



universität  
wien

# Diplomarbeit

Titel der Diplomarbeit

Einstellung zu Suizid, Religiosität und Health Beliefs:  
Interkultureller Vergleich zwischen Rumänien und  
Rumänen in Österreich

Verfasserin

Cristina Demean-Dumulesc

Angestrebter akademischer Grad

Magistra der Naturwissenschaften (Mag. rer. nat.)

Wien, im Mai 2014

Studienkennzahl: 298

Studienrichtung: Psychologie

Betreuer: Assoz. Prof. DDDr. Martin Voracek

---

„Our lives begin to end the day we become silent about things that matter.“

Martin Luther King Jr

*Gewidmet meiner Familie,*

*insbesondere meinen wunderbaren Kindern Hadassah und Noah.*

---

## Danksagung

Für die vorliegende Diplomarbeit bedanke ich mich in erster Linie bei Herrn Prof. Martin Voracek für die professionelle Betreuung, Geduld und Offenheit. Danke, dass Sie mir dieses Thema vorgeschlagen und mich mit Ihrem Know-How bei der Entstehung dieser Arbeit unterstützt haben. Sie haben mich in Ihren Forschungsseminaren stets mit Ihrem umfassenden Wissen und mit Ihrer Freude an der Forschung inspiriert und motiviert.

Ein großes Dankeschön verdienen alle Untersuchungsteilnehmer, die an dieser Studie teilgenommen haben. Ohne Euch wäre diese Diplomarbeit nicht realisierbar gewesen.

Darüber hinaus verdient meine liebe Schwester und ehemalige Studienkollegin Mag. Ligia Rotariu, die stets an meiner Seite war und ohne sie das Studium nicht dasselbe gewesen wäre, Respekt und besonderen Dank. Danke Ligi.

Danken möchte ich auch meinen Eltern, die mich während dieser Zeit liebevoll unterstützt haben, indem sie auf meine bezaubernden Kinder Acht gegeben haben. Danke für Eure Geduld und Zeit.

Mein allergrößter Dank gilt meinem besten Freund und Ehemann Florin Demean-Dumulesc, ein Mann, der wirklich niemals aufgibt. Tausendmal wollte ich dieses Studium aufgeben und mich meiner Familie widmen und Zehntausendmal wurde ich von Ihm motiviert und gestärkt, um dieses Studium zu Ende zu bringen. Florin, du hast meinen vollen Respekt und meine tiefste Bewunderung. Dass ich zu einem Abschluss komme, hab ich dir zu verdanken. Viele Frauen können sich über ihre ehrenhaften Männer freuen, ich jedoch gehöre zu den glücklichsten.

---

## Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Einleitung.....</b>	<b>7</b>
<b>2</b>	<b>Theoretischer Hintergrund .....</b>	<b>10</b>
2.1.	Rumänien .....	10
2.1.1	<i>Timisoara und Arad .....</i>	<i>11</i>
2.2.	Suizidraten.....	12
2.2.1.	<i>Suizidraten in Österreich .....</i>	<i>12</i>
2.2.2.	<i>Suizidraten in Rumänien .....</i>	<i>13</i>
2.3.	Bevölkerungsdichte der in Österreich lebenden rumänischen ImmigrantInnen ..	13
2.4.	Religion und Suizidalität.....	13
2.4.1.	<i>Religion in Österreich .....</i>	<i>14</i>
2.4.2.	<i>Religion in Rumänien .....</i>	<i>14</i>
2.4.3.	<i>Einfluss von Religion auf Suizidalität .....</i>	<i>16</i>
2.4.4.	<i>Einstellung gegenüber Suizid und gegenüber suizidgefährdeten Personen im Zusammenhang mit Religion.....</i>	<i>17</i>
2.5.	Genetische Einflussfaktoren von Suizid .....	18
2.6.	Laientheorie über Ursachen von Suizid.....	19
2.7.	Bereitschaft zur Inanspruchnahme professioneller psychologischer Hilfe	20
2.8.	Internationaler Vergleich der bisherigen Studienergebnisse.....	21
2.9.	Hypothesenformulierung.....	26
<b>3</b>	<b>Methoden .....</b>	<b>28</b>
3.1.	Stichprobe.....	28
3.1.1.	<i>Demographische Variablen und Daten.....</i>	<i>28</i>
3.2.	Studiendesign .....	29
3.3.	Datenerhebung .....	29

