ist die offizielle Sprache Spanisch, in Regionen, in denen überwiegend Quechua, Aymara und andere indigene Sprachen gesprochen werden, werden diese auch nach dem Gesetz als Amtssprachen anerkannt.

Nach Angaben der World Health Organization (WHO) von 2007 beträgt die Suizidrate in Peru insgesamt 1.7 per 100.000 Personen. Insofern kann die Suizidrate in Peru im Vergleich zu anderen Ländern in Europa, wie z.B. Österreich mit 15.0 (WHO, 2010), Rumänien mit 12.0 (WHO, 2009), Slowakei mit 12.6 (WHO, 2005); in Asien, wie z.B. Indien mit 10.5 (WHO, 2009), und selbst innerhalb Südamerikas, wie z.B. Argentinien mit 7.7 (WHO, 2008), Chile mit 11.1 (WHO, 2007), als sehr niedrig eingestuft werden. Dabei muss allerdings beachtet werden, dass es in Peru nur wenige wissenschaftlich fundierte Studien vorliegen, die



sich mit dem Thema Suizid auseinandersetzen. Es wird in den Medien und in rein deskriptiven Studien propagiert, dass die Anzahl von Personen in Peru, die Suizid begehen, kontinuierlich steige, vor allem bei jungen Erwachsenen zwischen 15 und 25 Jahre ( Nizama, 2011).

Die Religion spielte und spielt noch immer in der Geschichte Perus eine wichtige Rolle. Während der Epoche der Inkas ehrte die Bevölkerung die Sonne und den Gott Wiracocha, der Weltenschöpfer. Dieser Kult wurde allen, vom Imperium der Inkas eroberten Völker mit Gewalt aufgezwungen, jedoch wurde den Völkern genehmigt, ihre ursprünglichen Götter auch weiter zu ehren. Mariátegui (1975/1986) sowie auch Zavala (2003) weisen darauf hin, dass der religiöse und kulturelle Synkretismus als Eroberungsmethode während der Regierung der Inkas eine entscheidende Strategie war, um zukünftige Auseinandersetzungen mit möglichen Widerstandskämpfern zu vermeiden, die gegen das aktuell aufgezwungene System rebellieren könnten, aber es sollten sich die neu hinzugekommenen Völkergruppen durch diese Methode aktiv im neuen System beteiligen.

Im Rahmen der Eroberung Perus durch die Spanier fand ein ähnlicher Prozess statt: Der spanische Katholizismus mit thomistischen Gedanken mischte sich mit der polytheistischen, von der Natur geprägten spirituellen Weltanschauung der Inkas. Der Synkretismus der Kolonialzeit war schlussendlich erfolgreich und wurde bis heute noch weiter verfolgt. Das bedeutet, dass sich die Kirche und der Staat in Peru in Laufe der Jahre als eine solide Einheit präsentiert haben und die Religion dadurch eine allgemein gesellschaftliche Bedeutung eingenommen hat (Zavala, 2003). Darüber hinaus war die Kolonialzeit aber auch charakterisiert durch tief gehende soziale Ungleichheiten, die in der Unterdrückung und Ausnutzung der indigenen Bevölkerung durch Zwangsarbeit, psychische und physische Gewalt, Hungersnöte usw. zum Ausdruck kamen (Celestino, 1998). Dadurch entstanden

immer wieder Widerstandsbewegungen gegen alles, was die Spanier mit sich auf den „neuen“ Kontinent gebracht haben, und Bewegungen, die für eine Rückkehr zum alten System plädierten. Diese Widerstandsbewegungen waren in erster Linie konstituiert und animiert durch religiöse Elemente (Celestino, 1998).

Ein Beispiel für den Synkretismus zwischen katholischer Religion und indigener Spiritualität sind die so genannten „Fiestas Patronales“, die zur Ehre eines Schutzheiligen gefeiert werden. Dabei unterstützen die Gläubigen sowohl die katholischen Entitäten und Gewohnheiten, z.B. wird eine Messe von einem katholischen Priester in einer Kirche gefeiert, als auch die indigenen Bräuche, wie den Kult um einen Naturgott und das Tanzen oder Spielen von indianischer Anden-Musik.

Heutzutage besitzt die römisch-katholisch Kirche keine indoktrinierte Exklusivität mehr in der peruanischen Religiosität, sondern es gewinnen immer mehr andere christliche Organisationen und Denominationen an Bedeutung (Celestino, 1998), wie z.B. die evangelischen Kirchen, Pfingstgemeinden, Okkultisten und auch andere einheimische Kirchen bzw. Sekten. Die peruanische Nationalbefragung Continua (Encuesta Nacional Continua [ENCO]) des peruanischen National Institut für Statistiken und Informatik (Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI]) aus dem Jahr 2006 berichtet, dass von insgesamt 382.000 Haushalte aus dem gesamten Peru 95.6% der Befragten sich „zu irgendeiner Religion“ bekennen. Nach ENCO betrug hierbei der Prozentsatz der Frauen 96.8%, die sich für eine Religion bekennen, während der Prozentsatz bei den Männern 94.3% betrug. 84.5% der Personen gaben an, Katholik zu sein, 11.1% Protestant, 2.1% Adventist und 2.3% bekannten sich zu „einer anderen Religion“, u.a. Zeugen Jehovas oder Jesu Christi der Heiligen der Letzten Tage.

### **1.1.1 Lima und Callao**

Lima ist die Hauptstadt und auch die größte Stadt der demokratischen Republik von Peru. Sie liegt an der Küste des Pazifischen Ozeans (betrachtet man die Küste des Staates von Nord nach Süd, liegt Lima ziemlich genau auf mittlerer Höhe) in der Provinz mit dem gleichen Namen und wird in 43 Stadtviertel unterteilt.

Die Stadt Lima ist auch als „die Stadt der Könige“ bekannt und wurde am 18. Januar 1535 am Ufer des Rimac Flusses von dem spanischen Eroberer Francisco Pizarro gegründet. Vor der Kolonisation Limas hatten sich in diesem Ort unterschiedliche Prä-Inka- und Inka-Völkergruppen niedergelassen.

Während des Vizekönigreichs im sechzehnten und siebzehnten Jahrhundert wurde Lima zur wichtigsten und mächtigsten Stadt des Kontinents und zur Hauptstadt Perus mit zentraler Bedeutung für alle kommerziellen und kulturellen Aktivitäten. Aus diesem Grund erlitt die Stadt auch ständige Veränderungen und stellt sich heute als eine Stadt der Kontraste dar, quasi als ein Mikrokosmos, der die Geschichte des ganzen Landes repräsentiert.

Am 28. Juli 1821, nach dem Niedergang des Vizekönigreiches und nach einer Reihe von politischen Bewegungen und Emanzipationskämpfen, verkündete General Jose de San Martin in der Stadt Huaura die Unabhängigkeit Perus. Damit begann die Periode der republikanischen Staatsform, die bis heute besteht.

Heute ist Lima eine moderne Stadt, die nach offizieller Angabe aufgrund der Volkszählung im Jahr 2006 8.445.211 Einwohner zählt (ENCO, 2006).

Die Einwohner Limas bekennen sich zu 95.2% zu einer Religion (ENCO, 2006). Davon geben 86.4% an, Katholiken zu sein, 9.6% zählen sich zu den Protestanten und 0.9% sind bekennende Adventisten.

### 1.1.2 Humanquiua

Huamanquiua ist ein Viertel, das in der Provinz mit dem Namen Victor Fajardo in der Stadt Ayacucho liegt. Dieses Viertel liegt auf 3.350 m über dem Meeresspiegel im Mittelgebirge, im südlichen Teil des Andenstaates Peru und wird in vier unterschiedliche indigene Gemeinden unterteilt: die indigene Gemeinde Huamanquiua, Nazareth de Uchu, Tinca und San Juan de Patará. Das Viertel Humanquiua hat nach letzter Angabe der Volkszählung im Jahr 2005 insgesamt 1.324 Einwohner. In Huamanquiua wird Quechua und Spanisch gesprochen, aber an den meisten Schulen wird nur Spanisch gelehrt.

Für die indigene Gemeinde spielt die familiäre Struktur eine sehr wichtige Rolle, sowohl bezüglich der Aufrechterhaltung und Weitergabe von kulturellen Traditionen als auch in Bezug auf die ökonomische Integrität der Familien selbst und der Gemeinde. Außerdem arbeitet die ganze Familie aktiv in den verschiedenen Arbeitsgemeinschaften mit. Ein Beispiel davon ist das *yarpa aspiy* zur Reinhaltung des Wasserkanals und die Vorbereitung auf die Ernte.

Die Landwirtschaft und das Halten von Schafen sind die wichtigsten Aktivitäten in der indigenen Gemeinde von Huamanquiua und das Leben der Einwohner richtet sich danach. In den Monaten von Dezember bis April wandern zum Beispiel die Familien an die Küste in die Gegend von Lima, Ica und auch nach Ayacucho, um ihre landwirtschaftlichen Produkte zu verkaufen. Kinder und Frauen wandern während dieser Monate mit der Herde in das Hochland. Ab April kehrt die jugendliche Bevölkerung zurück, um sich für die Kartoffelernte vorzubereiten, die im Mai zusammen mit der Honigproduktion stattfindet. Im Juni beginnen die Erwachsenen mit der Ernte von Ackerbohnen und Erbsen und im Juli widmen sich die Familien dem Ernten und Dreschen des Getreides. Im August findet die Herranza Andina statt. Dieses Ritual zielt darauf ab, sich bei der Pachamama oder Muttererde und den Apus –

das sind geistige Wesenheiten, die durch geographische Merkmale repräsentiert sind, in diesem Fall durch einen Hügel – für die zur Verfügung stehenden Herden zu danken. Im Oktober werden die Böden und Äcker für die Dezemberernte bestellt.

Nach Angaben des ENCOs aus dem Jahr 2006 bekennen sich in Ayacucho 98.2% der Bevölkerung zu einer Religion. 82.8% geben an, der katholischen Religion anzugehören, 16.0% der evangelischen und 0.2% sagen, sie seien Adventisten.

### **1.1.3 Suiziddaten für Lima und Callao**

Die Prävalenz und Inzidenz des Suizids in dieser Region ist auf Grund des Defizits an wissenschaftlich fundierten Studien schwer zu schätzen. Dieses Defizit existiert trotz der Annahme, die von verschiedenen peruanischen Medien verbreitet wird, dass nämlich der Suizid in Peru ein anerkanntes wachsendes gesellschaftliches Problem sei.

Auf Basis von epidemiologischen Studien, die in Lima durchgeführt worden sind, können bestimmte Charakteristika von PatientInnen, die auf Grund eines Suizidversuchs stationär im Krankenhaus aufgenommen wurden, aufgezeigt werden. In Bezug auf das Geschlecht zeigt sich, dass der Großteil der Stichproben weiblichen Geschlechts ist. Die meisten Studien berichten von einem Verhältnis von drei bzw. vier zu eins zwischen Männern und Frauen (Anticona, Uscata, Fuentes & Aguirre, 1999; Durand, Mazzotti & Vivar, 1999; Mosquera del Águila, 2006; Vasquez, 1997a, 1997b). Es gibt eine hohe Prävalenz bei den Patienten im Alter zwischen 14 und 30 Jahren, vor allem bei den Frauen (Anticona et al., 1999; Mosquera del Águila, 2006).

Die Anzahl an ledigen PatientInnen bei beiden Geschlechtern ist bei den meisten Studien überrepräsentiert (Mosquera del Águila, 2006), die Gruppe der Verheirateten war in den meisten Studien am wenigsten repräsentiert (Mosquera del Águila, 2006). Die am

häufigsten gewählte Suizidmethode war in den meisten Stichproben eine Überdosis von Medikamenten oder Pestiziden bei den Frauen, bei den Männern waren gewaltsamere Methoden, wie z.B. der Gebrauch von Waffen, das Erhängen oder von einer Brücke zu springen am häufigsten (Anticona et al., 1999; Duran et al., 1999; Mosquera del Águila, 2006; Vásquez, 1997a). Es wurde auch in mehreren Studien berichtet, dass ca. der Hälfte der PatientInnen schon mindestens einen Suizidversuch oder auch mehrere hinter sich hatten (Durand et al., 1999).

Als Beweggründe für den Suizidversuch wurden in den Studien Konflikte in der Partnerschaft und/oder in der Familie genannt (Anticona et al., 1999; Mosquera del Águila, 2006). Die häufigste Diagnose innerhalb der Stichproben waren depressive Störungen, gefolgt von psychotischen und Persönlichkeitsstörungen (Anticona et al., 1999; Durand et al., 1999)

Im Jahr 2002 wurde eine breit angelegte epidemiologische Studie vom peruanischen Institut für geistige Gesundheit Honorio Delgado Hideyo Noguchi (Instituto Nacional de Salud Mental [INSM]) publiziert. Die Studie wurde anhand einer nicht klinischen Stichprobe aus der großstädtischen Region von Lima und Callao durchgeführt. Insgesamt nahmen an dieser Studie 4.388 Personen teil, davon waren 2.077 Erwachsene zwischen 18 und 91 Jahre alt.

Bei der Studie des INSMs wurden mit Hilfe von Fragebögen zusammen mit demographischen Daten auch andere psychische und psychosoziale Daten erfasst, u.a. Lebensqualität, Lebens- und Arbeitszufriedenheit, Suizidalität, Gewalt, Alkohol- und Drogenabhängigkeit, psychische Störungen, Religiosität, Armut etc.

Bezüglich Suizidalität wurde in der oben genannten Studie berichtet, dass 30.3% der Stichprobe bei der Gruppe der Erwachsenen mindestens einmal im Leben an Suizid gedacht hatten. 5.2% dieser Gruppe hat mindestens einmal im Leben einen Suizidversuch

durchgeführt und 11.6% dieser Personen gaben an, es nochmal versuchen zu wollen. Die beiden am häufigsten genannten Gründe waren Konflikte in der Partnerschaft bei den Frauen und ökonomische Probleme bei den Männern. Als Schutzfaktoren wurden familiärer Zusammenhalt und Religiosität, die vom INSM anhand des Grades der religiösen Überzeugungen und aktiven Teilnahme/Teilhabe an einer Glaubensgemeinschaft erfasst wurde.

#### **1.1.4 Suiziddaten in Huamanquiua**

Die Situation der indigenen Bevölkerung in Südamerika sowie in anderen Teilen der Welt braucht noch immer sehr viel Unterstützung von Seiten der jeweiligen Regierungen sowie der internationalen Institutionen und der Gesellschaften an sich. In Peru brauchen Themen wie fehlender Respekt der Diversität und Identität anderen Kulturgruppen gegenüber, Gleichheit von Bildungschancen, Zugang zu einer guten Gesundheitsversorgung, Armut, aktive Teilnahme der indigenen Bevölkerung an Entscheidungen, die wichtig zur Verbesserung ihrer Situation sein könnten, noch immer Lösungen, die dazu beitragen würden, dass ein großer Teil der peruanischen Bevölkerung aktiv am ökonomischen Wachstum der Region teilnehmen kann.

In dem Bericht der Wirtschaftskommission für Lateinamerika und die Kariben (Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL]) der Vereinten Nationen (UN) aus dem Jahr 2006 bezüglich der sozialen Lage der indigenen Bevölkerung ist Peru mit insgesamt 8.5 Millionen das Land mit dem größten indigenen Bevölkerungsanteil in dieser Region, das repräsentiert 32% der peruanischen Bevölkerung. Bedauerlich ist, dass der Anteil an Analphabeten in diesem Teil der peruanischen Bevölkerung bei 15.5% liegt, das ist im Vergleich zum landesweiten Durchschnitt, der bei 7.2% liegt, deutlich höher (ENCO, 2006). Auch im Bereich Gesundheit zeigen sich bei der indigenen peruanischen Bevölkerung

negativere Ziffern im Vergleich zu den nicht-indigenen Menschen, die sich u.a. in höheren Mortalitätsraten bei Kindern widerspiegeln (Ribotta, 2010).

All das sind Faktoren, die dazu beitragen können, dass, obwohl die Suizidraten in Lateinamerika im Vergleich zu den Suizidraten anderer Kontinente niedriger sind, die Suizidrate innerhalb der indigenen Bevölkerungsgruppe in diesen Ländern am höchsten einzustufen ist (international work group for indigenous affair-IWGIA, 2012).

Die Studie der Vereinten Nationen (UN) von 2009 in Bezug auf die allgemeine Lage der indigenen Bevölkerung (state of world's indigenous peoples, 2009) weist darauf hin, dass die im Vergleich zu den jeweiligen Ländern relativ hohen Suizidraten bei indigenen Bevölkerungsgruppen, insbesondere bei der Gruppe der Jugendlichen, in einem Kontext von Diskriminierung, Marginalisierung, traumatischen Kolonialisierungsformen und dem Verlust von traditionellen Lebensformen zu verstehen ist.

Victor Fajardo ist eine derjenigen Regionen Perus mit der höchsten Anzahl an menschlichen Opfern als Folge der Gewalt nicht nur der maoistischen Terrororganisation, die sich selbst als kommunistische Partei Perus auf dem leuchtenden Pfad José Carlos Mariátegui (PCP-SL) bezeichnete, sondern auch der Streitkräfte und der paramilitärischen Organisation, die den Auftrag der peruanischen Regierung hatte, Militanten von PCP-SL aufzusuchen und zu eliminieren. Die peruanische Wahrheits- und Versöhnungskommission aus dem Jahr 2003 spricht von 10.686 Opfern im Zeitraum von 1980 bis 2000 in dieser Region, die 42.3% der Betroffenen im ganzen Land repräsentieren.

Die Auswirkungen des Bürgerkriegs sind für die Region vielfältig, sie gehen von einer dramatischen Reduzierung der Bevölkerungsdichte, einer Zunahme der Migration zu den Küstenstädten, einer volkswirtschaftlichen und produktiven Zerlegung, einer Vernichtung von kommunalen und staatlichen Leistungen, einem Verlust von bürgerlichen und politischen



Rechten, einem Abbau von institutionellen Rahmen bis hin zu psychologischen und emotionalen Folgen in der Bevölkerung aus (the truth and reconciliation commission, 2003).

Obwohl die oben genannten Daten für eine intensivere und systematischere Auseinandersetzung mit der Lage der indigenen Bevölkerung in Bezug auf mögliche Risikofaktoren für psychische Erkrankungen und Suizidalität und die darauf folgenden Alternativen zur Vorbeugung und Behandlung sprechen, gibt es in Peru kaum wissenschaftliche Information über das Thema und noch weniger für diesen Teil der Bevölkerung.

Das Institut für geistige Gesundheit Honorio Delgado Hideyo Noguchi (INSM) publizierte 2003 eine epidemiologische Studie über die Lage in Ayacucho. An der Studie nahmen insgesamt 1.301 Erwachsenen teil. Zusammengefasst berichtet die Studie zum Thema Suizidalität, dass 39.2% der Stichprobe irgendwann in ihrem Leben mindestens einmal darüber nachgedacht haben, sich selbst zu töten, 16.9% im letzten Jahr und 8.3% im letzten Monat. 5.2% der Stichprobe haben mindestens einmal in ihrem Leben einen Suizidversuch unternommen. Die von der Stichprobe am häufigste genannten Gründe, vor allen bei Frauen, waren Probleme in der Partnerschaft und in der Familie, für die Männer waren vor allem ökonomische Schwierigkeiten ausschlaggebend. Als Schutzfaktor wurde familiärer Zusammenhalt genannt, wie beispielsweise, gemeinsame Werte und Prinzipien zu verfolgen oder der Glaube an religiöse Werte.

## **1.2 Kulturelle Faktoren des Suizids**

Um das Phänomen des Suizids als Ganzes zu verstehen, wird es notwendig, sich mit den unterschiedlichen Faktoren, die das Suizidverhalten, die Suizideinstellung und den vollendeten Suizid beeinflussen, auseinander zu setzen. Dabei spielen die Wechselwirkungen

zwischen kulturell bedingten Einstellungen und Gewohnheiten und der Lebensgeschichte jedes Individuums eine wichtige Rolle (Karl, 1998; Eskin, Voracek, Stieger & Altinyazar, 2011). Da davon ausgegangen werden kann, dass es einen Zusammenhang zwischen Einstellung gegenüber Suizid und Suizidgedanken bzw. Suizidplanung gibt (Joe, Romer & Jamieson, 2007) und dass dieser Zusammenhang ein vielschichtiges und komplexes Zusammenspiel von demographischen und psychosozialen Faktoren ist (Nader, Tran, Baranyai & Voracek, 2012), wird im folgenden Abschnitt auf einige dieser Faktoren näher eingegangen.

### **1.2.1 Religiosität**

Die Tatsache, dass es einen Zusammenhang zwischen religiösen Einstellungen und Praktiken und Suizid gibt, wurde schon 1897 von Durkheim in seinem Buch *Le suicide* erkannt. Er besagt, dass der positive bzw. schützende Einfluss der Religion auf die Bereitschaft Suizid auszuüben nicht auf die Glaubenssätze oder Riten einer bestimmten Religion zurückzuführen ist, sondern vielmehr ist der schützende Einfluss einer Religion auf den kollektiven Zusammenhalt dieser Gemeinschaften zurückzuführen, der auf bestimmten gemeinsamen Überzeugungen, Praktiken, Traditionen und Pflichten basiert (Durkheim, 1951).

1983 postulierte Stack eine neue Theorie über die Beziehung zwischen Religion und Suizid, da seiner Meinung nach das Konzept der religiösen Integration von Durkheim weniger Aussagekraft für die damaligen neuen gesellschaftlichen Strukturen hatte. Bei der so genannten „*Commitment* Theorie“ nach Stack dienen bestimmte religiöse Kernüberzeugungen als Schutzfaktoren gegen Suizid, wie zum Beispiel der Glaube, dass das Leiden der Wille Gottes sei und nicht reiner Zufall: Das Leid erhgält in diesem Kontext einen Zweck und den Wert der Beharrlichkeit (Stack, 1983).

Andere Theorien, die den Ansatz von Durkheim erweitern, sind die *Network* bzw. *Community* Theorien (Pescosolido & Georgiana, 1989). Diese Theorien besagen, dass ein grundlegender Wandel in der sozialen Organisation die Basis der Netzerkennung verändert. Eine Veränderung der Sozialorganisation beeinflusst die Funktion der Religion im Alltagsleben der Menschen, dies aber in Zusammenhang mit einer spezifischen geographischen Lage und Epoche (Pescosolido & Georgiana, 1989). Die schützenden Effekte der Religion gegen Suizid basieren auf der Fähigkeit einer Glaubensgemeinschaft, ihre Glaubensgenossen unter einer starken organisationalen Basis zusammenzuhalten (Pescosolido, 1990).

Neeleman, Halpern, Leon und Lewis (1997) fanden heraus, dass vor allem religiöse Überzeugungen und der Grad der Suizid-Akzeptanz und weniger die Zugehörigkeit einer Ortsgemeinde und Kirchgang, in Zusammenhang mit niedrigerer Suizidrate stehen, was die Aussagen der *Commitment* Theorie unterstützt.

Sowohl Studien auf einer aggregierten und individuellen Ebene als auch ökologische Studien und kulturvergleichende Studien wiesen den Zusammenhang zwischen Religion und Suizid in einem Kontext, in dem Religiosität ein Set von Coping-Strategien gegen Suizidalität anbietet, nach (Colucci & Martin, 2008; Boyd & Chung, 2012). Kelleher, Chambers, Corcoran, Williamson und Keeley (1998) fanden z.B. bei dem Vergleich von Suizidraten zwischen Mitgliedsländern der *International Association for Suicide Prevention* (IASP) heraus, dass in den Ländern mit religiösen Sanktionen gegen Suizid die offizielle Suizidrate niedriger war als in den Ländern ohne religiöse Sanktionen gegen Suizid und dass dieser Effekt noch deutlicher bei Frauen als bei Männern zum Tragen kommt. Stack und Kposowa (2011) stellten auch fest, dass Personen, die in Ländern mit einer hohen Religiosität wohnen, sich

ihrer religiösen Glaubensgemeinschaft verpflichtet fühlten und sich aktiv dafür engagierten. Diese Personen wiesen auch eine niedrigere Suizid Akzeptanz auf.

### **1.2.2 Einstellung gegenüber Suizid und gegenüber einer/einem suizidgefährdeten Freundin/Freund**

Eskin hat in einer Reihe von kulturvergleichenden Studien nachgewiesen, dass in Schweden, einer Gesellschaft, in der nach Ansicht des Autors die Säkularisierung sehr weit fortgeschritten ist, die Einstellung gegenüber Suizid liberaler ist, als beispielsweise im Vergleich zur Türkei, wo Religion, in diesem Fall der Islam, eine wichtige Rolle im alltäglichen Leben der Einwohner spielt und Suizid explizit verboten ist (Eskin, 1995, 1996, 1999). Allerdings waren die Korrelate der Suizidversuche (Eskin, 1995, 1996), als auch die kulturelle Einstellung gegenüber Suizid (Eskin, 1997) zwischen den beiden Gruppen sehr ähnlich, zudem zeigten schwedische StudentInnen mehr Akzeptanz gegenüber einem suizidgefährdeten Peer als die türkischen StudentInnen, die letztere Gruppe zeigte aber mehr Verständnis, wenn ein/e nahestehende/r FreundIn ihre/seine suizidalen Absichten offen darlegt (Eskin, 1999).

Auf Basis dieser Aussagen postuliert Eskin die so genannte *Stigma* Hypothese (Eskin 1995, 1997, 1999), die besagt: Wenn in einem kulturellen bzw. sozialen Kontext negative Einstellungen gegenüber einer suizidalen Person herrschen, dann ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass Personen, die suizidales Verhalten zeigen, von der Gesellschaft isoliert und abgelehnt werden. In einem liberalen und in Bezug auf Suizid permissiven sozialen Kontext wird sich eine Person, die eine Krise durchmacht, mit großer Wahrscheinlichkeit in einen suizidalen Prozess begeben (Eskin, Voracek, Stieger & Altinyazar, 2011).

### 1.2.3 Geschlecht und Alter

In den meisten industrialisierten Ländern des Westens liegt das Verhältnis der Suizidrate von Männern zu Frauen bei zwei bis vier zu eins (WHO, 2011). Bezüglich Suizidgedanken und Suizidversuchen sind bei den meisten Studien die Frauen überrepräsentiert (Canetto und Lester, 1995). Es scheint ein umgekehrtes Geschlechtsmuster beim tödlichen und nicht-tödlichen Suizidverhalten zu geben. Aufgrund dessen stellten Canetto und Sakinofsky (1998) die Fragestellung, ob dieser angebliche *Gender Paradox* real oder ein Artefakt ist. Die Autoren kamen zu dem Schluss, dass ein solches Paradox in den industrialisierten westlichen Kulturen tatsächlich existiert, allerdings wird es durch kulturelle gesellschaftliche Skripts bezüglich Geschlecht und Suizidverhalten stark beeinflusst. Solche Skripts gelten für die Personen als ein Modell für ihr eigenes suizidales Verhalten und tragen für sie auch zum Verständnis des suizidalen Verhaltens anderer bei.

Pritchard und Hean (2008) verglichen die Statistiken in Bezug auf Suizid und unbestimmte Todesfälle von 18 lateinamerikanischen Ländern zwischen 1998 und 2000. Dabei fanden die Autoren heraus, dass in den meisten lateinamerikanischen Ländern eine höhere Suizidrate in der Altersgruppe der jugendlichen und jüngeren erwachsenen Männer zwischen 15 und 34 Jahre im Vergleich zu allen anderen Altersgruppen zu finden ist. Ein ähnliches Geschlechts- und Altersmuster wurde bei den unbestimmten Todesfällen bemerkt, eine Ausnahme stellte Uruguay dar: In diesem Land waren bei den Frauen im Vergleich zu den Männern signifikant höhere Suizidraten festzustellen.

Neeleman et al. (1997) fanden heraus, dass der negative Zusammenhang zwischen Religiosität und Suizid Akzeptanz bzw. Suizidraten für die Stichprobe der Männer in hoch religiösen Ländern signifikanter war als in weniger religiösen Ländern, während bei den Frauen dieser Zusammenhang nicht vom Umfeld, sondern nur von ihrem eigenen Glauben

geprägt wurde. Diese Ergebnisse wurden von Neeleman und Lewis (1999) erweitert: Die Autoren stellten fest, dass der Zusammenhang zwischen Religiosität und Suizidraten bei den Frauen in allen 26 untersuchten Ländern stabil blieb, während er bei der Gruppe der Männer durch ökologische Variable bzw. sozioökonomische Mechanismen beeinflusst wird. Die Autoren kamen zu dem Ergebnis, dass Suizid-Akzeptanz nicht individuell, sondern auch kontextuell von religiösen Überzeugungen abhängt.

### **1.2.4 Migration**

Der Prozess der Migration hat in einem Kontext der Globalisierung sehr an Bedeutung gewonnen. Die Zahl der internationalen MigrantInnen ist 2010 auf ein Allzeithoch gestiegen. Gemäß des World Migration Reports der internationalen Organisation für Migration (IOM) werden weltweit 214 Millionen internationale MigrantInnen gezählt, d.h. rund drei Prozent der Weltbevölkerung leben für länger als ein Jahr außerhalb ihres Geburtslandes. Flüchtlinge und Vertriebene machen weltweit etwa 16 Millionen Menschen aus, sie halten sich größtenteils in Nachbarstaaten der Konfliktherde auf. Europa bringt rund 70 Millionen Menschen (33% der weltweit gezählten MigrantInnen), Asien rund 28%, Nordamerika 23%, Afrika 9%, Südamerika 4% und Australien 3% unter.

Zwischen 1990 und 2011 wird geschätzt, dass die Anzahl der PeruanerInnen, die ihr Land für ein Jahr oder länger verlassen haben, die Höhe von 2.444.634 erreichte (IOM, 2012). Nach der IOM war das erste Zielland der peruanischen Auswanderer Chile (29.0%), gefolgt von den USA (16.3%), Bolivien (16.1%), Ecuador (12.6%) und Spanien (8.2%). Bezüglich des Geschlechts war die Mehrzahl der Auswanderer weiblichen Geschlechts (50.6%).

Migration wird mit anderen Subprozessen und Begriffen assoziiert, wie Wanderbewegung, Zusammenstoß von unterschiedlichen Lebensformen und Denkweisen, der

zu einer Symbiose führen kann, Entstehung von etwas Neuem, aber dieser Zusammenstoß kann auch zur Abgrenzungen führen. Umstritten ist, ob durch den Prozess der Migration, sei dieser freiwillig oder unfreiwillig, Herausforderungen entstehen, sowohl für die Einheimischen als auch für die Einwanderer.

Migrationsbedingte Herausforderungen spiegeln sich auf einer politischen wirtschaftlichen Makroebene wider, aber auch auf einer individuellen Mikroebene sind solche Herausforderungen zu spüren. Zahlreiche Staaten haben mit der Konzeption und Gestaltung der nationalen Migrationspolitik erhebliche Schwierigkeiten. Auf einer Seite stellt sich die Öffnung für Zuwanderer aus wirtschaftlicher Sicht als notwendig dar, um Engpässe am Arbeitsmarkt auszugleichen, auf anderer Seite wächst die Sorge der Bevölkerung über zusätzliche Konkurrenz um wenige Jobs.

Solche Herausforderungen werden mit dem Begriff „Integration“ miteinander verbunden. Es wird versucht, den Integrationsprozess anhand von mehreren Indikatoren messbar zu machen. Im statistischen Jahrbuch des österreichischen Integrationsfonds aus dem Jahr 2012 wird der Integrationsprozess anhand von 25 Indikatoren gemessen, diese kann man in sieben Dimensionen zusammenfassen: Bildung und Sprache, Arbeit und Beruf, Gesundheit und Soziales, Sicherheit, Wohnen und räumlicher Kontext und die subjektive Dimension. Bezüglich der Gesundheitsdimension ist in dem oben genannten Jahrbuch zu finden, dass Personen türkischer und ex-jugoslawischer Herkunft seltener als Personen österreichischer Herkunft, Früherkennungs- und Vorsorgeangebote in Anspruch nehmen und häufiger unter Migräne, chronischer Angst und Depression leiden. Sowohl die Armutgefährdung als auch die manifeste Armut ist bei Personen mit nicht österreichischer Herkunft höher (25%-16%) als bei Personen mit österreichischen Herkunft (11%-6%). Die Mehrheit der einheimischen

Bevölkerung war mit dem Integrationsprozess unzufrieden, während die Mehrheit (87.1%) der zugewanderten Bevölkerung sich in Österreich „völlig“ oder „eher“ heimisch fühlte.

In der wissenschaftlichen US-Literatur zum Thema geistige Gesundheit bei MigrantInnen, darunter auch Suizidalität, wird der Begriff der Akkulturation sehr oft verwendet. Die Herausforderung durch Akkulturationsprozesse kann negativ auf die geistige Gesundheit wirken, vor allem dann, wenn ungenügend Coping-Strategien, wie z.B. familiäre Kohäsion, vorhanden sind. Dabei soll beachtet werden, dass es sich bei dem Akkulturationsprozess um einen multidimensionalen Prozess handelt, der sich auf einer Verhaltens-, Werte- und Identitätsebene äußert (Hunt, Schneider & Comer, 2004). Trotzdem werden in einem Großteil der Studien nur die Verhaltenskomponenten berücksichtigt, z.B. das Sprachenniveau (Schwartz, Unger, Zamboanga & Szapocznik, 2010). Außerdem wird die Akkulturation-Variable in den Studien oft nicht klar definiert und dadurch auch nur vage operationalisiert (Hunt et al., 2004).

In den USA weisen junge Frauen mit lateinamerikanischem Migrationshintergrund höhere Raten an Suizidversuchen im Vergleich zu nicht-hispanischen MigrantInnen auf (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2012). Canino und Roberts (2001) weisen auch darauf hin, dass die Suizidraten der lateinamerikanischen Bevölkerung in den USA höher ist als die Suizidraten in ihren Heimatländern. Bei dem Vergleich der unterschiedlichen lateinamerikanischen Gruppen in den USA bezüglich Suizidversuch und Suizidideation über die Lebensdauer hinweg, fanden Fortuna, Perez, Canino, Sribney und Alegria (2007) in einer repräsentativen Stichprobe heraus, dass es keinen signifikanten Unterschied in Bezug auf die Suizidideation zwischen den Gruppen gab. Die Autoren weisen darauf hin, dass unterschiedliche Aspekte des Akkulturationsprozesses, wie etwa die jeweiligen aktiven Englischkenntnisse, die gesprochene Sprache in der Kindheit und ein



nativer nordamerikanischer Elternteil, Risikofaktoren für das Suizidverhalten sind. Andere Risikofaktoren für Suizidversuch waren Akkulturationsstress in der Familie, Verlust, Instabilität oder andere maßgebliche Probleme in der Familie sowie Diskrimination. Als protektive Faktoren führten die Autoren familiären Zusammenhalt und Religiosität an.

Yilmaz und Riecher-Rössler (2008) fanden anhand einer Stichprobe türkischer ImmigrantInnen, die nach einem Suizidversuch in der Notfallstation des Universitätsspitals Basel aufgenommen worden waren, heraus, dass die Suizidversuche von in der Adoleszenz immigrierten Personen deutlich überrepräsentiert sind. Das Suizidrisiko war in der Studie höher bei jungen Frauen, vor allen bei der MigrantInnengruppe der zweiten Generation. Die Autoren weisen darauf hin, dass Gewalt in der Familie ein Suizidrisiko bei Frauen beider Generationen darstellt und auch die Ausweisungsfahr vor allen bei MigrantInnen der ersten Generation als Anlass für suizidale Handlungen gelten müsse.

### **1.2.5 Bereitschaft zur Inanspruchnahme psychologischer Hilfe**

Alonso et al. (2007) berichten anhand einer großen europäischen Umfrage ( $n = 8.796$ ) in sechs Ländern, dass geschätzte 3.1% der erwachsenen Bevölkerung in der gesamten Stichprobe einen ungedeckten Bedarf an psychischer Gesundheitsversorgung hatten und fast die Hälfte von denen, die eine notwendige psychische Behandlung benötigten, keine medizinische Hilfe erhielten.