---

3.4. Messinstrumente.....	30
3.4.1. <i>Übersetzung des Fragebogens</i> .....	30
3.4.2. <i>Struktur des Fragebogens</i> .....	30
3.5. Statistische Auswertung.....	34
<b>4 Ergebnisse .....</b>	<b>36</b>
4.1. Stichprobengröße und soziodemographische Daten.....	36
4.2. Reliabilitäten .....	38
4.3. Hypothesenprüfung.....	39
4.3.1 <i>Ursachenzuschreibung für Suizid</i> .....	39
4.3.2. <i>Religiöse und spirituelle Einstellungen</i> .....	40
4.3.3 <i>Glaube an den Einfluss genetischer Faktoren auf den Suizid</i> .....	41
4.3.4. <i>Bereitschaft zur Inanspruchnahme professioneller psychologischer Hilfe</i> .....	42
4.3.5. <i>Meinungen und Einstellungen zu Suizid</i> .....	45
4.3.6. <i>Einstellung gegenüber einem suizidgefährdeten Freund</i> .....	47
<b>5 Diskussion.....</b>	<b>49</b>
5.1. Ursachenzuschreibung für Suizid.....	49
5.2. Religiosität .....	50
5.3. Glaube an genetische Ursachen von Suizid.....	51
5.4. Bereitschaft zur Inanspruchnahme professioneller psychologischer Hilfe .....	52
5.5. Meinungen und Einstellungen zu Suizid.....	53
5.6. Einstellung gegenüber einem suizidgefährdeten Freund.....	54
5.7. Limitierungen .....	55
5.8. Ausblick .....	56
<b>Zusammenfassung .....</b>	<b>57</b>
<b>Literaturverzeichnis.....</b>	<b>59</b>
<b>Tabellenverzeichnis.....</b>	<b>68</b>

---

---

---

## 1 Einleitung

*„Our lives begin to end the day we become silent about things that matter.“ (Martin Luther King Jr., 1929-1968).*

Mit seinem Zitat spricht der amerikanische Baptistenpastor und Bürgerrechtler, der zu den bedeutendsten Vertretern des Kampfes gegen soziale Unterdrückung und Rassismus zählt, eines der wichtigsten und vitalsten Erkenntnisse im Bereich der menschlichen Zivilisation an: Verantwortung tragen. Krisen, Trennungen, familiäre Probleme, life events, Veränderungen, Suizid, sind in unserer heutigen Gesellschaft ein häufiges Phänomen. Das Thema Suizid ist ein wiederholtes Erscheinungsbild und zeigt, dass Männer und Frauen unserer Gegenwart keine Möglichkeit mehr sehen, mit Vulnerabilität, traumatischen Krisen, Angst, Verzweiflung, schweren Lebenssituationen, Niedergeschlagenheit, Belastungen auf verschiedenen Ebenen des Lebens, Schocks etc. umzugehen und diese zu bewältigen und deshalb den Suizid als einzigen Ausweg sehen.

Jeder einzelne ist Teil einer Gesellschaft, sei es in Rumänien, sei es in Österreich – und jeder einzelne Einwohner eines Landes erwartet sich Lebensqualität und Größe von der eigenen Gesellschaft, in welcher er lebt. Aber dieses Niveau kann man nur erreichen, wenn man den Preis dafür bezahlt- „der Preis der Größe heißt Verantwortung“ (Winston Churchill, 1874-1965).

Der Begriff Suizid (Selbstmord oder Selbsttötung) leitet sich aus dem Lateinischen „sui“ und „cadere“ (sich töten) oder suicidium (Selbsttötung) ab (Furrer et al, 1997). Der französische Gründungsvater der Suizidforschung, Durkheim (1858 - 1917) definierte den Suizid als jeden Todesfall, der direkt oder indirekt auf eine Handlung oder Unterlassung zurückzuführen ist, die vom Opfer selbst begangen wurde, wobei er das Ergebnis seines Verhaltens im Voraus kannte (Durkheim, 1990).

Das Wort „Suizid“ wurde erstmals in lateinischer Sprache im 17. Jahrhundert verwendet und in französischer Sprache erschien es ursprünglich 1734 (Delumeau, 1997). In diesem Zeitfenster wurde nur die moralische Sicht des Suizid - Phänomens mit Interesse besprochen, wobei das Grundproblem darin liegt, ob ein Mensch sein Leben, das er sich nicht selbst geschenkt hat, nehmen darf oder nicht (Bradatan, 1999) lag. Erst im 19. Jahrhundert begann man nach sozialen und psychologischen Ursachen des

## Einleitung

---

Suizids zu suchen. Das Individuum wird von sozialen und psychologischen Faktoren beeinflusst, die es nicht kontrollieren kann (Bradatan, 1999).