Bezüglich des Geschlechts zeigt die Mehrheit der Studien (Vogel & Wester, 2003), dass Männer weniger positive Einstellungen gegenüber dem Aufsuchen psychologischer professioneller Hilfe als Frauen haben. Andere Faktoren, die in Zusammenhang mit der Abneigung gegen professionelle psychologische Hilfe stehen, sind u.a. Selbst-Stigmatisierung, erwartete individuelle Diskriminierung und strukturelle Diskriminierung, die

von individuellen und kulturellen Erfahrungen und Werten abhängig sind (Golberstein, Einsenberg & Gollust, 2008; Schomerus & Angermayer, 2008), niedriger sozio-ökonomischer Status (Leaf, Bruce, Tichler & Holzer, 1987), niedriges Bildungsniveau (Sheikh & Furnham, 2000), niedrige Bereitschaft, Emotionen zu zeigen, soziale Kohäsion, Ethnizität und Religiosität (Midlarsky, Pirutinsky & Cohen, 2012) und Einstellungen bezüglich der Ursache für geistige Störungen (Leong & Zachar, 1999).

Sareen et al. (2007) weisen in einer ländervergleichenden Studie in den USA, Ontario und Niederlande darauf hin, dass in allen drei Ländern die Hindernisse, sich psychologische Dienstleistungen auszusuchen, vor allem auf Einstellungsgegebenheiten, z.B. auf der Idee, dass es besser wäre, wenn man das Problem für sich selbst allein lösen könnte, zurückzuführen sind und weniger auf strukturelle Gegebenheiten, z.B. Schwierigkeiten, einen Termin zu bekommen. Die systematische Studie zeigte, dass die Befragten mit geringerem Einkommen in den Vereinigten Staaten eher von finanziellen Barrieren berichteten, um Dienstleistungen im Bereich der psychischen Gesundheit aufzusuchen, während die Befragten mit geringerem Einkommen aus anderen Ländern mit geringeren Einschränkungen in Bezug auf die Zugänglichkeit zur speziellen psychosozialen Dienstleistungen dieses doch in Anspruch nehmen.

Bezüglich Religiosität und kulturellen Determinanten zur Inanspruchnahme psychologischer Hilfe fanden Midlarsky et al. (2012) in einem Vergleich zwischen jüdischen Amerikanern, nicht-jüdischen Amerikanern und Afro-Amerikanern heraus, dass jüdische Amerikaner im Vergleich zu den nicht jüdischen Amerikanern mehrere positive Einstellungen gegenüber den Fähigkeiten der Psychotherapeuten, tatsächlich zu helfen, äußerten sowie mehr Toleranz gegenüber irgendwelchen assoziierten Stigmata zum Aussuchen psychologischer Hilfe und höherer interpersoneller Offenheit zeigten. Die Studie von Midlarsky et al. (2012)

weist auch darauf hin, dass, obwohl jüdische Amerikaner in Bezug auf die Entstehung von Problemen eine höhere externe Kontrollüberzeugung zeigten, in Bezug auf die Lösung ihrer Probleme aber eine höhere interne Kontrollüberzeugung aufwiesen. In letzterem unterscheidet sie sich signifikant von den anderen Gruppen.

Die Tatsache, dass Religiosität ein wichtiger Faktor für das Verstehen von Einstellungen gegenüber dem Aufsuchen von psychologischer Hilfe ist, wurde auch in der Studie von Sheikh und Furnham (2000) aufgezeigt. Die Autoren fanden heraus, dass Muslime niedrigere Werte bei der positiven Einstellung gegenüber dem Aussuchen professioneller Hilfe im Vergleich zu Personen mit keiner religiösen Zugehörigkeit haben.

Mikhail, Wali und Ziment (2004) berichten in einer Querschnittserhebung zur Verwendung von Alternativmedizin, z.B. Vitaminen, Heilkräutern, Gebeten, anhand von mexikanischen, zentralamerikanischen und südamerikanischen MigrantInnen in den USA, dass 63% der Stichprobe ein oder mehrere Arten von Alternativmedizin verwendeten, davon waren die Mehrheit Frauen und Personen mit niedrigerem Einkommen, niedrigerem Bildungsniveau und weniger guten Englischkenntnissen. In mehreren publizierten Studien in den USA wird belegt, dass als „arm“ eingestufte lateinamerikanische MigrantInnen weniger Zugang zu spezialisierten psychosozialen Dienstleistungen haben (Alegría et al., 2002). Andere Faktoren, die den Zugang der lateinamerikanischen Bevölkerung in den USA zu den psychosozialen Diensten erschwerend sind, u.a. sprachbedingte Barrieren, Akkulturationsniveau, Selbstvertrauen in Zusammenhang mit psychischen Problemen, fehlende Übernahme von lateinamerikanischen Weltanschauungen im psychischen Gesundheitswesen und Einstellung zur Ursache psychischer Probleme (Alegría et al., 2002; Garcés, Scarinci & Harrison, 2006).

## 1.2.6 Lagentheorien über die Ursache von Suizid

Lester und Bean (1992) entwickelten eine Skala zur Erfassung der Ursachenzuschreibungen für Suizid. Diese Skala wurde von den Autoren auf Basis einer Theorie erstellt, die die Ursachen von Suizid in drei unterschiedliche Faktoren unterteilt: interpersonale Ursachen, z.B. familiäre oder partnerschaftlich bedingte Probleme, intrapsychische Ursachen, z.B. solche, die eine Krankheit zugrunde liegen und soziale Ursachen, z.B. auf Basis von gesellschaftlicher oder kulturell bedingter Unterdrückung.

Der Grundgedanke der Autoren stützte sich darauf, dass ein Laie im Gegensatz zu einem Experten andere zugrundeliegende Erklärungen für die Ursachen von psychischen Erkrankungen erkennen kann und diese auf Basis von demographischen, kulturellen, kognitiven, persönlichen Eigenschaften und Einstellungen modifiziert werden können (Lester & Bean, 1992).

Voracek, Loibl und Lester (2007b) fanden in einer Studie mit Psychologie-StudentInnen an der Universität Wien moderate positive Interkorrelationen zwischen allen drei oben genannten Dimensionen heraus. Ähnliche Ergebnisse wurden auch von Lester und Bean (1992), Walker, Lester und Joe (2006) und Loibl und Voracek (2007) mit unterschiedlichen Stichproben erzielt. Die Autoren weisen nach diesen Ergebnissen darauf hin, dass Laien an eine bestimmte Ursache von Suizid glauben, unabhängig davon, um welche Art (intrapsychische, interpersonale oder soziale Ursache) es sich handelt.

Loibl und Voracek (2007) zeigten bei einer Stichprobe in Österreich auf, dass intrapsychische Ursachen von Suizid mit höherem Alter, Religiosität, konservativen politischen Orientierungen und dem Glauben an eine internale Kontrollüberzeugung korrelieren. Auch Loibl, Tran, Hirner und Voracek (2008) fanden in einer Stichprobe mit

Psychologie-StudentInnen eine starke Korrelation zwischen Religiosität und Spiritualität und intrinsischen Ursachen für Suizid. In einer kulturvergleichenden Studie zwischen US-Amerikanern und türkischen StudentInnen fanden Vatan, Gençöz, Walker und Lester (2010) heraus, dass türkische StudentInnen interpersonale Ursachen für Suizid als weniger wichtig betrachten, während soziale Ursachen für sie mehr wogen im Vergleich zu den US-amerikanischen StudentInnen. Nichtsdestotrotz überwogen die Ähnlichkeiten in den Antworten bei allen drei Skalen zwischen den beiden Gruppen. Diese Tatsachen deuten nach Meinung der Autoren darauf hin, dass die Anhaltspunkte der Experten für die Ursachen von Suizid für Laien weitgehend irrelevant sind.

Wissenschaftlich konnte belegt werden, dass genetische Risiko-Faktoren eine wichtige Rolle beim Suizidverhalten spielen. Voracek und Loibl (2008a) fanden z.B. in einer Meta-Analyse zur Untersuchung der Beziehung zwischen Migrations- und Geburtsländerstudien, dass Suizidraten von MigrantInnen in ihrem Gastgeberland, über die Gesamtpopulation und Studien hinweg, mit denen in ihrem Geburtsland übereinstimmen.

Um festzustellen, ob Glaube und Kenntnisse von zukünftigen Fachkräften im Gesundheitswesen, in Bezug auf die genetischen Ursachen von Suizid, den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen entsprechen, entwickelten Voracek, Loibl und Sonneck (2007) eine Skala zur Erfassung des Glaubens an genetische Ursachen von Suizid (BIRFSS). Es fanden sowohl Voracek und Sonneck (2006) in einer Stichprobe von Medizin- und Psychologie-StudentInnen als auch Kölves, Tran und Voracek (2007) in einer ähnlichen Stichprobe aus Estland heraus, dass die aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse über die genetischen Ursachen von Suizid nicht weit in den jeweiligen Stichproben verbreitet sind. Demographische und kulturelle Gegebenheiten wie Geschlecht, Alter, politische Orientierung, Big-five-Persönlichkeitsdimensionen, soziale Erwünschtheit, Lagentheorien von

Suizid und Religiosität üben einen geringen Einfluss auf die Antwortstruktur der Skala (Voracek, Fisher, Loibl, Tan & Sonneck, 2008) aus.

### **1.3 Hypothesenformulierung**

Religion spielt im Leben der PeruanerInnen eine sehr wichtige Rolle, sowohl in der Politik als auch in der Geschichte. Brauchtum und Folklore der Nation sowie die Religion haben noch immer einen starken Einfluss. Obwohl es in Wien einige spanisch sprechende Kirchen und Religionsgemeinschaften gibt, wird vermutet, dass sich peruanische ImmigrantInnen durch Akkulturations- und Anpassungsprozesse an ihren aktuellen Lebensstil in Wien von ihren religiösen Traditionen und Gewohnheiten durchaus entfernen. Auf Basis dieser Aussagen wird folgende Hypothese formuliert:

*„In Peru lebende PeruanerInnen sind religiöser und gehen häufiger in die Kirche als in Österreich lebende PeruanerInnen.“* Bezüglich der Geschlechtsunterschiede folgt die Hypothese: *„Frauen sind religiöser als Männer.“*

Ausgehend von der Vermutung, dass in Peru lebende PeruanerInnen religiöser sind als die in Wien lebenden PeruanerInnen und gestützt auf die Literatur wird davon ausgegangen, dass es einen Zusammenhang zwischen Religiosität und Einstellung gegenüber Suizid gibt. Demgemäß wird folgende Hypothesen formuliert: *„PeruanerInnen in Peru haben eine negativere Einstellung gegenüber Suizid als PeruanerInnen in Österreich.“*

Da die Suizidraten in Peru niedrig sind und Suizid von Seiten der Religion abgelehnt wird, kann, angelehnt an die Stigma-Hypothese, folgende Hypothese formuliert werden: *„PeruanerInnen in Peru weisen positivere Einstellungen gegenüber einem suizidgefährdeten Freund auf als PeruanerInnen in Österreich.“*

Entstehungstheorien für Suizid werden durch kulturell bedingte Gegebenheiten beeinflusst. Dadurch wird es wichtig, solche Einstellungen zu erforschen, um suizidales Verhalten in bestimmten Kulturen besser verstehen zu können. Es wird einen Zusammenhang zwischen Religiosität und Glauben an intrapsychische Ursachen für Suizid vermutet. Auf Basis dieser Aussage wird folgende Hypothese formuliert: **„In Peru lebende PeruanerInnen weisen höhere Werte auf der Subskala intrapsychischer Ursachen für Suizid auf, als in Österreich lebende PeruanerInnen.“** Zusätzlich dazu: **„Frauen haben höhere Werte auf der Subskala intrapsychischer Ursachen für Suizid als Männer“.**

Kulturelle Gegebenheiten scheinen den Glauben an den Einfluss von genetischen Faktoren auf Suizid kaum zu beeinflussen, daher wird folgende Hypothese formuliert: **„PeruanerInnen in Peru und PeruanerInnen in Österreich erzielen ähnliche Ergebnisse in Bezug auf Glauben an den Einfluss genetischer Faktoren auf Suizid.“**

Die Bereitschaft zur Inanspruchnahme professioneller psychologischer Hilfe fällt bei MigrantInnen aus verschiedenen Ländern niedrig aus. Diese Tatsache basiert auf verschiedenen Faktoren, wie Sprachkenntnisse u.a. Von dieser Aussage ausgehend wird folgende Hypothese formuliert: **„In Peru lebende PeruanerInnen weisen höhere Werte bezüglich der Bereitschaft zur Inanspruchnahme von psychologischer Hilfe auf als in Österreich lebende PeruanerInnen.“**





# Methoden



## **2.1 Auswahl der Stichprobe**

Die Stichprobe für die vorliegende Studie besteht aus PeruanerInnen, die in Peru leben und aus PeruanerInnen, die in Österreich leben. Der Großteil der in Peru lebenden PeruanerInnen stammt aus der Provinz von Lima und Callao und ein kleiner Teil aus einer indigenen Gemeinde mit dem Namen Nazareth de Uchu. Die gesamte Stichprobe der PeruanerInnen in Österreich lebt in Wien und der Großteil davon wurde in Peru geboren.

### **2.1.1 Stichprobe**

An der Untersuchung nahmen 319 Personen teil. In Peru füllten 182 Personen, davon 106 Männer und 76 Frauen, die Fragebögen aus, in Österreich waren es 137 Personen, davon 51 Männer und 86 Frauen.

Das Alter der Stichprobe der PeruanerInnen in Österreich lag zwischen 18 und 58 Jahren, die PeruanerInnen in Peru waren zwischen 17 und 65 Jahre alt. Der Prozentsatz der Personen mit einer abgeschlossenen Universitätsausbildung ist bei beiden Gruppen höher als in den anderen angegebenen Kategorien (43.1% bei der Gruppe der PeruanerInnen in Österreich und 40.1% bei der Gruppe der PeruanerInnen in Peru). Bezüglich der Aufenthaltsdauer der in Österreich lebenden PeruanerInnen liegen die höchsten Prozentsätze bei 2 Jahren (5.1%), 18 Jahren (5.8%) und 20 Jahren (8.0%).

## **2.2 Datenerhebung**

### **2.2.1 Ablauf der Datenerhebung**

Die Erhebung der Daten fand zwischen Juni 2012 und September 2012 statt. In Österreich wurden die Daten im Juni und Juli 2012 erhoben. Um eine große Anzahl an

Personen für die Untersuchung zu erreichen, wurde neben der Verteilung von herkömmlichen Papier-Bleistift-Fragebögen auch per E-Mail E-Fragebögen an die potenziellen TeilnehmerInnen geschickt. Für diesen Zweck wurde das Programm Limesurvey Version 1.92 verwendet, die Personen konnten alle Frage online beantworten. Um die Variationsbreite der jeweils interessierenden Population zu erweitern, wurde während der Rekrutierung der Stichprobe versucht, mehrere Referenzketten zu bilden. Es wurde in diesem Sinne auch versucht, eine Konzentration auf bestimmte Subgruppen zu vermeiden. Die gesamte Stichprobe in Österreich lebt in Wien und die Rekrutierung fand in drei religiösen südamerikanischen Gemeinden (Zeugen Jehovas, Jesus Christus der Heiligen der Letzten Tage und Adventisten), zwei Sportgruppen (Fußball und Volleyball), zwei Tanzgruppen (Hijos del Sol und Raices Peruanas), einem spanischsprachigen Kindergarten sowie im Rahmen verschiedener lateinamerikanischen Kulturveranstaltungen statt. Die Personen wurden persönlich angesprochen und sie beantworteten die Fragebögen entweder gleich, nahmen sie mit nach Hause um diese zu einem späteren Zeitpunkt ausgefüllt zurückzusenden oder sie gaben freiwillig ihre Email-Adresse bekannt und füllten später die E-Fragebögen aus.

Auf der ersten Seite des Fragebogens, die noch vor Beginn des Ausfüllens gelesen werden sollte, fand sich ein Text, der sowohl Titel und Zweck der Untersuchung beschrieb als auch ausführlich erklärte, auf welche Art und Weise die Fragen zu beantworten seien. Beide Fragebogen-Arten erhielten die gleiche Information und die Reihenfolge der Fragen war auch ident. Für den gesamten Prozess der Datenerhebung und vor allem der Auswertung wurde den TeilnehmerInnen Anonymität und Vertraulichkeit zugesichert, was die von ihnen zur Verfügung gestellten Informationen betrifft. Die Teilnahme an die Studie war freiwillig.

Die Erhebung in Peru fand zwischen August und September statt. Die Gruppe der PeruanerInnen in Lima und Callao bestand aus Freunden, Verwandten und deren Freunden

und Verwandte und es wurde die gleiche Methode wie bei der peruanischen Gemeinschaft in Österreich angewendet. Da die Personen aus der indigenen Gemeinde Nazareth de Uchu weder über Computer noch über einen Internet-Zugang verfügten, mussten die Fragebögen persönlich eingereicht werden. Die Personen wurden durch den Lic. Flores kontaktiert, er arbeitet seit 20 Jahren mit den Einwohnern zusammen und organisiert Tagungen und Schulungen mit dem Zweck, die Naturprodukte aus der Region zu vermarkten und deren Anbau und Produktion zu verbessern. Die Fragebögen wurden an die Familienoberhäupte im Juli abgegeben und im August persönlich eingesammelt und dabei auch alle Fragen und Kommentare von den Personen zu der Studie besprochen.

### **2.2.2 Stichprobengröße und Teststärkeanalysen**

Bevor die Erhebung der Daten stattfand, wurden während der Planungsphase *eine a priori* Teststärkeanalyse sowie eine Einschätzung des Stichprobenumfangs durchgeführt, um festzustellen, wie groß die Stichprobe sein sollte, um statistisch aussagekräftige Ergebnisse zu erzielen (Cohen, 1988). Für die Berechnungen wurde das Programm G\*Power, Version 3.1 (Faul, Erdfelder, Lang & Buchner, 2007; Faul, Erdfelder, Buchner & Lang, 2009) herangezogen.

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

## 2.3 Erhebungsinstrumente

### 2.3.1 Struktur des Fragebogens

Die Fragebögen wurden von der englischen bzw. deutschen Version auf Spanisch übersetzt. Das Verfahren Beliefs in the Inheritance of Risk Factors for Suicide (BIRFFS) von Voracek, Loibl und Sonneck (2007) wurde von der originalen Version, die in Deutsch vorliegt, ins Spanische übersetzt. Die Fragebögen wurden nur jenen Personen vorgelegt, die der spanischen Sprache mächtig waren. Im Falle der Personen aus der indigenen Gemeinde *Nazareth de Uchu* wurden diese Personen gefragt im Vorhinein gefragt, ob sie eine spanische oder eine Quechua Version der Fragebögen bevorzugen. Die Befragten entschieden sich für die spanische Version, da sie zwar beides – Quechua und Spanisch – sprechen können, aber nur Spanisch schriftlich in der Schule gelernt haben.

Für die Übersetzung wurde die *parallel blind technique* (Behling & Law, 2000, S. 23) verwendet. Die Übersetzung von Englisch auf Spanisch wurde von einer Mitarbeiterin der Kommunikations- und Koordinationsabteilung der Wirtschaftskammer Wien im Bereich der Europäischen Union und einer Studentin der Fakultät für Kommunikationswissenschaft einer peruanischen Universität durchgeführt. Die Muttersprache dieser beiden Personen ist Spanisch. Die Übersetzung von Deutsch auf Spanisch wurde von der Autorin dieser Studie und einer Studentin der Fakultät für Romanistik der Universität Wien geleitet, beide Personen haben ebenfalls Spanisch als Muttersprache.

Sowohl der E-Fragebogen als auch die Papier-Bleistift-Version waren wie folgt aufgebaut: Die erste Seite enthielt eine ausführliche Anweisung zur Durchführung des Fragebogens sowie den Hinweis auf Wahrung der Anonymität, außerdem wurde der Zweck der Studie dargelegt. Auf den nächsten Seiten wurden alle verwendeten Verfahren für alle

Befragten in derselben Reihenfolge präsentiert. Auf der letzten Seite wurden die soziodemographischen Daten abgefragt: Geschlecht, Alter, höchste abgeschlossene Ausbildung, Häufigkeit des Kirchgangs und Geburtsort sowie – und dies nur für die in Österreich lebenden PeruanerInnen – die Frage nach der Aufenthaltsdauer in Österreich.

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

Die *Attitudes Towards Suicide Scale* (ATTS) wurde von Eskin (2004) entwickelt und beinhaltet 24 Items, welche in Form von skalierten Antwortmöglichkeiten von 1 (stimme gar nicht zu) bis 5 (stimme völlig zu) erhoben werden. Die Skala erfasst die Meinungen und Einstellungen zu Suizid und psychischen Problemen. 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 Faktoren sind (1) Akzeptanz von Suizid, (2) Suizid als ein Zeichen psychischer Krankheit, (3) der Glaube, dass Personen, welche Suizid begehen, nach dem Tod bestraft werden, (4) die Meinung, dass suizidgefährdete Personen über ihre Probleme kommunizieren sollen, (5) die Absicht suizidales Verhalten zu verheimlichen und (6) die Meinung, dass über Suizid offen zwischen Freunden und in den Medien gesprochen werden soll.

Bei einer Stichprobe mit österreichischen und türkischen StudentInnen der Medizin wurde ein siebenter Faktor durch eine exploratorische Faktoranalyse extrahiert, nämlich (7) Suizid als Lösung. Zusammen mit den sechs ersten Faktoren erklärten diese 73,4% der totalen Varianz (Eskin, Voracek, Stieger & Altinyazar, 2011). Die Version mit den sieben Faktoren wurde für die vorliegende Studie verwendet.

### **2.3.1.2 Verhalten gegenüber einem vorgestellten Suizidgefährdeten Freund**

Der Fragebogen *Reactions to an Imagined Suicidal Friend* (RISF) wurde von Eskin (1999) entworfen. Die Befragten sollten sich einen Freund bzw. eine Freundin vorstellen, der oder die sich umbringen möchte und seine bzw. ihre Absichten dem Befragten gegenüber äußert. Durch die von 1 bis 5 skalierten Antwortmöglichkeiten (1: stimme gar nicht zu; 5: stimme völlig zu) werden 20 spezifische Reaktionen und Gefühle in Bezug auf die vorhin geschriebene Situation bewertet. 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.

Im Jahr 1999 fand Eskin in seiner Studie mit schwedischen und türkischen StudentInnen durch die Berechnung einer Faktorenanalyse sieben Faktoren mit einem Eigenwert größer 1 und 61.0% erklärter totaler Varianz. Eine neue Validierung anhand einer österreichischen und türkischen Stichprobe ergab fünf Faktoren mit 61.3% an erklärter totaler Varianz (Eskin et al., 2011). Die fünf Faktoren sind (1) soziale Akzeptanz, (2) emotionale Beteiligung, (3) Hilfe für den suizidgefährdeten Freund, (4) Abneigung gegen die Bekanntgabe einer Suizidgefährdung und (5) genaues Ermitteln des suizidalen Verhaltens. Für diese Studie wurden diese fünf Faktoren übernommen.

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

Das Verfahren *Attribution of Causes to Suicide Scale* (ACCS), das von Lester und Bean (1992) entwickelt wurde, erfasst die Ursachenzuschreibung von Laien bezüglich des Suizids anhand von drei Subskalen. Diese Subskalen sind (1) intrapsychische Ursachen, (2) interpersonelle Ursachen und (3) soziale Ursachen. Der Fragebogen besteht aus insgesamt 18 Items (sechs Items für jede Subskala). Die Einschätzungen erfolgen auf von 1 bis 6 skalierten



Antwortmöglichkeiten (1: stimme überhaupt nicht, 6: stimme stark zu). Die Antwort der Items werde in dem Bereich von -2.5 bis +2.5 kodiert. Je niedriger die Werte, desto stärker die Ablehnung. Je höher die Werte, desto höher die Zustimmung.

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

Das *System of Belief Inventory* (SBI-15R-D) wurde von Holland et al. (1998) entwickelt und dient der Erfassung von religiösen und spirituellen Einstellungen, außerdem geht es spezifisch auf den Bereich „Überzeugungen/Erfahrungen und Rituale/Praktiken“ und „Gemeinschaft“ ein (Albani et al., 2002). Die erste Version des Verfahrens besteht aus 54 Items (Kash et al., 1995), es wurde aber durch Faktoranalyse eine kurze Version (SBI-15) entwickelt.

Die Kurzform besteht aus 10 Items der Subskala (1) religiöse Überzeugungen und Praktiken und 5 Items der Subskala (2) soziale Unterstützung in der Glaubensgemeinschaft. Es wird ein Gesamtwert für alle 15 Items berechnet. Die Items werden auf von 1 bis 4 skalierten Antwortmöglichkeiten eingeschätzt und jeweils mit 1, 2, 3 und 4 kodiert (1: trifft vollständig zu, 2: trifft teilweise/etwas zu, 3: trifft eher/teilweise nicht zu, und 4: trifft gar nicht zu). Für jede Subskala werden Summenwerte gebildet. Die Spannweite der Summenwerte für die Subskala „religiöse Überzeugungen und Praktiken“ beträgt 10 bis 40. Bei der Subskala soziale Unterstützung in der Glaubensgemeinschaft können Werte von 5 bis 20 erzielt werden. Je höher die Werte, desto höher die Zustimmung. Je niedriger die Werte, desto stärker die Ablehnung. Mehrere Studien haben gezeigt, dass das Verfahren SBI-15R über gute psychometrische Eigenschaften verfügt (Albani et al., 2001; Baider et al., 1999; Baider et al., 2001) außerdem ist das SBI-15R-D ein reliables Instrument zur Messung der Religiosität bei deutschsprachigen Personen mit deutschem Hintergrund (Gulke et al., 2003).

### **2.3.1.5 Glauben an den Einfluss genetischer Faktoren für Suizid**

Zur Erfassung des Glaubens an genetische Faktoren von Suizid wurde der Beliefs in the Inheritance of Risk Factors for Suicide Scale (BIRFSS) verwendet. Dieses Verfahren wurde von Voracek, Loibl & Sonneck (2007) entwickelt und ist die erste entwickelte Skala, die den Glauben daran, dass genetische Faktoren für Suizid ausschlaggebend sein können, erhebt. Die Skala besteht aus 22 Items, die sich auf sieben unterschiedliche Untersuchungsfelder beziehen: Familien-Studien (5 Items), geographische und Zwillings-Studien (jeweils 4 Items), Adoptions-, Immigranten- und Nachnamensstudien (jeweils 2 Items), molekular genetische Studien (1 Item) und allgemeine Aussagen (2 Items). Die Items können mit „richtig“ oder „falsch“ beantwortet werden. Die Antwortmöglichkeiten wurden jeweils mit 0 = falsch und 1 = richtig codiert. Items der Nummer 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 10, 12,13, 14, 17, 19, und 20 waren richtige Behauptungen. Die restlichen acht Items waren falsche Behauptungen und mussten umcodiert werden. Fehlende Items, die nicht beantwortet worden sind, werden als falsch bewertet. Der Summenwert der Skala geht von 0 bis 22, je größer der Wert ist, desto mehr Person glauben an den Einfluss genetischer Faktoren auf dem Suizid. Voracek, Loibl, Egle, Schleicher und Sonneck (2007a) stellten fest, dass die interne Konsistenz der Skala bessere Werte erzielt, wenn sie in der umkehrte Reihenfolge vorgegeben wird.

Mehrere Studien mit unterschiedliche Stichproben und in unterschiedlichen Ländern belegen die gute Generalisierbarkeit der konvergenten und diskriminanten Validität dieses Verfahrens (Voracek et al., 2008).

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

Auf Basis des etablierten Verfahrens zur Messung der Einstellung gegenüber der Wahl geistiger Gesundheitsversorgung (Fischer & Turner, 1970), entwickelten Fischer und Farina

(1995) eine kurze Version mit Collegestudenten. Ang, Lau, Tan und Lim (2007) führten eine Studie um die Validität der Faktorstruktur des Attitudes Toward Seeking Professional Psychological Help Scale-Short Forms (ATSPPH-SF) durch, um die Faktoranalyse zu überprüfen. Die Ergebnisse zeigten keine zufriedenstellende *good data fit* für die 10-Items ATSPPH-short Version. Ang et al. (2007) ließen den 7-Item des ATSSPPH-short Version von der Skala weg und analysierten die *goodnes of fit* der 9-Item Version neu. Die neuen Ergebnisse zeigten stabile psychometrische Eigenschaften für die revidierte Version.

Bei der Untersuchung der Reliabilitäten betrug die auf 9-Items revidierte Fassung ein Cronbach's Alpha von .70 für Studenten- und .71 für Experten-Stichproben. Die Reliabilitäten des ATSPPH-short Version von Fischer und Farina (1995) betragen Cronbach's Alpha von .84 und .89. Auf Basis der Studie von Ang et al. (2007) wurde für diese Studie die auf 9-Items revidierte ATSPPH-short Fassung verwendet. Darüber hinaus ist die Skala weit verbreitet zur Messung von Einstellungen gegenüber der Wahl psychologischer professioneller Hilfe (Ang et al., 2007).

Die Einschätzungen erfolgen auf einer 4-Antwortmöglichkeiten Skala (stimme gar nicht zu, stimme teilweise nicht zu, stimme teilweise zu und stimme völlig zu). Die Antworten waren mit 0, 1, 2, 3 kodiert. Items der Nummer 2, 4, 7, 8 und 9 wurden aufgrund ihrer negativen Formulierung umgepolt. Anschließend wurden Summenwerte über die gesamte Skala gebildet. Die Spannweite der möglichen Summenwerte beträgt 0-27. Je höher die Werte, desto positiver die Bereitschaft, professionelle psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen.

### **2.3.2 Untersuchungsdesign**

Da es sich bei den untersuchten Gruppen um natürliche vorgefundene Stichproben handelt, ist das Studiendesign dieser Studie ein quasi-experimenteller quantitativer Ansatz. Bei der Erhebung der Daten wurde ein Schneeballsystem durchgeführt. Für die Analyse der

Daten wurden vor allem sowohl univariate Varianzanalysen (ANOVA) sowie multivariate Varianzanalysen (MANOVA) eingesetzt.

## **2.4 Datenanalyse**

Die Daten wurden unter Verwendung des statistischen Windows Programmpakets SPSS (Version IBM SPSS Statistic 20) analysiert. Statistische Differenzen wurden für alle statistischen Analysen als signifikant bewertet ab  $p < 0.05$  (2-seitig). Die Effektgrößen nach Cohen (1988) sind zusätzlich zur Prüfstatistik und zu den statistischen Entscheidungen für die Ergebnisse angegeben. Sie ermöglichen eine bessere Einschätzung der praktischen Bedeutsamkeit eines ermittelten Effekts und sind unabhängig vom Stichprobenumfang (Erdfelder, Faul, Buchner & Cüpper, 2010).

Der erste Schritt bestand in der deskriptiven Analyse der Daten mittels der Berechnung des Mittelwerts und der Standardabweichung für alle Variablen. Es wurde auch noch auf die Form der Verteilung der Variablen geachtet. Weiteres wurde der Unterschied zwischen den Kulturgruppen in Bezug auf ihre soziodemographischen Faktoren mittels Chi-Quadrat-Homogenitätstest (Geschlecht und Kirchengang) und Mittelwert-Vergleich (Alter und Ausbildungsniveau in Jahren ungerechnet) betrachtet. Drittens wurden eine Serie von zweifaktoriellen Varianzanalysen (MANOVA) durchgeführt, um festzustellen, ob sich statistisch gesehen die Mittelwerte der Stichproben bei den jeweiligen Subskalen untereinander unterscheiden. Geschlecht und Kultur dienten als unabhängige Variable. Die Kulturgruppen wurden grundsätzlich in „in Österreich lebende PeruanerInnen“ und „in Peru lebende PeruanerInnen“ differenziert. Um tiefer liegende inhaltliche Unterschiede zwischen den Kulturgruppen besser zu erkennen, wurde auch bei manchen statistischen Analysen mittels ANOVA zwischen peruanischen MigrantInnen der ersten und zweiten Generation in

Österreich bzw. zwischen in Peru lebenden PeruanerInnen aus der indigenen Gemeinde Nazareth de Uchu und in Peru lebenden PeruanerInnen aus Lima und Callao differenziert.

Vor der Berechnung der Varianzanalysen wurden drei wichtige Kriterien betrachtet: (1) die Voraussetzung der Normalverteilung für jede abhängige Variable, welche mittels des Kolmogorov-Smirnov Tests überprüft wurde, (2) die Varianzhomogenität zwischen allen Stichproben, welche mit Hilfe des Levene's Test erhoben wurde und (3) die Voraussetzung der Homogenität der Varianz-Kovarianz-Matrizen durch Box-Tests. Es wurde auch beachtet, dass die Stichproben voneinander unabhängig sind. Auch wenn die Voraussetzungen verletzt worden sind, wurden Varianzanalysen durchgeführt, da dieses Verfahren trotz Verletzung der Voraussetzungen robust ist. Für die Berechnung der Prüfgrößen wurden das Verfahren Pillai-Bartlett trace (auch Pilla's trace genannt) ausgewählt, da dieses das mächtigste und robusteste Verfahren ist, wenn die Gruppen sich hinsichtlich mehrerer Variablen unterscheiden (Field, 2009). Für die nähere Betrachtung von Interaktionen wurden *Simple Effect* Analysen (separate univariate ANOVAs) verwendet (Field, 2009, S. 442).

Bei der Verwerfung der Nullhypothesen wurden die Gruppen paarweise durch Post hoc Tests verglichen, zu diesem Zweck wurde das Verfahren Games-Howell ausgewählt, da dieses der beste Test ist, wenn die Stichproben unterschiedlich groß und die Populationsvarianzen heterogen sind (Field, 2009).

Die interne Konsistenz der unterschiedlichen Skalen wurde jeweils für die einzelnen Kulturgruppen mittels Cronbach's Alpha berechnet. Weiteres wurden auch die Effektgrößen (Cohen, 1988) für die Mittelwertunterschiede zwischen den Gruppen berechnet. Sie ermöglichen eine bessere Beurteilung der praktischen Bedeutsamkeit eines ermittelten statistisch signifikanten Mittelwertunterschieds und sind unabhängig vom Stichprobenumfang (Faul, Erdfelder, Buchner & Lang, 2009).



# Ergebnisse





### 3.1 Rücklaufquote der Fragebögen

Es wurden insgesamt 420 Fragebögen ausgeteilt, davon wurden 322 (76.7%) ausgefüllt und abgegeben. Drei Fragebögen wurden nicht in die Datenanalysen mit einbezogen, da diese nicht vollständig ausgefüllt worden waren. Differenziert zwischen den Kulturgruppen betrachtet, wurden in jeder Gruppe 210 Fragebögen verteilt, retourniert wurden von der Gruppe der PeruanerInnen in Österreich insgesamt 138 Fragebögen (65.7%) und von der Gruppe der PeruanerInnen in Peru insgesamt 184 (87.6%).

### 3.2 Stichprobengröße und soziodemographische Daten

Tabelle 1 stellt jeweils die Mittelwerte und die Standardabweichungen der Variablen Geschlecht, Alter und Ausbildungsniveau (in Jahren umgerechnet) für die Gruppe der PeruanerInnen in Österreich und Peru dar.