Schon seit mehr als hundert Jahren hat man in der Suizidforschung signifikante Geschlechtsunterschiede gefunden. Durkheim (1897) bemerkte, dass die Suizidraten in der männlichen Population um das drei- bis vierfache höher liegen als die weiblichen Suizidraten. Diese Männer-Frauen-Ratio hat sich bis heute nur wenig geändert. Somit bleibt das Geschlecht eine Variable, die einen enormen Einfluss auf das Suizid-Verhalten und die Suizid-Einstellung hat. Weltweit, mit Ausnahme von China (Schmidtke et al. 1999a, Cheng & Lee, 2000) und Finnland (Ostamo & Lönnqvist, 1994), sind die Suizidraten bei Männern höher als bei Frauen, ganz unabhängig von ihrem Alter (Chishti et al., 2003, Hawton, 2000).

Suizid ist sowohl in Österreich als auch in Rumänien zu einem dramatischen öffentlichen Problem geworden. Aktuelle Statistiken zeigen, dass die Suizidrate in Österreich höher ist als in Rumänien. Im Jahr 2011 haben sich in Österreich 1286 Menschen suizidiert (Statistik Austria, 2012) und in Rumänien waren es im Jahr 2009 im Durchschnitt 11.9 pro 100.000 Einwohner (World Health Organisation), wobei die tatsächliche Zahl der Suizide (Dunkelziffer) sicher erheblich höher liegt. Die Zahl der Suizide übersteigt sogar stark die Ziffer der jährlichen Verkehrstoten.

Das Ziel dieser Diplomarbeit ist ein interkultureller Vergleich zwischen den in Österreich lebenden Rumänenen und den Rumänen aus Rumänien, mit dem Schwerpunkt, Einstellungen zu Suizid, Health Beliefs, Religiosität und die Auswirkung der Migration auf diese Einstellungen.

In dieser Studie wurden die drei Suizidursachen von Lester und Bean (1992) untersucht: *Intrapsychische Probleme*, *interpersonelle Probleme* und *soziale Ursachen*, um suizidales Verhalten in diesen zwei Kulturgruppen besser verstehen zu können. Eskin, Voracek, Stieger und Altinyazar (2012) haben aufgezeigt, dass es eine Korrelation zwischen unterschiedlichen soziokulturellen Faktoren (Geschlecht, genetische Variabilität, Religiosität, sozioökonomische Status, Minderheitszugehörigkeit und Bereitschaft, professionelle psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen) und der Lebensgeschichte eines jeden Individuum gibt und dass dieser Zusammenhang einen Einfluss auf die Einstellung zum Suizid und das Suizidverhalten hat.

Von großem Forschungsinteresse sind des Weiteren die Faktoren Religion und Religiosität, die laut wissenschaftlichen Erkenntnissen einen wichtigen Schutzfaktor



## Einleitung

---

gegen das suizidale Verhalten und Denken darstellen. Aktuelle Studien haben gezeigt, dass Menschen mit starken religiösen Überzeugungen eine negativere Einstellung zu Suizid haben (Colucci & Martin, 2008; Dervic, 2004; Koenig, 2009; Gearing & Lizardi, 2009).

Das Ziel und Interesse dieser Diplomarbeit ist es, durch die Ergebnisse dieser interkulturellen Studie einen wichtigen Beitrag zum Thema Suizidprävention zu leisten und spezifische Erkenntnisse der kulturellen Ursachen von Suizid zu liefern.

## 2 Theoretischer Hintergrund

Im folgenden Kapitel soll ein Überblick über den aktuellen Forschungsstand zu den Themen Risikofaktoren von Suizidalität, Religion und dessen Einfluss auf Suizidalität, genetische Einflussfaktoren von Suizid und Ursachen von Suizid gegeben werden. Zudem werden auch rumänische und österreichische Suizidraten und ein internationaler Vergleich der bisherigen Diplomstudien dieses Themas, die in diesem Forschungs- und Methodenbereich der Universität Wien abgeschlossen wurden, vorgestellt. Begonnen wird dieses Kapitel mit einer Einführung über die rumänischen Städte Temesvar und Arad, in welchen die Stichproben und Daten erhoben wurden.

### 2.1. Rumänien

Rumänien ist eine repräsentative Demokratie mit einem semipräsidentiellen Regierungssystem und liegt in der Übergangszone zwischen Mittel-, Süd- und Osteuropa.

Rumänien ist in den bedeutenden und transatlantischen Staatenbünde integriert, trat am 1. Jänner 2007 der Europäischen Union bei und wurde im Jahr 2004 auch Nato-Mitglied.

Der rumänische Staat erlebt seit 2011 eine enorme wirtschaftliche und politische Staatskrise.

Obwohl die europäische Kommission 2005 festgestellt hat, dass Rumänien beim Schutz der Menschenrechte zwar Fortschritte gemacht hat, ist dennoch der Umgang des Staates und der Bevölkerung mit ethnischen Minderheiten teilweise sehr problematisch geblieben.

Seit der Revolution von 1989 ist die Einwohnerzahl Rumäniens infolge eines Geburtendefizites stark gesunken. Seit 1945 ist Rumänien aufgrund seiner wirtschaftlichen Krise ein Auswanderungsland und man zählte bei der letzten Volkszählung (2011) 20,12 Mio. Menschen.

Rumänien ist nach der Verfassung vom 21.11.1991 eine parlamentarische Republik nach französischem Vorbild. Zuletzt wurden von der Kommission Anfang 2013 die mangelnden Fortschritte im Justizbereich und in der Korruptionsbekämpfung bemängelt.

Rumänien erfüllt nach Ansicht der EU-Kommission zwar die formalen Kriterien für den

## Theoretischer Hintergrund

---

Schengen-Beitritt, dieser wird jedoch weiterhin von einigen Ländern nicht unterstützt, mit der Begründung, dass die immer noch weit verbreitete Korruption die Bewerbung des Landes unterminiert (Coface, 2013).

Rumänien besteht aus 42 Regionen (Bezirken). Von der gesamten rumänischen Bevölkerung wurden die Rumänen mit 89% als die größte Bevölkerungsgruppe vermerkt. Die restlichen Prozente besetzen die ethnischen Minderheiten der rumänischen Bevölkerung, wie zum Beispiel Ungarn (6.5%), deren Hauptsiedlungsgebiete sich auf 16 dieser 42 Regionen befinden (zum Beispiel Siebenbürgen, Regionen von Banat und Maramures sowie die Grenzgebiete zu Ungarn).

### 2.1.1 Timisoara und Arad

Timisoara (deutsch: Temeswar, ungarisch: Temesvar) ist nach der Hauptstadt Bukarest die zweitgrößte Stadt Rumäniens und liegt im Westen des Landes an der Grenze zu Ungarn. Arad befindet sich im Süden des Kreischgebietes und im Norden des Banats, grenzt wie Temesvar an der ungarischen Grenze und ist ein Grenzgebiet mit ungarischer und rumänischer Sprache.

Die größten soziale Probleme Temesvars und Arads sind nach wie vor die Straßenkinder, illegaler Drogenkonsum, organisierte Kriminalität, Prostitution und Menschenhandel.

Obwohl die Staatszugehörigkeit oft wechselte, blieben die Ungarn (Magyaren) mit 7.46% in Timisoara und 10,67 % in Arad eine große ethnische Minderheit.

Die Suizidrate beträgt in Temesavar im Durchschnitt 15.69 (3.73 M:F Ratio) und ist im Vergleich zu den anderen Regionen Rumäniens, die nicht von der ungarischen Minderheit besetzt sind, sehr hoch. Die Suizidrate in Arad beträgt im Mittel 18,40 mit 1.43 M:F Ratio (Voracek, Vintila & Muranyi, 2007).

Marusic (2005) stellte fest, dass geografische Unterschiede in den Suizidraten über Europa hinweg teilweise auf genetische Unterschiede zwischen Populationen zurückzuführen sind. Studien haben gezeigt, dass gewisse Gebiete (sogenannte finno-urgische Ethnien) im osteuropäischen Raum, die bestimmte genetische Polymorphismen besitzen, eine höhere Suizidrate zeigten (Voracek & Loibl, 2007). Beide Länder, Finnland und Ungarn, zeigten sehr hohe Suizidraten und somit weisen finno-urgischen Ethnien überall in Europa höhere Suizidraten auf. Sie sind Teil eines J-förmigen Gürtels, der sich

über Europa erstreckt und die zehn Staaten mit den höchsten Suizidraten darstellt. Es wird angenommen, dass mögliche genetische Faktoren für die hohen Suizidraten verantwortlich sind, da sich diese Länder in der Geschichte, dem politischen System und auf sozioökonomischer Ebene ähneln (Marusic, Farmer, 2001).