**Tabelle 1** Soziodemographische Daten

	<i>PeruanerInnen in Österreich</i>			<i>PeruanerInnen in Peru</i>		
	<i>(n = 137)</i>			<i>(n = 182)</i>		
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>M (SD)</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>M (SD)</i>
Geschlecht						
Frauen	86	62.8		76	41.8	
Männer	51	37.2		106	58.2	
Alter			30.3 (9.8)			36.6 (13.1)
Ausbildungsjahre			17.8 (2.5)			18.1 (3.8)

*n* = 319; *M* = Mittelwert; *SD* = Standardabweichung

Die gesamte Stichprobe besteht aus 319 Personen, davon sind 137 in Österreich lebende PeruanerInnen und 182 in Peru lebende PeruanerInnen. Die Personenanzahl zwischen den Gruppen ist normalverteilt. Innerhalb jeder Kulturgruppe sind Männer und Frauen nicht gleich verteilt ( $\chi^2 (1) = 13.81, p < .05$ ). Bezüglich des Alters unterscheiden sich die Kulturgruppen signifikant untereinander ( $F (1,317) = 21.96, p < .001$ ).

Die Gruppe der PeruanerInnen in Österreich ( $M = 30.28, SD = 9.78$ ) war signifikant jünger im Vergleich zur Gruppe der PeruanerInnen in Peru ( $M = 36.52, SD = 13.06$ ). Da die Bildungssysteme der beiden Länder unterschiedlich sind, wurde die Variable „Ausbildungsniveau“ in Jahre umgerechnet, um einen entsprechenden Vergleich zwischen den Kulturgruppen gewährleisten zu können. Das Ausbildungsniveau variiert über die Gruppen hinweg von Kindergarten bis hin zu postgradueller Ausbildung. Die beiden Kulturgruppen unterscheiden sich nicht signifikant in Bezug auf die Anzahl der Ausbildungsjahre untereinander ( $F (1,316) = 1.14, p > .05$ ). Bezüglich der Aufenthaltsdauer der PeruanerInnen in Österreich beträgt der Mittelwert 15.81 ( $SD = 9.45$ ) mit einer Spannweite zwischen 1 bis 38 Jahre.

### **3.3 Analyse der fehlenden Werte**

Fälle mit fehlenden Werten stellen eine Herausforderung dar, da typische Modellverfahren diese Fälle einfach von der Analyse ausschließen. Bei den aktuellen Daten wurde ein Prozentsatz kleiner als 5% an fehlenden Werte ausgerechnet, daher werden diese Werte als „zufällig fehlend“ betrachtet, was bedeutet, dass das Fehlen eines Werts weder von der betrachteten Variable selbst noch von anderen Variablen abhängt, sie treten unsystematisch auf (Eid, Gollwitzer & Schmitt, 2011). Ausgehend von dieser Aussage wurde bei der aktuellen Datenanalyse das Verfahren des listenweisen Löschens zur Behandlung fehlender Werte ausgewählt. In Anlehnung an diese Methode werden nur vollständige Fälle verwendet.

Wenn eine der Analysevariablen fehlende Werte aufweist, wird der betreffende Fall aus den Berechnungen ausgeschlossen.

### **3.4 Reliabilitätsprüfung**

In Tabelle 2 sind die Reliabilitätswerte der verschiedenen Verfahren, die für die Überprüfung der Hypothesen dieser Untersuchung zum Einsatz kamen, differenziert nach Kulturgruppen, dargestellt. Die Berechnung der internen Konsistenz wurde mittels Cronbach's alpha durchgeführt. Die Reliabilitätswerte gehen von .57 bis .95, was mehrheitlich für eine zufriedenstellende bis sehr gute interne Konsistenz der Verfahren spricht.

**Tabelle 2** Cronbach's Alpha der ATTS, RISF, ACCS, SBI-15R-D, BIRFFS und der ATSPPH-SF für in Peru und in Österreich lebende PeruanerInnen

	<i>PeruanerInnen in Österreich</i>	<i>PeruanerInnen in Peru</i>
ATTS	.72	.73
RISF	.80	.76
ACCS	.81	.78
intrapsychisch	.63	.65
interpersonell	.70	.66
soziale Ursachen	.75	.62
SBI-15R-D	.95	.95
Religiöse Überzeugungen und Praktiken	.93	.93
Soziale Unterstützung in der Glaubensgemeinschaft	.93	.94
BIRFFS	.57	.77
ATSPPH-SF	.64	.73

## 3.5 Hypothesen

### 3.5.1 Religiosität

*„In Peru lebende PeruanerInnen sind religiöser und gehen häufiger in die Kirche als in Österreich lebende PeruanerInnen“* und über die Kulturgruppen hinweg: *„Frauen sind religiöser als Männer.“* Für die Überprüfung dieser Hypothese wurden die Kulturgruppen sowohl hinsichtlich ihrer spirituellen Einstellung als auch hinsichtlich der Frequenz des Kirchgangs untersucht.

#### 3.5.1.1 Religiosität und spirituelle Einstellungen

Zur Berechnung der Unterschiede in den religiösen und spirituellen Einstellungen wurde eine MANOVA mit den Faktoren Kultur und Geschlecht durchgeführt. Die unabhängigen Variablen waren die beiden Subskalen des Verfahren SBI-15-RD (1) religiöse Überzeugungen und Praktiken und (2) soziale Unterstützung innerhalb der Glaubensgemeinschaft. Mittelwerte und Standardabweichungen sind in Tabelle 3 dargestellt.

Der Kolmogorov-Smirnov Test ergab statistisch signifikante Werte für beide Skalen in jeder Gruppe. Sowohl Der Box-Test als auch der Levene's Test waren signifikant.

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

	<i>Religiöse Überzeugung und Praktiken</i>	<i>Soziale Unterstützung innerhalb der Glaubensgemeinschaft</i>
	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>
PeruanerInnen in Österreich		
<i>(n = 137)</i>		
Frauen	29.69 (9.2)	12.57 (5.5)
Männer	24.63 (7.9)	10.27 (4.2)
Total	27.80 (9.1)	11.72 (5.1)
PeruanerInnen in Peru		
<i>(n = 182)</i>		
Frauen	34.92 (6.0)	14.13 (4.7)
Männer	31.42 (7.8)	13.01 (4.5)
Total	32.88 (7.3)	13.48 (4.6)

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

Generell betrachtet zeigten die Ergebnisse der MANOVA signifikante Haupteffekte bezüglich des Faktors Kultur in beiden Subskalen ( $V = .12$ ,  $F(2, 314) = 22.30$ ,  $p < .001$ ,  $\eta_p^2 = .12$ ). Die Effektgröße entspricht einem mittleren Effekt. Univariate Varianzanalysen zeigten, dass bei der Subskala (1) religiöse Überzeugungen und Praktiken die PeruanerInnen in Österreich signifikant kleinere Werte als die PeruanerInnen in Peru erzielten ( $F(1, 315) = 43.37$ ,  $p < .001$ ,  $MSE = 61.97$ ,  $\eta_p^2 = .13$ ). Bei näherer Betrachtung der Kulturgruppen ergaben sich auf dieser Skala signifikante Unterschiede zwischen PeruanerInnen aus der indigenen Gemeinde Nazareth de Uchu im Vergleich zu allen anderen Gruppen ( $F(3, 315) = 12.75$ ,  $p <$

.001,  $MSE = 64.82$ ,  $\eta_p^2 = .11$ ). PeruanerInnen aus der indigenen Gemeinde *Nazareth de Uchu* ( $M = 35.29$ ,  $SD = 5.58$ ) erzielten signifikant höhere Werte als alle anderen Kulturgruppen. PeruanerInnen aus der ersten ( $M = 26.91$ ,  $SD = 6.52$ ) und zweiten Generation ( $M = 28.44$ ,  $SD = 10.49$ ) in Österreich unterscheiden sich nicht signifikant.

Auf der Subskala (2) soziale Unterstützung innerhalb der Glaubensgemeinschaft erzielte auch die Stichprobe der PeruanerInnen in Österreich signifikant kleinere Werte als die PeruanerInnen in Peru ( $F(1,315) = 15.00$ ,  $p < .001$ ,  $MSE = 22.87$ ,  $\eta_p^2 = .045$ ). Auf dieser Subskala zeigten univariate Varianzanalysen auch signifikante Unterschiede zwischen PeruanerInnen aus der indigenen Gemeinde *Nazareth de Uchu* und allen anderen Kulturgruppen ( $F(3,315) = 8.53$ ,  $p < .001$ ,  $MSE = 22.52$ ,  $\eta_p^2 = .08$ ). PeruanerInnen aus der indigenen Gemeinde *Nazareth de Uchu* ( $M = 15.1$ ,  $SD = 3.82$ ) erzielten signifikant höhere Werte in Vergleich zu allen anderen Kulturgruppen.

Bezüglich der Geschlechtsunterschiede ergaben sich bei der Berechnung der MANOVA signifikante Haupteffekte ( $V = .07$ ,  $F(2,314) = 11.03$ ,  $p < .001$ ,  $\eta_p^2 = .07$ ). Die Effektgröße entspricht einem mittleren Effekt. Univariate Varianzanalysen zeigten, dass in allen Gruppen Frauen signifikant höhere Werte als Männer erzielten sowohl auf der Subskala 1 ( $F(1,315) = 21.99$ ,  $p < .001$ ,  $MSE = 61.97$ ,  $\eta_p^2 = .07$ ) als auch auf der Subskala 2 ( $F(1,315) = 9.49$ ,  $p < .001$ ,  $MSE = 22.87$ ,  $\eta_p^2 = .03$ ).

Der Interaktionseffekt zwischen Kultur und Geschlecht war nicht signifikant ( $V = .00$ ,  $F(2,314) = 22.30$ ,  $p = .57$ ,  $\eta_p^2 = .00$ ). Die Effektgröße entspricht einem kleineren Effekt.

### 3.5.1.2 Kirchengang

Um Unterschiede zwischen den Gruppen bezüglich der Frequenz, in der die Personen in die Kirche oder in den Tempel gehen, zu erheben, wurde eine zweifaktorielle Varianzanalyse mit den Faktoren Geschlecht und Kultur berechnet. Mittelwerte und Standardabweichungen werden in Tabelle 4 angezeigt.

Der Kolmogorov-Smirnov Test ergab statistisch signifikante Werte für jede Gruppe, während der Levene´s Test nichts Signifikantes ergab.

**Tabelle 4** Deskriptive Statistik des Kirchgangs

	<i>Kirchengang</i>
	<i>M (SD)</i>
<b>PeruanerInnen in Österreich (n = 137)</b>	
Frauen	2.62 (1.85)
Männer	2.10 (1.69)
Total	2.42 (1.80)
<b>PeruanerInnen in Peru (n = 182)</b>	
Frauen	3.38 (1.42)
Männer	3.50 (1.61)
Total	3.45 (1.53)

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

Es wurde ein signifikanter Haupteffekt von Kultur gefunden ( $F(1,315) = 32.14, p < .001, MSE = 2.72, \eta_p^2 = .09$ ). Die Effektgröße entspricht einem mittleren Effekt. PeruanerInnen in Peru erzielten signifikant höhere Werte als PeruanerInnen in Österreich. Post hoc Tests zeigten bei einer differenzierten Betrachtung Unterschiede zwischen den



Subgruppen ( $F(3,315) = 15.14, p < .001, MSE = 2.63, \eta_p^2 = .13$ ). PeruanerInnen aus der indigenen Gemeinde Nazareth de Uchu ( $M = 4.18, SD = 1.68$ ) erzielten signifikant höhere Werte im Vergleich zu allen anderen Kulturgruppen.

Es wurde kein signifikanter Effekt beim Faktor Geschlecht gefunden ( $F(1,315) = 1.09, p = .30, MSE = 2.72, \eta_p^2 = .00$ ). Die Effektgröße entspricht einem kleinen Effekt.

Der Effekt der Interaktion zwischen Kultur und Geschlecht war ebenfalls nicht signifikant ( $F(1,315) = 2.77, p = .10, MSE = 2.72, \eta_p^2 = .01$ ). Die Effektgröße entspricht einem kleinen Effekt.

### **3.5.2 Einstellung zum Suizid**

Bei der zweiten Hypothese geht es um die Einstellung zum Suizid an sich: *„PeruanerInnen in Peru haben eine negativere Einstellung gegenüber Suizid als PeruanerInnen in Wien.“* Um diese Hypothese zu überprüfen, wurde eine MANOVA mit den Faktoren Kultur und Geschlecht durchgeführt. Die abhängige Variable waren die sieben Subskalen des ATTSs (1) Glaube an eine Bestrafung nach dem Tod, (2) Akzeptanz von Suizid, (3) Suizid als ein Zeichen psychischer Krankheit, (4) Mitteilung psychischer Probleme, (5) Verheimlichen von suizidalem Verhalten, (6) Suizid als Lösung, (7) offene Berichterstattung über Suizid. In Tabelle 5 sind die Mittelwerte und Standardabweichungen der Subskalen dargestellt.

Der Kolmodorov-Smirnov Test berechnete signifikante Ergebnisse für alle Subskalen. Der Box-Test war ebenfalls signifikant, während der Levene's Test für alle Subskalen nicht signifikant ausfiel.

**Tabelle 5** Deskriptive Statistik der Einstellung zum Suizid (ATTS)

	<i>PeruanerInnen in Österreich</i>			<i>PeruanerInnen in Peru</i>		
	<i>(n = 137)</i>			<i>(n = 182)</i>		
	Frauen	Männer	Total	Frauen	Männer	Total
	<i>M</i>	<i>M</i>	<i>M</i>	<i>M</i>	<i>M</i>	<i>M</i>
	<i>(SD)</i>	<i>(SD)</i>	<i>(SD)</i>	<i>(SD)</i>	<i>(SD)</i>	<i>(SD)</i>
Glaube an die Bestrafung nach dem Tod	2.57 (1.04)	2.55 (1.02)	2.56 (1.03)	3.13 (1.10)	2.79 (1.09)	2.93 (1.10)
Akzeptanz von Suizid	1.94 (0.83)	2.48 (0.92)	2.14 (0.90)	1.69 (0.69)	1.75 (0.73)	1.73 (0.71)
Suizid als ein Zeichen psychischer Krankheit	3.13 (1.13)	2.80 (1.12)	3.00 (1.13)	3.61 (1.17)	3.42 (1.16)	3.50 (1.16)
Mitteilung psychischer Probleme	3.87 (0.82)	4.07 (0.52)	3.94 (0.73)	4.15 (0.79)	4.07 (0.78)	4.10 (0.78)
Verheimlichen von suizidalem Verhalten	2.58 (0.96)	2.58 (0.86)	2.58 (0.96)	2.39 (1.01)	2.59 (1.03)	2.51 (1.02)
Suizid als Lösung	2.35 (0.54)	2.49 (0.65)	2.40 (0.59)	2.29 (0.47)	2.28 (0.59)	2.29 (0.54)
Offene Berichterstattung über Suizid	3.63 (0.78)	3.54 (0.89)	3.60 (0.82)	3.73 (0.95)	3.70 (0.94)	3.71 (0.94)

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

Die MANOVA zeigt einen signifikanten Haupteffekt von Kultur ( $V = .13$ ,  $F(7,309) = 6.47$ ,  $p < .001$ ,  $\eta_p^2 = .13$ ). Die Effektgröße entspricht einem mittleren Effekt. Post Hoc  $F$  Tests zeigten signifikante Unterschiede zwischen den Kulturgruppen auf vier Subskalen. Auf der Subskala *Glaube an eine Bestrafung nach dem Tod* erzielten PeruanerInnen in Peru signifikant höhere Werte als die PeruanerInnen in Österreich ( $F(1,315) = 10.43$ ,  $p < .001$ ,  $MSE = 1.14$ ,  $\eta_p^2 = .03$ ). Die Kulturgruppen differenziert betrachtet, wurde ein signifikanter Unterschied zwischen PeruanerInnen aus der indigenen Gemeinde Nazareth de Uchu und PeruanerInnen aller anderen Kulturgruppen ( $F(3,315) = 7.61$ ,  $p < .001$ ,  $MSE = 1.11$ ,  $\eta_p^2 = .07$ ) deutlich. PeruanerInnen aus Nazareth de Uchu ( $M = 3.38$   $SD = 1.25$ ) zeigten signifikant höhere Werte auf dieser Skala im Vergleich zu PeruanerInnen in Österreich und PeruanerInnen aus Lima und Callao. PeruanerInnen in Österreich erzielten signifikant höhere Werte auf der Subskala *Akzeptanz von Suizid* als PeruanerInnen in Peru ( $F(1,315) = 29.14$ ,  $p < .001$ ,  $MSE = 0.61$ ,  $\eta_p^2 = .09$ ).

Eine differenzierte Betrachtung innerhalb der Kulturgruppen machte einen signifikanten Unterschied zwischen PeruanerInnen aus der indigenen Gemeinde Nazareth de Uchu und allen anderen Kulturgruppen deutlich ( $F(3,315) = 11.38$ ,  $p < .001$ ,  $MSE = 0.62$ ,  $\eta_p^2 = .10$ ). PeruanerInnen aus Nazareth de Uchu ( $M = 1.47$   $SD = .45$ ) erzielten signifikant kleinere Werte im Vergleich zu allen anderen Kulturgruppen.

Bezüglich der Subskala *Suizid als ein Zeichen psychischer Krankheit* zeigten PeruanerInnen in Peru signifikant höhere Werte als PeruanerInnen in Österreich ( $F(1,315) = 17.41$   $p < .001$ ,  $MSE = 1.32$ ,  $\eta_p^2 = .05$ ). Bei der Subskala *Suizid als Lösung* erzielten PeruanerInnen in Österreich signifikant höhere Werte als PeruanerInnen in Peru ( $F(1,315) = 4.18$   $p < .05$ ,  $MSE = 0.32$ ,  $\eta_p^2 = .01$ ).

Die MANOVA zeigte einen signifikanten Haupteffekt beim Geschlecht ( $V = .06$ ,  $F(7,309) = 2.57$ ,  $p < .05$ ,  $\eta_p^2 = .06$ ). Die Effektgröße entspricht einem mittleren Effekt auf der

Subskala *Akzeptanz von Suizid* ( $F(1,315) = 11.27$ ,  $p < .001$ ,  $MSE = 0.61$ ,  $\eta_p^2 = .04$ ). Es zeigten Männer signifikant höhere Werte als Frauen.