Wie bereits erwähnt, lebt in Temesvar und Arad ein hoher Anteil der ungarischen Minderheitsgruppe (Ungarn liegt im J-Gürtel). Da beide rumänischen Städte eine viel höhere Suizidrate aufweisen, konnte in mehreren Studien darauf hingewiesen werden, dass die erhöhte rumänische Suizidrate auf die ethnischen Magyaren zurückzuführen ist (Marusic, 2005; Voracek, Vintila & Muranyi, 2007).

## 2.2. Suizidraten

Die Weltgesundheitsorganisation definiert den Suizid als „eine Handlung, die eine Person in voller Kenntnis und in Erwartung des tödlichen Ausgangs selbst plant und ausführt“ (OECD (2012, S. 270).

Die Suizidraten gründen auf Daten von amtlichen Statistiken über Todesursachen.

### 2.2.1. Suizidraten in Österreich

Die österreichischen Suizidraten liegen im Vergleich zu den europäischen Staaten im Mittelfeld. Seit dem Jahr 1987 ließ die jährliche Anzahl der Suizidanten nach und erreichte im Jahr 2011 insgesamt 1,286 Menschen, die durch Suizid verstorben sind. In Österreich sind die Suizidraten der Männer (23.8 pro 100.000 EinwohnerInnen) höher als die der Frauen (7.1 pro 100.000 EinwohnerInnen) (Statistik Austria, 2012).

Es hat sich herausgestellt, dass mit steigendem Alter das Suizidrisiko zunimmt. Besonders gefährdet sind Männer ab dem 65. Lebensjahr, die mit einem 10-fachen Risiko an Suizid versterben als die durchschnittliche Bevölkerung (Kapusta, 2012).

Die World Health Organisation (2008) zeigte, dass die Suizidrate bei Männern im Alter von 55-64 Jahren bei 27.7 pro 100.000 EinwohnerInnen lag, wobei die Suizidrate bei Frauen bei 8.3 pro 100.000 EinwohnerInnen lag. Desweiteren zeigte die WHO (2008), dass die Suizidraten bei Männern ab dem 75. Lebensjahr gewaltig anstieg – 86.4 pro 100.000 EinwohnerInnen und bei Frauen auf 16.7 pro 100.000 EinwohnerInnen.

### *2.2.2. Suizidraten in Rumänien*

Die rumänischen Suizidraten liegen im Vergleich zu den restlichen europäischen Staaten auch eher im Mittelfeld, sind aber geringer als die Suizidraten in Österreich. Männer (21.0 pro 100.000 EinwohnerInnen) weisen in Rumänien generell eine höhere Suizidrate auf als Frauen (3.5 pro 100.000 EinwohnerInnen) (WHO, 2009). Die WHO (2009) zeigte, dass die Suizidraten der Männer von 1990 bis 1995 leicht gestiegen sind (von 13.3 auf 20.3 pro 100.000 EinwohnerInnen) und dass die Suizidraten der Frauen von 2005 bis 2009 leicht gesunken sind (von 4.2 auf 3.5 pro 100.000 EinwohnerInnen). Besonders gefährdet sind die rumänischen Männer zwischen 45 und 54 Jahren. Laut WHO (2009) ist das Risiko an Suizid zu versterben bei Männern in diesem Lebensalter neun mal höher (37.1 pro 100.000 EinwohnerInnen) als bei Frauen (4.8 pro 100.000 EinwohnerInnen).

### **2.3. Bevölkerungsdichte der in Österreich lebenden rumänischen ImmigrantInnen**

Im Jahr 2011 wanderten mehr als 130.000 Personen mit unterschiedlichem Migrationshintergrund nach Österreich zu. Davon hatten Personen aus Rumänien mit 13.713 Zuzügen den zweitgrößten Anteil (Bundes- Ministerium für Inneres, 2012).

### **2.4. Religion und Suizidalität**

Schon im Jahre 1897 konnte der Soziologe Emile Durkheim den Zusammenhang zwischen religiösen Einstellungen und Haltungen und Suizid (bzw. Suizidversuche) bemerken und er stellte fest, dass Religion einen positiven und schützenden Einfluss auf die soziale Gesellschaft habe, welche nicht nur Zusammenhalt, sondern auch das Teilen von gemeinsamen religiösen Praktiken, Überzeugungen und Traditionen bietet, die wiederum ein suizidales Verhalten verringern (Durkheim, 1951).

### 2.4.1. Religion in Österreich

Die österreichische Bischofskonferenz veröffentlichte am 31. Dezember 2013 die neuesten statistischen Daten zur Katholikenzahl (5,31 Millionen) und zeigte, dass die Zahl der Kirchenaustritte im Vergleich zum Vorjahr leicht gestiegen ist (59.023 Menschen) (Katholische Kirche Österreich, 2013).

Neben der größten Katholiken-Gruppe (74%) bilden die Konfessionslosen die zweitgrößte Gruppe in Österreich (12%). Protestanten (4.8%) und Muslime (4.2%) sind in Österreich weniger vertreten (Statistik Austria, 2007).

### 2.4.2. Religion in Rumänien

Laut den neuersten religionssoziologischen Analysen und Werteforschungen gilt Rumänien als das religiöseste Land Ost-Europas und sogar Europas (Voicu, Malina, 2007).

Bei der letzten Volkszählung von 2011 zeigten die folgenden statistischen Daten die rumänische Konfessionszugehörigkeit: 86,7% der Rumänen sind rumänisch-orthodox, 5,6% sind römisch-katholisch. Die Protestanten (Pfingstler, Baptisten, Adventisten, Evangelikalen) machen 6,7% der rumänischen Bevölkerung aus und die Anzahl der Konfessionslosen liegt mit 0.2% erstaunlich unten.

Suizid ist in Rumänien ein Tabu-Thema. Obwohl das Land viele soziale Veränderungen durchlaufen und eine Menge an okzidentalischen Ideen und Praktiken übernommen hat, bleibt Suizid ein Subjekt, über das nicht öffentlich diskutiert wird und das viele negative Konsequenzen für die Angehörigen des Toten mitbringt. Die Kirche hat immer noch eine große Auswirkung auf die Population und beeinflusst durch die Meinungen ihrer Repräsentanten Orthodoxen, Katholiken und Neoprotestanten.

Die Kirche geht generell davon aus, dass das Leben ein Geschenk Gottes ist und dass Er alleine das Recht hat es „zurückzunehmen“. Folglich wird jeder Versuch in den Lauf des Lebens einzugreifen als Sünde angesehen. In der Bibel werden mehrere Suizide beschrieben. Einer davon ist der Suizid des Iudas Iskariot im Matthäusevangelium 27:5<sup>1</sup>. Die Bibel behauptet über ihn, dass es besser gewesen wäre, wenn er nicht geboren

---

<sup>1</sup> Bibel, nach der Übersetzung Martin Luthers, 1991, Matthäus Kapitel 27 Vers 5

## Theoretischer Hintergrund

---

wäre (Matthäus 24:24)<sup>2</sup>. In Apostelgeschichte 16:28<sup>3</sup> hält Paulus den Suizidversuch des Wächters auf, der im Gefängnis die Aufsicht über ihn hatte. Wir finden in der Heiligen Schrift auch suizidale Tendenzen bei Elias (1. Könige 9:4)<sup>4</sup>, Jona (Jona 4:8)<sup>5</sup> und Hiob (Hiob 6:9)<sup>6</sup>.

Die traditionell orthodoxe Kirche sieht den Suizid als eine schwere Sünde an - die größte Sünde gegen sich selbst. Sie hatte bis vor kurzem kein Verständnis für Menschen, die sich das Leben nehmen. Dies zeigt sich in der Tatsache, dass diesen Menschen ein religiöses Begräbnis verwehrt wurde. Es wurde lediglich ein kurzes Begräbnis für die Hinterbliebenen gehalten, in dem zu ihnen über das Leben gesprochen wurde.

Erst seit kurzer Zeit werden gewisse Ausnahmen gemacht als Folge des Drucks, den die orthodoxen Gläubigen und die Familie auf die Kirche ausüben. Aber auch dann entspricht der Umgang der Kirche mit dem Suizidenten nicht dem, den sie einem Menschen zeigt, der durch natürliche Ursachen wie eine Krankheit oder ein Unfall gestorben ist.