Der Interaktionseffekt war ebenfalls signifikant ( $V = .05$ ,  $F(7,309) = 2.30$ ,  $p < .05$ ,  $\eta_p^2 = .05$ ). Die Effektgröße entspricht einem kleinen Effekt. Auf der Subskala *Akzeptanz von Suizid* ( $F(1,315) = 7.12$ ,  $p < .05$ ,  $MSE = 0.61$ ,  $\eta_p^2 = .02$ ) zeigten in Österreich lebende peruanische Männer signifikant höhere Werte im Vergleich zu in Österreich lebenden peruanischen Frauen.

### **3.5.3 Verhalten gegenüber einem imaginären suizidgefährdeten Freund**

Die dritte Hypothese: „*PeruanerInnen in Peru weisen positivere Einstellungen gegenüber einem suizidgefährdeten Freund auf als PeruanerInnen in Österreich.*“ wurde anhand einer MANOVA überprüft. Kultur und Geschlecht dienten als unabhängige Variable, während die fünf Subskalen des Verfahren RISF als die abhängigen Variablen (1) soziale Akzeptanz, (2) emotionale Beteiligung, (3) Hilfe für den suizidgefährdeten Freund, (4) Abneigung gegen die Bekanntgabe einer Suizidgefährdung, (5) genaues Ermitteln des suizidalen Verhaltens. Mittelwerte und Standardabweichungen für jede Subskala sind in Tabelle 6 dargestellt.

**Tabelle 6** Deskriptive Statistik über das Verhalten gegenüber einem imaginären  
suizidgefährdeten Freund (RISF)

	<i>PeruanerInnen in Österreich</i>			<i>PeruanerInnen in Peru</i>		
	<i>(n = 137)</i>			<i>(n = 182)</i>		
	Frauen	Männer	Total	Frauen	Männer	Total
	<i>M</i>	<i>M</i>	<i>M</i>	<i>M</i>	<i>M</i>	<i>M</i>
	<i>(SD)</i>	<i>(SD)</i>	<i>(SD)</i>	<i>(SD)</i>	<i>(SD)</i>	<i>(SD)</i>
Soziale Akzeptanz	4.15	3.97	4.08	4.05	3.87	3.94
	(0.61)	(0.56)	(0.56)	(0.61)	(0.64)	(0.63)
Emotionale Beteiligung	2.74	2.51	2.65	2.75	2.72	2.73
	(0.75)	(0.70)	(0.74)	(0.73)	(0.71)	(0.72)
Hilfe für den suizidgefährdeten Freund	4.26	4.30	4.28	4.45	4.32	4.37
	(0.68)	(0.39)	(0.59)	(0.62)	(0.80)	(0.73)
Abneigung gegen Bekanntgabe der Suizidgefährdung	3.45	3.42	3.24	3.22	3.42	3.34
	(0.84)	(1.05)	(0.96)	(1.04)	(1.13)	(1.10)
Genaueres Ermitteln des suizidalen Verhalten	3.95	4.04	3.99	3.91	3.79	3.84
	(0.79)	(0.75)	(0.77)	(0.88)	(1.00)	(0.96)

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

Der Kolmogorov-Smirnov Test ergab signifikante Ergebnisse in allen fünf Subskalen des RISFs. Der Box-Test war ebenfalls signifikant. Der Levene's Test war bei allen Subskalen auch signifikant.

Bei der Berechnung der MANOVA wurde ein signifikanter Haupteffekt in der Kultur gefunden ( $V = .04$ ,  $F(5,311) = 2.82$ ,  $p < .05$ ,  $\eta_p^2 = .04$ ). Die Effektgröße entsprach einem kleinen Effekt. Separate univariate Varianzanalysen zeigten einen signifikanten Effekt zwischen den Kulturgruppen auf der Subskala *soziale Akzeptanz* ( $F(1,317) = 4.26$ ,  $p < .05$ ,  $MSE = 0.36$ ,  $\eta_p^2 = .01$ ). Bei dieser Subskala erzielten PeruanerInnen in Österreich signifikant höhere Werte als PeruanerInnen in Peru.

Der Haupteffekt des Geschlechtes ergab sich als nicht signifikant ( $V = .03$ ,  $F(5,311) = 2.18$ ,  $p = .06$ ,  $\eta_p^2 = .03$ ). Die Effektgröße entsprach einem kleinen Effekt.

Die MANOVA zeigte einen signifikanten Interaktionseffekt zwischen Kultur und Geschlecht ( $V = .03$ ,  $F(5,311) = 3.21$ ,  $p < .05$ ,  $\eta_p^2 = .05$ ). Die Effektgröße entsprach einem kleinen Effekt. Separate univariate ANOVAs zeigten einen signifikanten Unterschied auf der Subskala *Abneigung gegen die Bekanntgabe einer Suizidgefährdung* ( $F(1,315) = 10.25$ ,  $p < .05$ ,  $MSE = 1.05$ ,  $\eta_p^2 = .03$ ). Auf dieser Subskala erzielten die in Österreich lebenden peruanischen Frauen signifikant höhere Werte im Vergleich zu in Österreich lebenden peruanischen Männern.

### **3.5.4 Ursachenzuschreibung für Suizid**

Um die vierte Hypothese – „*In Peru lebende PeruanerInnen weisen höhere Werte auf der Subskala intrapsychische Ursachen des Suizides auf als in Österreich lebende PeruanerInnen.*“, und allgemein „*Frauen haben höhere Werte auf der Subskala intrapsychische Ursachen von Suizid als Männer.*“ zu verifizieren, wurde eine MANOVA berechnet. Als unabhängige Variable dienten Kultur und Geschlecht, die abhängigen

Variablen waren die drei Subskalen des ACCSs (*intrapsychische Ursachen*, *interpersonelle Ursachen* und *soziale Ursachen*). Tabelle 7 stellt die Mittelwerte und Standardabweichung aller Subskalen dar.

Der Kolmogorov-Smirnov Test zeigte für die Subskala *soziale Ursache* eine normale Verteilung für alle Gruppen, für die Subskala *interpersonelle Ursache* ergaben sich signifikante Ergebnisse in allen Gruppen und auf der Subskala *intrapsychische Ursache* war die Gruppe der PeruanerInnen in Österreich normal verteilt. Sowohl Der Box's Test als auch der Levene's Test auf der Subskalen *intrapsychische Ursache* und *interpersonelle Ursache* waren nicht signifikant.

**Tabelle 7** Deskriptive Statistik für den Glauben an die Ursachen für Suizid (ACCS)

	<i>PeruanerInnen in Österreich</i>			<i>PeruanerInnen in Peru</i>		
	<i>(n = 137)</i>			<i>(n = 182)</i>		
	Frauen	Männer	Total	Frauen	Männer	Total
	<i>M</i>	<i>M</i>	<i>M</i>	<i>M</i>	<i>M</i>	<i>M</i>
	<i>(SD)</i>	<i>(SD)</i>	<i>(SD)</i>	<i>(SD)</i>	<i>(SD)</i>	<i>(SD)</i>
intrapsychische Ursachen	0.80	0.25	0.59	1.21	0.85	1.10
	(1.03)	(1.03)	(1.06)	(1.02)	(0.96)	(0.99)
interpersonelle Ursachen	0.23	0.52	0.17	0.39	-0.09	0.11
	(0.99)	(0.98)	(0.97)	(1.13)	(1.01)	(1.09)
soziale Ursachen	0.09	0.18	0.12	0.48	-0.09	1.15
	(0.96)	(0.96)	(0.96)	(1.18)	(1.13)	(1.18)

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

Die MANOVA zeigte einen signifikanten Haupteffekt von Kultur ( $V = .07$ ,  $F(3,313) = 7.65$ ,  $p < .001$ ,  $\eta_p^2 = .07$ ). Die Effektgröße entsprach einem mittleren Effekt. Post Hoc Tests zeigten einen signifikanten Unterschied bei der Subskala *intrapsychische Ursachen* ( $F(1,315) = 12.32$ ,  $p < .05$ ,  $MSE = 1.05$ ,  $\eta_p^2 = .04$ ). PeruanerInnen in Peru erzielten signifikant höhere Werte als PeruanerInnen in Österreich.

Die MANOVA zeigte auch einen signifikanten Haupteffekt von Geschlecht ( $V = .05$ ,  $F(3,313) = 5.52$ ,  $p < .05$ ,  $\eta_p^2 = .05$ ). Die Effektgröße entsprach einem kleinen Effekt. Follow-up  $F$  Tests zeigten signifikante Unterschiede auf der zwei Subskalen. Sowohl auf der Subskala *intrapsychische Ursachen* ( $F(1,315) = 14.92$ ,  $p < .001$ ,  $MSE = 1.01$ ,  $\eta_p^2 = .05$ ) als auch auf der Subskala *interpersonelle Ursachen* ( $F(1,315) = 7.63$ ,  $p < .05$ ,  $MSE = 1.06$ ,  $\eta_p^2 = .02$ ) erzielten Frauen signifikant höhere Werte als Männer.

Es wurde auch mittels MANOVA einen signifikanten Interaktionseffekt zwischen Kultur und Geschlecht ( $V = .03$ ,  $F(3,313) = 3.11$ ,  $p < .05$ ,  $\eta_p^2 = .03$ ). Die Effektgröße entsprach einem kleinen Effekt. Post Hoc Tests zeigten einen signifikanten Unterschied auf der Subskala *soziale Ursache* ( $F(1,315) = 7.12$ ,  $p < .05$ ,  $MSE = 1.15$ ,  $\eta_p^2 = .02$ ). Auf dieser Skala erzielten in Peru lebenden Frauen signifikant höhere Werte als in Peru lebende Männer.

### **3.5.5 Glaube an genetische Faktoren, die Suizid begünstigen**

Um die Hypothese – „*PeruanerInnen in Peru und PeruanerInnen in Österreich erzielen ähnliche Ergebnisse im Glauben an den Einfluss genetischer Faktoren auf Suizid.*“ – zu überprüfen, wurde ein zweifaktorieller ANOVA berechnet. Tabelle 8 stellt die Mittelwerte und Standardabweichungen dar.



Der Kolmogorov-Smirnov Test ergab signifikante Ergebnisse für alle Gruppen. Der Levene's Test war ebenfalls signifikant.

**Tabelle 8** Deskriptive Statistik für den Glauben an den Einfluss genetischer Faktoren auf Suizid (BIRFFS)

	<i>PeruanerInnen in Österreich</i>	<i>PeruanerInnen in Peru</i>
	<i>(n = 137)</i>	<i>(n = 182)</i>
	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>
Frauen	10.37 (4.45)	9.33 (3.15)
Männer	10.47 (4.53)	8.45 (3.49)
Total	10.41 (4.46)	8.82 (3.37)

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

Die zweifaktorielle ANOVA erbrachte einen signifikanten Haupteffekt von Kultur ( $F(1,315) = 11.59, p < .05, MSE = 15.02, \eta_p^2 = .04$ ). Die Effektgröße entsprach einem kleinen Effekt. PeruanerInnen in Österreich erzielten signifikant höhere Werte als PeruanerInnen in Peru. Bei einer differenzierteren Untersuchung innerhalb der Kulturgruppen wurden ebenfalls signifikante Unterschiede gefunden ( $F(3,315) = 32.35, p < .001, MSE = 12.04, \eta_p^2 = .24$ ). PeruanerInnen aus der zweiten Generation in Österreich ( $M = 13.56, SD = 3.24$ ) erzielten signifikant höhere Werte als PeruanerInnen aller anderen Kulturgruppen.

Es wurden weder Haupteffekte von Geschlecht ( $F(1,315) = 0.75, p = .39, MSE = 15.02, \eta_p^2 = .00$ ) noch Interaktionseffekte ( $F(1,315) = 1.18, p = .28, MSE = 15.02, \eta_p^2 = .00$ ) gefunden. Beide Effektgrößen erwiesen sich als klein.

### 3.5.6 Bereitschaft zur Inanspruchnahme von professioneller psychologischer Hilfe

„In Peru lebende PeruanerInnen weisen höhere Werte auf bezüglich der Bereitschaft, psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen als in Österreich lebende PeruanerInnen.“ Für die Überprüfung dieser Hypothese wurde eine zweifaktorielle ANOVA berechnet. Die Mittelwerte und Standardabweichungen sind in Tabelle 9 dargestellt.

Der Kolmogorov-Smirnov Test war signifikant bei allen Gruppen. Der Levene's Test war ebenfalls signifikant.

**Tabelle 9** Deskriptive Statistik über die Bereitschaft, professionelle psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen (ATSPPH-SF)

	<i>PeruanerInnen in Österreich</i>	<i>PeruanerInnen in Peru</i>
	<i>(n = 137)</i>	<i>(n = 182)</i>
	<i>M (SD)</i>	<i>M(SD)</i>
Frauen	15.49 (5.31)	17.26 (5.13)
Männer	15.29 (3.75)	16.26 (3.96)
Total	15.42 (4.77)	16.68 (4.50)

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

Die zweifaktorielle ANOVA erbrachte einen signifikanten Effekt von Kultur ( $F(1,315) = 6.57, p < .05, MSE = 21.31, \eta_p^2 = .02$ ). Die Effektgröße entsprach einem kleinen Effekt. PeruanerInnen in Peru erzielten signifikant höhere Werte als PeruanerInnen in Österreich.

Es wurden weder Haupteffekte von Geschlecht ( $F(1,315) = 1.24, p = .27, MSE = 21.31, \eta_p^2 = .00$ ) noch Interaktionseffekte ( $F(1,315) = 0.57, p = .45, MSE = 21.31, \eta_p^2 = .00$ ) zwischen Geschlecht und Kultur gefunden. Beide Effektgrößen erwiesen sich als klein.



# Diskussion



## 4.1 Religiosität

Unterschiedliche religiöse Eigenschaften wie religiöse Werte und Gewohnheiten und der Zusammenhalt innerhalb einer bestimmten Glaubensgemeinschaft sind Faktoren, die in mehreren wissenschaftlichen Arbeiten in Zusammenhang mit Suizidverhalten und Suizideinstellung untersucht worden sind (Colucci & Martin, 2008). Dabei spielt der kulturelle und soziale Kontext, in dem bestimmte Personen eingebettet sind, eine wichtige Rolle (Eskin et al., 2011). Auch demographische Faktoren, wie Geschlecht, haben einen Einfluss auf die Religiosität und dadurch auch auf die Suizidalität (Neelaman et al., 1997; Neelamen & Lewis, 1999). Um diese Unterschiede zwischen den Kulturgruppen zu überprüfen, wurde die erste Hypothese formuliert: **In Peru lebende PeruanerInnen sind religiöser und gehen häufiger in die Kirche als in Österreich lebende PeruanerInnen und über die Kulturgruppen hinweg: Frauen sind religiöser als Männern.**

Diese Hypothese wurde durch die vorliegende Studie teilweise bestätigt. Aus den Angaben der PeruanerInnen in Peru geht hervor, dass ihre religiösen Überzeugungen stärker und die Praktiken für sie wichtiger sind als für PeruanerInnen in Österreich, auch scheinen sie eine stärkere soziale Unterstützung in ihrer Glaubensgemeinschaft zu finden und sie gehen häufiger in die Kirche oder in den Tempel. Die ländliche Bevölkerung in Peru ist traditionell von spirituellen Glaubensbekenntnissen geprägt (ENCO, 2006). Es wird davon ausgegangen, dass Integrationsprozesse und andere migrationsbedingte Komponenten (u.a. Sprache) die Einstellung zu Religion und die Ausübung von religiösen Gewohnheiten der PeruanerInnen in Österreich beeinflussen.

Bei der Betrachtung des Unterschieds zwischen den Kulturgruppen wurde festgestellt, dass PeruanerInnen aus der indigenen Gemeinde Nazareth de Uchu bei allen oben genannten Variablen höhere signifikante Werte erzielten als PeruanerInnen in Österreich und auch als

PeruanerInnen aus Lima und Callao. Diese Ergebnisse unterstützen die Erkenntnisse, dass die Religion in dieser indigenen Gemeinde eine wichtige Rolle in allen Bereichen des Lebens spielt und einen starken Zusammenhalt zwischen den Personen gibt.

Bezüglich des Geschlechts wurde zwar kein signifikanter Unterschied bei der Praxis des Kirchgangs zwischen Frauen und Männern gefunden, aber anhand der Ergebnisse konnte festgestellt werden, dass Frauen höhere religiösere Überzeugungen haben und ihre Religion auch aktiv praktizieren, außerdem finden sie auch stärkere soziale Unterstützung in der Glaubensgemeinschaft. Diese Ergebnisse sprechen für eine stärkere Religiosität bei den Gruppen der Frauen in unserer Stichprobe.

## **4.2 Einstellung zu Suizid**

Auf Basis von Ergebnissen interkultureller Studien, die besagen, dass Personen in Ländern mit einem höheren Säkularisationsniveau positivere Einstellungen gegenüber Suizid aufweisen im Vergleich zu Personen in Ländern mit einem höheren Religiositätsniveau (Eskin, 1995, 1996, 1999; Kelleher et al., 1998; Stack & Kposowa, 2011), wurde die zweite Hypothese postuliert: **„PeruanerInnen in Peru haben eine negativere Eistellung gegenüber Suizid als PeruanerInnen in Wien.“**

Die Hypothese wurde in den meisten Faktoren bestätigt. Aus den Befragungsergebnissen geht hervor, dass PeruanerInnen in Peru stärker an eine Bestrafung nach dem Tod durch Suizid glauben als PeruanerInnen in Österreich. Dieses Ergebnis steht in Verbindung mit dem Schluss, dass PeruanerInnen in Peru ein höheres Religiositätsniveau aufweisen als PeruanerInnen in Österreich und wird durch die Tatsache verstärkt, dass die Gruppe mit dem höchsten Religiositätsniveau, nämlich die PeruanerInnen aus der indigenen Gemeinde Nazareth de Uchu, auch hier die höchsten Werten aufweisen im Vergleich zu den



PeruanerInnen in Österreich und den PeruanerInnen in Lima und Callao. Bezüglich der Akzeptanz von Suizid setzt sich auch ein Muster von Religiosität und Suizidalität durch: PeruanerInnen in Österreich, welche ein niedrigeres Religiositätsniveau erzielen, zeigen eine liberalere Einstellung zu Suizid und sehen Suizid eher als eine Lösung als PeruanerInnen in Peru.

Die Tatsache, dass bei der aktuellen Stichprobe die Gruppe der MigrantInnen positivere Einstellungen gegenüber Suizid erzielten, kann auch durch Studien über Suizidalität bei MigrantInnen erklärt werden, die darauf hinweisen, dass Akkulturations- bzw. Integrationsprozesse negativ auf die geistige Gesundheit und auch auf die Suizidalität wirken können (Fortuna et al., 2007).

Frauen in unserer Stichprobe zeigten eine niedrigere Akzeptanz von Suizid als Männer, auch hier kann die niedrigere Suizidakzeptanz bei Frauen durch ihre höhere Religiosität erklärt werden. Neeleman und Lewis (1999) weisen z.B. darauf hin, dass negative Zusammenhänge zwischen Religiosität und Suizidtoleranz bei Frauen über verschiedene Länder hinweg stabiler ist als bei Männern. Darüber hinaus ist die Akzeptanz von Suizid bei den peruanischen Männern in Österreich höher als bei den peruanischen Frauen.

### **4.3 Verhalten gegenüber einem suizidgefährdeten imaginären Freund**

Ausgehend von der Annahme, dass in Peru suizidale Absichten mit hoher Wahrscheinlichkeit verheimlicht werden (Pirtchartd & Heam, 2008), dass PeruanerInnen in Österreich positivere Einstellungen gegenüber Suizid aufweisen und dass Peru eine niedrigere Suizidrate aufzeigt, wurde in Anlehnung an die Stigma-Hypothese die dritte Hypothese formuliert. Diese Hypothese besagt, dass **PeruanerInnen in Peru positivere Einstellungen gegenüber einem suizidgefährdeten imaginären Freund aufweisen als PeruanerInnen in**

**Österreich.** Diese Hypothese konnte nicht bestätigt werden. PeruanerInnen in Österreich zeigten eine höhere soziale Akzeptanz eines suizidgefährdeten Freundes, sie zeigten, mehr dazu bereit zu sein, mit ihm oder ihr z.B. ins Kino zu gehen oder ihn oder sie zu einer Party einzuladen als PeruanerInnen in Peru.

Dieses Ergebnis steht nicht im Einklang mit dem Ergebnis von Eskin et al. (2011) bei türkischen und österreichischen MedizinstudentInnen, wonach Personen mit liberalen und permissiven Einstellungen gegenüber Suizid eine niedrigere soziale Akzeptanz eines suizidgefährdeten Freundes zeigen. PeruanerInnen in Peru waren auch nicht eher bereit, einem suizidgefährdeten Freund zu helfen und sie zeigten auch keine stärkere emotionale Beteiligung einem suizidgefährdeten Freund gegenüber als PeruanerInnen in Österreich. Die Erklärung für diese Ergebnisse kann darin gefunden werden, dass es sich bei unserer Stichprobe nicht um ganz unterschiedliche Kulturgruppen handelt.

PeruanerInnen in Österreich sind zwar durch Integrationsprozesse von der österreichischen Kultur geprägt, diese könnte aber von der Aufenthaltsdauer der MigrantInnen, vom Grad der Kohäsion mit ihren Landsleuten und Traditionen ihrer Heimat und vom Grad der Anpassung an das Gastgeberland abhängen. Diese Faktoren könnten für zukünftige Studien von Bedeutung sein.

Außerdem gehören PeruanerInnen einer anderen Religion an als die Stichprobe von Eskin, nämlich der römisch-katholischen, also dem Christentum und nicht der Muslimischen. Außerdem haben PeruanerInnen in Österreich zwar eine positivere Einstellung gegenüber Suizid als PeruanerInnen in Peru, in dem Sinne, dass PeruanerInnen in Österreich eine höhere Suizid-Akzeptanz aufweisen und Suizid eher als eine Lösung auffassen, aber auf der anderen Seite sind PeruanerInnen in Österreich nicht offener einer Berichterstattung und Diskussion über Suizid gegenüber als PeruanerInnen in Peru. Auch befürworteten sie die Verheimlichung

suizidaler Absichten nicht stärker. Diese Ergebnisse gehen somit nicht konform mit der Stigma-Hypothese von Skin.

#### **4.4 Ursachenzuschreibung für Suizid**

Laien entwickeln auf Basis ihres soziokulturellen und politischen Kontextes unterschiedliche Ursachenzuschreibungen für Suizidverhalten. Da diese für die Suizidforschung wichtig zu untersuchen sind, wurde die vierte Hypothese formuliert: **In Peru lebende PeruanerInnen weisen höhere Werte auf der Subskala intrapsychische Ursachen, Suizid zu begehen, auf, als in Österreich lebende PeruanerInnen.** Und allgemein: **Frauen haben höhere Werte auf der Subskala intrapsychischer Ursachen, Suizid zu begehen, als Männer**

Diese Hypothese konnte in der aktuellen Stichprobe bestätigt werden. PeruanerInnen in Peru glauben stärker als PeruanerInnen in Österreich, dass z.B. das Suizidverhalten durch psychische Erkrankungen erklärt werden kann oder dass Menschen, die Suizid begehen, ihren Glauben an Gott verloren haben. Dieses Ergebnis entspricht früheren Ergebnissen von Loibl und Voraceck (2007) und Loibl et al. (2008), bei denen hohe Grade an Religiosität bzw. Spiritualität mit einem stärkeren Glauben an intrapsychische Ursachen von Suizid korrelieren.

Die Tatsache, dass PeruanerInnen in Österreich stärker an intrapsychische Ursachen für Suizid glauben, steht auch in Übereinstimmung mit dem Ergebnis der vorliegenden Studie bezüglich der Einstellung zum Suizid an sich: PeruanerInnen in Peru glauben auch stärker als PeruanerInnen in Österreich, dass Suizidverhalten von Personen gezeigt wird, die psychisch krank sind.

Frauen glauben eher an intrapsychische Ursachen als Männer. Dieses Ergebnis wird, wie oben angeführt, durch die stärkere Religiosität bei den Frauen im Vergleich zu den Männern bedingt.

Frauen geben auch an, eher an interpersonelle Ursachen von Suizid zu glauben als Männer. Dieses Ergebnis spiegelt die Daten des INSMs (2002, 2003) wider, wonach Frauen Probleme in der Partnerschaft und in der Familie und auch Probleme in der Arbeit als wichtigsten Risikofaktor für Suizidgedanken und -verhalten angeben.

Weiteres geben peruanische Frauen in Peru im Rahmen der vorliegenden Studie an, mehr an soziale Ursachen für Suizid zu glauben als peruanische Männer in Peru. Frauen sind in Peru mehr von gesellschaftlichen Problemen, wie Arbeitslosigkeit, Analphabetismus, Unterdrückung und Gewalt, betroffen als Männer (INSM, 2002, 2003). Dies könnte auch ein wichtiger Grund dafür sein, warum mehr Frauen als Männer aus Peru ihre Heimat verlassen, um in anderen Ländern eine bessere Lebensqualität zu suchen (IOM, 2012).

#### **4.5 Glaube an genetische Ursache für Suizid**

Es gibt mehrere wissenschaftliche Belege, die einen Einfluss von genetischen Faktoren auf das Suizidverhalten bestätigen. Trotzdem zeigen sowohl Laien als auch Experten, dass sie eher nicht an genetische Ursachen für Suizid zu glauben. Der Glaube an genetische Ursachen für Suizid scheint zwischen den Kulturen stabil zu sein (Voracek et al., 2008). Daher wurde die fünfte Hypothese so formuliert: **PeruanerInnen in Peru und PeruanerInnen in Österreich erzielen ähnliche Ergebnisse im Glauben an den Einfluss genetischer Faktoren auf Suizid.**

Die Daten aus der vorliegenden Studie konnten die Hypothese nicht belegen. PeruanerInnen in Österreich glauben stärker als PeruanerInnen in Peru an genetische Ursachen für Suizid. Da sich in Bezug auf das Ausbildungsniveau die beiden Stichproben statistisch gesehen gleichen, kann der Unterschied bezüglich des Glaubens an genetische Ursachen für Suizid nicht auf ein niedrigeres bzw. höheres Ausbildungsniveau zurückgeführt werden. Auf der anderen Seite ist das peruanische Ausbildungssystem insgesamt nicht so weit säkularisiert wie das Ausbildungssystem in Österreich. In Peru müssen z.B. alle Kinder und Jugendlichen am Religionsunterricht teilnehmen, unabhängig davon, welcher Konfession sie angehören und auch unabhängig davon, ob sie konfessionslos, also ohne Glaubensbekenntnis sind. Dies kann einen Einfluss darauf haben, wieso PeruanerInnen in Peru wenig mit naturwissenschaftlichen Themen, z.B. genetische Faktoren, vertraut sind, da diese von den römisch-katholischen bzw. christlichen Grundannahmen abweichen. Das könnte auch der Grund sein, warum PeruanerInnen der zweiten Generation stärker an genetische Ursachen für Suizid glauben als PeruanerInnen in Peru und PeruanerInnen der ersten Generation in Österreich, da sie in Österreich zu Schule gegangen sind.

Es wurden keine Geschlechtsunterschiede beobachtet, was in Übereinstimmung mit anderen aktuellen wissenschaftlichen Ergebnissen steht (Kölves et al., 2007; Voracek & Sonneck, 2006).

#### **4.6 Bereitschaft zur Inanspruchnahme von professioneller psychologischer Hilfe**

MigrantInnen haben aus vielerlei Gründen eine geringe Bereitschaft, professionelle psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen. Auf der einen Seite wirken auf MigrantInnenseite oft einige Faktoren, die negativ auf das Aufsuchen professioneller Hilfe wirken, wie Sprachbarriere, niedrigeres Einkommen und Bildungsniveau etc. Die sechste

Hypothese lautet daher: **In Peru lebende PeruanerInnen weisen höhere Werte bezüglich der Bereitschaft zur Inanspruchnahme von psychologischer Hilfe auf als in Österreich lebende PeruanerInnen.**

Diese Hypothese konnte mit den vorliegenden Daten bestätigt werden. PeruanerInnen in Österreich zeigten sich weniger bereit, professionelle psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen als PeruanerInnen in Peru.

Suizidalität ist ein komplexes Thema, das für die Betroffenen selbst und auch für die Familie und näheren Verwandten und FreundInnen mit viel Schmerz und Verzweiflung verbunden ist. Deshalb ist es wichtig, sobald wie möglich professionelle psychologische Hilfe aufzusuchen. Da Personen mit nicht österreichischer Herkunft eine Gruppe von Personen bilden, die für psychische und gesellschaftliche Probleme gefährdet ist (Jahrbuch des österreichischen Integrationsfonds, 2012), wird nach einem psychosozialen Versorgungssystem gesucht, das frei von kulturellen Stereotypen ist und das die Charakteristiken der verschiedenen Kulturen im Land berücksichtigt.

#### **4.7 Limitierungen**

Die vorliegende Studie unterlag einigen Einschränkungen, die bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden müssen.

Erstens handelt sich bei der für dies Studie zugrundeliegenden Stichprobe um ein Snowball-Sampling, weshalb eine Generalisierbarkeit der Stichprobe nicht gegeben ist und auch die Unabhängigkeit der TeilnehmerInnen könnte durch die Art der Stichprobe nicht zu 100% gewährleistet sein. Andere mögliche Einschränkung der Studie können in der Art der Messungen der angezielten Variablen gesehen werden. Suizidalität ist ein sehr sensibles Topic und die für die Studie verwendeten Verfahren forderten von den Befragten einen hohen

Grad an Introspektionsfähigkeit, Motivation und Vorstellungsvermögen. Die Personen, die für die vorliegende Stichprobe herangezogen wurden, sind im Normalfall nicht unbedingt direkt mit dem Thema Suizid vertraut bzw. konfrontiert und in Peru ist das Thema Suizid in den Medien nicht breit verbreitet, sondern eher noch immer in gewissem Maße ein tabuisiertes Thema. Es wurde versucht mit diesen Schwierigkeiten umzugehen, indem am Anfang jedes Fragebogens ausführlich erklärt wurde, was für die Person bei der Beantwortung der Fragen zu erwartet ist. Die Befragten standen weiteres unter keinerlei Zeitdruck beim Ausfüllen der Fragebögen, sodass die Befragten genug Zeit zu Verfügung hatten, um ihre Antworten genau überlegen zu können.

Die Tendenz zu sozialer Erwünschtheit ist auch ein mögliches methodologisches Problem, das mit der Art der Operationalisierung zusammenhängt. Aus diesem Grund wurde die Vertraulichkeit und die Anonymität gewährleistet. Die internen Konsistenzen der Verfahren waren auch zufriedenstellend.

#### **4.8 Möglichkeiten für zukünftige Untersuchungen**

Wissenschaftlich fundierte Studien über das Suizidverhalten und die Suizideinstellung sowohl auf individueller als auch auf aggregierter Ebene sind in Peru selten. Außerdem sind Informationen aus diesem Bereich für südamerikanische MigrantInnen in Österreich nicht vorhanden. Mit den Ergebnissen der vorliegenden Studie wurde als einer Art Pionier-Studie versucht, die ersten wissenschaftlichen Erkenntnisse in dieser Richtung zu bekommen und eine Basis für zukünftige Forschungen zu erstellen. Für ein vollständiges Verständnis von Suizidalität im Bereich der interkulturellen Forschung stellt sich die Berücksichtigung von anderen wichtigen Faktoren als notwendig dar.

Obwohl einige soziodemographische Daten, wie Alter und Bildungsgrad der Kulturgruppen, erhoben wurden, rechtfertigt die komplexe Beziehung zwischen diesen und der Einstellung zum Suizid weitere Explorationen. Auch andere Faktoren, wie sozioökonomischer Status, Familienstand und familiäre Struktur, blieben ungewiss.

Die Methodologie der in dieser Arbeit vorliegenden Studie basiert auf dem Vergleich zwischen zwei Kulturgruppen, nämlich PeruanerInnen, die ihren Lebensmittelpunkt entweder in Peru oder in Österreich haben. Innerhalb der PeruanerInnen in Peru befanden sich Personen aus Lima-Callao, aber auch eine kleine Gruppe von Personen aus einer indigenen Gemeinde. Ebenso befanden sich auch innerhalb der Gruppe der in Österreich lebenden PeruanerInnen MigrantInnen und auch eine kleine Gruppe von Personen, die in Österreich geboren worden waren. Aus methodologischen Gründen war es nicht möglich, differenziertere, kraftvollere inferenzstatistische Ergebnisse bei einem möglichen Vergleich zwischen den vier Gruppen zu bekommen, da die Personenanzahl jeder Gruppe klein und nicht homogen war.

Die Forschung von ethnokulturellen Minderheiten innerhalb eines Landes ist ein wichtiger Aspekt der Suizidforschung, da dadurch bedeutende Unterschiede zwischen Ländern und Kulturen für ein besseres Verständnis von Suizidalität zu gewinnen wären. Peru ist ein Land, in dem mehrere ethnische Minderheiten nebeneinander leben, insofern ist die vorliegende Studie ein Anhaltspunkt für weitere Forschungen, die sich dieser Richtung widmen. Auch die Forschung von MigrantInnen unterschiedlicher Generationen in einem Gastgeberland ist ein wichtiger Aspekt der Suizidforschung. Die Untersuchung der Wirkung von Akkulturationsprozessen, Integrationsgrad und sozioökonomischem Status auf die Suizideinstellung und Suizidverhalten können dabei als wichtige Einflussvariablen herausgestellt werden (Fortuna et al., 2007).



Suizidalität und interkulturelle Unterschiede kann am besten durch die Verbindung von quantitative und qualitative Methoden untersucht werden, dadurch kann ein besseres Verständnis der sozialen, historischen und politischen Charakteristiken einer Kultur bzw. einer Kulturgruppe, die einen Einfluss auf die Risiko Faktoren von Suizid und auf die Suizid Prävention haben, entstehen (Karl, Links & Bergmans, 2012).



## Zusammenfassung

Durch den Vergleich zwischen in Peru und in Österreich lebenden PeruanerInnen bezüglich Einstellung zu Suizid, Religiosität und Health Beliefs wurde in der gegenwärtigen Studie ein besseres Verständnis von Suizidalität auf interkulturellen Ebene gewonnen und eine Basis für zukünftige Studien errichtet. Bezüglich Religiosität hat die Stichprobe in Peru mehrere religiöse Überzeugungen und praktiziert auch mehr die Religion als die PeruanerInnen in Österreich. Die ersteren finden auch mehr Unterstützung in ihre Glaubensgemeinschaft und gehen öfter zur Kirche bzw. zum Tempel. Wie erwartet, sind Frauen religiöser als Männer, allerdings gehen sie nicht öfter in die Kirche.

Es war ein wichtiges Anliegen dieser Studie, eine Verbindung zwischen Religion und Suizideinstellung zu beobachten, da in mehreren Studien die Religion als ein Schutzfaktor gegen Suizidalität untersucht wird. PeruanerInnen in Peru glauben stärker, dass Personen, die Suizid begehen, nach dem Tod bestraft werden, als PeruanerInnen in Österreich. In Übereinstimmung mit früheren Studien weist die weniger religiöse Stichprobe, nämlich die PeruanerInnen in Österreich, eine höhere Suizidakzeptanz auf und sieht Suizid eher als eine Lösung. Wie erwartet wurde, ist die religiösere Stichprobe der Meinung, dass einem Suizid (und dem Suizidgedanken) eine psychische Krankheit zugrunde liegt und glaubt eher an intrapsychische Ursachen für Suizid. Das gleiche Muster von Religion und Suizideinstellungen wurde bei dem Vergleich zwischen Männern und Frauen beobachtet. Frauen glauben eher an interpersonelle Ursachen für Suizid als Männer. Bezüglich des Glaubens an genetische Ursachen für Suizid erzielte die weniger religiöse Stichprobe höhere signifikante Werte.

Im Gegensatz zu den Erwartungen zeigte die Stichprobe in Österreich nicht nur positivere Einstellung gegenüber Suizid, sondern sie zeigte auch stärkere Akzeptanz einem suizidgefährdeten Freund gegenüber. Dieses Ergebnis könnte ein Hinweis darauf sein, dass PeruanerInnen in Österreich trotz geringerer Religiosität und positiverer Einstellung gegenüber Suizid an sich die positivere Akzeptanz einem suizidgefährdeten Freund gegenüber als einen Schutzfaktor gegen Suizid einsetzen, allerdings bedarf diese (weitere) Hypothese einer näheren Untersuchung. Es wird vermutet, dass die Stichprobe in Österreich aufgrund von Akkulturationsprozessen eine niedrigere Bereitschaft für das Aufsuchen professioneller psychologischer Hilfe zeigte. Dieses Ergebnis macht zukünftige Untersuchungen erforderlich.

## 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.
- Alegría, M., Canino, G., Ríos, R., Vera, M., Calderón, J., Rusch, D., et al. (2002). Inequalities in use of specialty mental health services among Latinos, African Americans, and non-Latino whites. *Psychiatric Services*, *53*, 1547-1555.
- Alonso, J., Codony, M., Kovess, V., Angermeyer, M. C., Katz, S.J., Haro, J. M., et al. (2007). Population level of unmet need for mental healthcare in Europa. *British Journal of Psychiatry*, *190*, 299-306.
- 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.
- Anticona, C., Uscata, L., Fuentes, M., & Aguirre, E. (1999). Epidemiología del intento de suicidio: Servicio de Emergencia del Hospital “Victor Larco Herrera”. *Archivos Peruanos de Psiquiatría y Salud Mental*, *3*, 11-22.
- Baider, L., Russak, S. M., Shlomit, P., Kash, K., Gronert, M., Fox, B., Holland, J., & Kaplan-DeNour, A. (1999). The role of religious and spiritual beliefs in coping with malignant melanoma: An Israeli sample. *Psycho-Oncology*, *8*, 27-35.
- 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.
- 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.

- Comisión Económica para América Latina y el Caribe CEPAL (2007, Februar). *Panorama social de América Latina 2006*. Zugriff am April, 2013, Verfügbar unter [http://www.eclac.org/publicaciones/xml/0/27480/PSE\\_2006.pdf](http://www.eclac.org/publicaciones/xml/0/27480/PSE_2006.pdf)
- Canetto, S. S. & Lester, D. (1995). Gender und the primary prevention of suicide mortality. *Suicide and Life Threatening Behaviors*, 25, 58-69.
- Canetto, S. S., & Sakinofsky, I. (1998). The gender paradox in suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 28, 1-25.
- Canino, G., & Roberts, R. F. (2001). Suicidal behaviour among Latino youth. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31, 122-131.
- Celestino, O. (1998). Religious transformation in the Peruvian Andes. II: Evangelizations. *Gazeta de Antropología – Online*, 14. Zugriff am 04.04.2013. Verfügbar unter <http://hdl.handle.net/10481/7543>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2012). *Suicide: Facts at a glance*. Zugriff am April, 2013, Verfügbar unter [http://www.cdc.gov/ViolencePrevention/pdf/Suicide\\_DataSheet-a.pdf](http://www.cdc.gov/ViolencePrevention/pdf/Suicide_DataSheet-a.pdf)
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Colucci, E. ,& Martin, G. (2008). Religion and spirituality along the suicidal path. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 38, 229-244.
- Department of Economic and Social Affairs, New York, Secretariat of the Permanent Forum on Indigenous Issues (2009). State of the World's Indigenous Peoples. Zugriff am April, 2013, Verfügbar unter United Nation publication Webseite: [http://www.un.org/esa/socdev/unpfii/documents/SOWIP\\_web.pdf](http://www.un.org/esa/socdev/unpfii/documents/SOWIP_web.pdf)
- Durand, D., Mazzotti, G., & Vivar, A. (1999). Intento de suicidio y depresión mayor en el servicio de emergencia de un hospital general. *Revista de Neuro Psiquiatría*, 62, 226-241.
- Durkheim, E. (1951). *Suicide: A study in sociology* (J. A. Spaulding & G. Simpson, trans.). Illinois: The Free Press.

- Eid, M., Gollwitzer, M., & Schmitt, M. (2011). *Statistik und Forschungsmethoden* (2., korr. Aufl.). Basel: Beltz.
- Eskin, M. (1995). Suicidal behavior as related to social support and assertiveness among Swedish and Turkish high school students: A cross-cultural investigation. *Journal of Clinical Psychology, 51*, 158-172.
- Eskin, M. (1996). Cross-cultural gender differences in the psychosocial correlates of current adolescent suicidal ideation. *Journal of Gender, Culture and Health, 1*, 189-205.
- 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). Gender and cultural differences in the 12-month prevalence of suicidal thoughts and attempts in Swedish and Turkish adolescents. *Journal of Gender, Culture and Health, 4*, 187-200.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- Fortuna, L. R., Perez, D. J., Canino, G., Sribney, W., & Alegria, M. (2007). Prevalence and correlates of lifetime suicidal ideation and suicide attempts among Latino subgroups in the United States. *Journal of Clinical Psychiatry, 68*, 572-581.
- Garcés, I. C., Scarinci, I. C., & Harrison, L. (2006). An examination of sociocultural factors associated with health and health care seeking among Latina immigrants. *Journal of Immigrant and Minority Health, 8*, 377-385.
- Golberstein, E., Eisenberg, D., & Gollust, S. E. (2008). Perceived stigma and mental health care seeking. *Psychiatric Services, 59*, 392-399.
- 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.
- Hunt, L. M., Schneider, S. & Comer, B. (2004). Should „acculturation“ be a variable in health research? A critical review of research on US Hispanics. *Social Science and Medicine, 59*, 973-986.
- Holland, J. C., Kash, K. M., Passik, S., Gronert, M. K., Sison, A., Lederberg, M., Russak, S. M., Baider, L., & Fox, B. (1998). A brief spiritual inventory for the use in quality of life research in life-threatening illness. *Psycho-Oncology, 7*, 460-469.
- Instituto Nacional de Estadística e Informatica. (2007). *Resultados de la Encuesta Nacional Continua-ENCO*. (2006, september). Zugriff am April, 2013, Verfügbar unter <http://www.inei.gob.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0734/Libro.pdf>



Instituto Nacional de Estadística e Informatica. (2012). *Estado de la población peruana*. Zugriff am April, 2013, Verfügbar unter <http://www.inei.gov.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib1032/libro.pdf>

Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi” (2002). *Estudio Epidemiológico Metropolitano de Salud Mental 2002* (Anales de Salud Mental N° ISSM 1023-389X). Lima: Ministerio de Salud del Perú.

Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi” (2004). *Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Ayacucho 2003* (Anales de Salud Mental N° ISSM 1023-389X). Lima: Ministerio de Salud del Perú.

International Organization for Migration. (2010). *World Migration Report 2010 – The Future of Migration: Building Capacities for Change*. Zugriff am April, 2013, Verfügbar unter [http://publications.iom.int/bookstore/index.php?main\\_page=product\\_info&products\\_id=653&zenid=f48860f69d0c6d1b67a2d357680570dd](http://publications.iom.int/bookstore/index.php?main_page=product_info&products_id=653&zenid=f48860f69d0c6d1b67a2d357680570dd)

International Organization for Migration (October, 2012). *Perú: Estadísticas de la Emigración internacional de peruanos e inmigración de extranjeros, 1990-2011*. Zugriff am April, 2013, vom Instituto Nacional de Estadísticas e Informatica-INEI Webseite: <http://www.inei.gov.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib1038/libro.pdf>

Joe, S., Romer, D., & Jamieson, E. P. (2007). Suicide acceptability is related to suicide planning in U.S. adolescents and young adults. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37, 165-178.

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 [Abstract]. *Psychosomatic Medicine*, 67, 62.

Karl, M. J. (1998). Suicide and the internalization of culture: Three questions. *Transcultural Psychiatry*, 35, 221-233.

Karl, M. J., Links, P. S., & Bergmans, Y. (2012). Suicide studies and the need for mixed methods research. *Journal of Mixed Methods Research*, 6, 236-249.

- Kelleher, M.J., Chambers, D., Corcoran, P., Williamson, E., & Keeley, H.S. (1998). Religious sanctions and rates of suicide worldwide. *Crisis, 19*, 78-86.
- 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.
- Leaf, P. J., Bruce, M. L., Tischler, G. L., & Holzer, C. E. (1987). The relationship between demographic factors and attitudes toward mental health services. *Journal of Community Psychology, 15*, 275-284.
- Leong, F. T. L., & Zachar, P. (1999). Gender and opinions about mental illness as predictors of attitudes toward seeking professional psychological help. *British Journal of Guidance & Counselling, 27*, 123-132.
- Lester, D., & Bean, J. (1992). Attribution of causes to suicide. *Journal of Social Psychology, 132*, 679-680.
- 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.
- Loibl, L. M., Tran, U. S., Hirner, 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.
- Mariátegui, J. C. (1986). *Sieben Versuche, die peruanische Wirklichkeit zu verstehen* (K. Füssel, Übers.). Berlin: Argument. (Original erscheinen 1975: Siete ensayos de interpretación de la realidad peruana)
- Mikhail, N., Wali, S., & Ziment, I. (2004). Use of alternative medicine among hispanics. *Journal of Alternative and Complementary Medicine, 10*, 851-859.
- Midlarsky, E., Pirutinsky, S., & Cohen, F. (2012). Religion, ethnicity, and attitudes toward psychotherapy. *Journal of Religion and Health, 51*, 498-506.
- Mosquera del Águila, A. (2006). Perfil epidemiológico de pacientes hospitalizados por intento de suicidio en el hospital "Hemilio Valdizan". *Revista de Psiquiatría y Salud Mental Hermilio Valdizan, 4*, 11-23.

- Nader, W. I., Tran, S. U., Baranyai, P., & Voracek, M. (2012). Investigating dimensionality of Eskin's Attitudes Toward Suicide Scale with Mokken scaling and confirmatory factor analysis. *Archives of Suicide Research, 16*, 226-237.
- Neeleman, J., Halpern, D., Leon, D., & Lewis, G. (1997). Tolerance of suicide, religion and suicide rates: An ecological and individual study in 19 Western countries. *Psychological Medicine, 27*, 1165-1171.
- Neeleman, J., & Lewis, G. (1999). Suicide, religion and socio-economic conditions: An ecological study in 26 countries, 1990. *Journal of Epidemiology and Community Health, 53*, 204-210.
- Nizama, V.M. (2011). Suicidio. *Revista Peruana De Epidemiología – Online, 15*, 1-5. Zugriff am April, 2013. Verfügbar unter [http://rpe.epiredperu.net/rpe\\_ediciones/2011\\_V15\\_N02/2AR\\_Vol15\\_No2\\_2011\\_Suicidio.pdf](http://rpe.epiredperu.net/rpe_ediciones/2011_V15_N02/2AR_Vol15_No2_2011_Suicidio.pdf)
- Österreichischer Integrationsfonds. (2012). *Statistisches Jahrbuch Migration & Integration 2012*. Zugriff am April, 2013, Verfügbar unter [http://www.integrationsfonds.at/news/aktuelle\\_news/integrationsbericht\\_2012/](http://www.integrationsfonds.at/news/aktuelle_news/integrationsbericht_2012/)
- Pescosolido, A. B., & Georgianna, S. (1989). Durkheim, suicide, and religion: Toward a network theory of suicide. *American Sociological Review, 54*, 33-48.
- Pescosolido, A. B. (1990). The social context of religious integration and suicide: Pursuing the network explanation. *Sociological Quarterly, 31*, 337-357.
- Pritchard, C., & Hean, S. (2008). Suicide and undetermined deaths among youths and young adults in Latin America: Comparison with the 10 major developed countries: A source of hidden suicides? *Crisis, 29*, 145-153.
- Ribotta, B. (2010). Diagnóstico Sociodemográfico de los Pueblos Indígenas de Perú. *Comisión Económica para América Latina y el Caribe-CEPAL-Fundación Ford*. Verfügbar unter [http://www.eclac.cl/celade/noticias/paginas/6/40386/Peru\\_julio2010.pdf](http://www.eclac.cl/celade/noticias/paginas/6/40386/Peru_julio2010.pdf)

- Sareen, J., Jagdeo, A., Cox, B. J., Clara, I., ten Have, M., Belik, S.L., et al. (2007). Perceived barriers to mental health service utilization in the United States, Ontario, and the Netherlands. *Psychiatric Services, 58*, 357-364.
- Sheikh, S., & Furnham, A. (2000). A cross-cultural study of mental health beliefs and attitudes towards seeking professional help. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 35*, 326-334.
- Stack, S. (1983). The effect of religious commitment on suicide: A cross-national analysis. *Journal of Health Behavior, 24*, 362-374.
- Stack, S., & Kposowa, A. J. (2011). Religion and suicide acceptability: A cross-national analysis. *Journal for the Scientific Study of Religion, 50*, 289-306.
- Schomerus, G., & Angermeyer, M.C. (2008). Stigma and its impact on help-seeking for mental disorders: What do we know? *Epidemiologia e Psichiatria Sociale, 17*, 31-37.
- Schwartz, S. J., Unger, J. B., Zamboanga, B. L., & Szapocznik, J. (2010). Rethinking the concept of acculturation: Implications for theory and research. *American Psychologist, 65*, 237-251.
- The Truth and Reconciliation Commission, Lima, Communications and Public Impact Office (2003, August). Final Report. Zugriff am April, 2013, vom Comisión de la Verdad y reconciliación Webseite: <http://www.cverdad.org.pe/>
- The United Nations Children's Fund, Panama Republic, Oficina Regional para America Latina y el Caribe (2012). Suicidio Adolescente en pueblos indígenas: Tres estudios de caso. Zugriff am April, 2013, vom International Work Group for Indigenous Affairs website: [http://www.iwgia.org/publications/search-pubs?publication\\_id=575](http://www.iwgia.org/publications/search-pubs?publication_id=575)
- Vásquez, F. (1997a). Estudio del intento de suicidio en el Servicio de Emergencia del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi" 1994-1996. *Anales de Salud Mental, 13*, 59-85.
- Vasquez, F. (1997b). Valoración del intento de suicidio. *Anales de Salud Mental, 13*, 37-57.
- Vatan, S., Gençöz, F., Walker, R., & Lester, D. (2010). Lay theories of suicide in Turkish and American students. *Suicidology Online, 1*, 28-33.

- Vogel, D. L., & Wester, S.R. (2003). To seek help or not to seek help: The risks of self-disclosure. *Journal of Counseling Psychology, 50*, 351-361.
- Voracek, M., Fisher, M., 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 Neuroscience, 62*, 271-278.
- Voracek, M., & Loibl, L. M. (2008a). Consistency of immigrant and country-of-birth suicide rates: a meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 118*, 259-271.
- Voracek, M., Loibl, L. M., Egle, J., Schleicher, S., & Sonneck, G. (2007a). 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., & Lester, D. (2007b). Lay theories of suicide among Austrian psychology undergraduates. *Crisis, 28*, 204-206.
- Voracek, M., Loibl, L. M., & Sonneck, G. (2007). Beliefs in the Inheritance of Risk Factors for Suicide Scale: Development, reliability, stability, and convergent and discriminant validity. *Psychological Reports, 101*, 107-116.
- Voracek, M., Loibl, L. M., Swami, V., Vintila, M., Kolves, K., Sinniah, D., Pillai, S. K., Ponnusamy, S., Sonneck, G., Furnham, A., & Lester, D. (2008b). The Beliefs in the Inheritance of Risk Factors for Suicide Scale (BIRFSS): Cross-cultural validation in Estonia, Malaysia, Romania, the United Kingdom, and the United States. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 38*, 688-698.
- Voracek, M., & Sonneck, G. (2006). Medical and psychology students' disbelief in the inheritance of risk factors for suicide. *Psychological Reports, 99*, 599-602.
- Walker, R. L., Lester, D., & Joe, S. (2006). Lay theories of suicide: An examination of culturally relevant suicide beliefs and attributions among African Americans and European Americans. *Journal of Black Psychology, 32*, 320-334.
- World Health Organization. (2011). *Suicide rates per 100, 000 by country, year and sex*. Zugriff am April 04, 2013, Verfügbar unter [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide\\_rates/en/](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide_rates/en/)

- Yilmaz, T. A., & Riecher-Rössler, A. (2008). Suizidversuche in der ersten und zweiten Generation der ImmigrantInnen aus der Türkei. *Neuropsychiatrie*, 22, 261-267.
- Zavala, C. (2003). El espiritualismo y la filosofía propia en el Perú. *Sullull Revista de Filosofía*, 2, 10-18.

## **Eidesstattliche Erklärung**

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

Wien, im Mai 2013

---

Paola Santillán Ramos

# Curriculum Vitae

Paola Santillán Ramos,

in Arequipa geboren

---

1987-1992 Grundschule "Virgen de la Asuncion" – Callao-Perú

1992-1997 Sekundarschule "San Andres" - Callao-Perú

2001-2003 Allgemeine Studien der Geisteswissenschaften (Psychologie) "Päpstliche Katholische Universität von Peru" – Lima-Perú

2005-2006 Vorstudienlehrgang der Wiener Universität

Ergänzungsprüfung aus Deutsch

Ergänzungsprüfung aus Biologie und Umweltkunde

Ergänzungsprüfung aus Geschichte / Sozialkunde

Ergänzungsprüfung aus Mathematik

2006-2010 Fakultät für Psychologie an der Universität Wien – Erster Studienabschnitt

2010- Fakultät für Psychologie an der Universität Wien – Zweiter Studienabschnitt

---

Seit 10/ 2011 Sozialbegleitung Promente-Wien

2012 - 2013 12-Wöchiges Praktikum LEFÖ Beratung, Bildung und Begleitung für MigrantInnen

7/8 2011 6-Wöchiges Praktikum Humanisierte Arbeitsstätte - Berufsintegrationsprojekte Synapse, Unik.at, Mentorix.

---

2012 Selbst Bewusst Sein & Emotionale Kompetenz –Bewältigungsstrategien und Anlagenentfaltung für angehende Ärztinnen und Ärzte „Ein Antidot gegen das Burnout-Syndrom“.

2012 Einführung in Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin.

2012 Grundzüge sozialpsychiatrischer Arbeit

2013 Umgang mit schizophrenen KlientInnen