Die traditionell rumänische Kirche unterschied zwischen Menschen, die sich bei „gesundem Verstand“ das Leben genommen haben und Menschen, die aufgrund einer psychischen Krankheit oder eines Mangels an Einsicht Suizid begangen haben. Die orthodoxe Kirche gewährte nur im letzteren Fall eine angemessene Bestattung.

Die neo-protestante Kirche hingegen bestraft Suizid nicht mit solch drastischen Maßnahmen, sondern übernimmt die Bestattung, die jedoch hauptsächlich den Hinterbliebenen gewidmet ist, um ihnen Trost zu spenden.

Im Johannesevangelium<sup>7</sup> wird behauptet, dass Jesus gekommen ist, um Leben zu bringen. Daraus lässt sich schlussfolgern, dass Gott nicht den Tod bringt, weshalb die Mehrheit der Protestanten glauben, dass Mord und Suizid nicht Gottes Willen entsprechen, sondern schwere Sünden darstellen.

Obleich es im Okzident liberalere Meinungen unter Protestanten gibt, die den Suizid akzeptieren, haben die rumänischen Protestanten hingegen eine negative Haltung gegenüber Suizid. In Rumänien ist diese liberalere Einstellung nicht so spürbar wie die

---

<sup>2</sup> Bibel, nach der Übersetzung Martin Luthers, 1991, Matthäus Kapitel 24 Vers 24

<sup>3</sup> Bibel, nach der Übersetzung Martin Luthers, 1991, Apostelgeschichte Kapitel 16 Vers 28

<sup>4</sup> Bibel, nach der Übersetzung Martin Luthers, 1991, Erster Könige Kapitel 9 Vers 4

<sup>5</sup> Bibel, nach der Übersetzung Martin Luthers, 1991, Jona Kapitel 4 Vers 8

<sup>6</sup> Bibel, nach der Übersetzung Martin Luthers, 1991, Hiob Kapitel 6 Vers 9

<sup>7</sup> Bibel, nach der Übersetzung Martin Luthers, 1991, Johannes Kapitel 4 Vers 8

## Theoretischer Hintergrund

---

konservative. Aus der liberalen Perspektive wird Suizid als ein moralischer Akt angesehen, während der konservative Standpunkt keine moralische Rechtfertigung bietet. Die liberalen Protestanten gehen außerdem davon aus, dass das Leiden der Hinterbliebenen nicht das des Suizidenten übersteigt. Die Konservativen vertreten ihren Standpunkt hauptsächlich darin, dass das Leben ein Geschenk eines schöpferischen Gottes ist, der das Leben liebt (Moreland & Geisler, 1990, S. 86-92).

Schlussfolgernd lässt sich sagen, dass sowohl die traditionell orthodoxe als auch die neo-protestante Kirche zurückhaltende und unterschiedliche Meinungen über das geistliche Schicksal eines Suizidenten haben. Es bestehen jedoch beiderseits Tendenzen ein Klima zu schaffen, in dem die Hinterbliebenen Trost finden.

### 2.4.3. Einfluss von Religion auf Suizidalität

Studien haben gezeigt, dass Religion zwei vitale Schutzfunktionen für Suizidales Verhalten und Einstellungen zum Suizid darstellen. Religiosität ist zum einen ein wichtiger Schutzfaktor, da Menschen die einer religiösen Glaubensgemeinschaft angehören, in schweren Zeiten, emotionale und soziale Unterstützung bekommen und so ein Zugehörigkeitsgefühl erleben, der wiederum zwischenmenschliche Bindungen stärkt und verringert damit die Ablehnung von suizidgefährdeten Personen und die Akzeptanz zum Suizid (Dervic et al., 2004, Eskin, 2004, Kelleher et al., 1998, Kyle, 2013, Neelman, Halpern, Leon & Lewis, 1997, Neeleman & Lewis, 1999, Sisask et al. 2010, Stack & Lester, 1991). Stack (1983) zeigte, dass Personen mit einem sehr religiösen Glauben vor Selbstverletzung und vor Suizid geschützt sind.

Studien zeigen desweiteren signifikante Geschlechtsunterschiede bezüglich der religiösen Einstellungen. Es wurde gezeigt, dass Frauen ein höheres Interesse an Religion, zeigten höhere Ausprägungen in den Variablen „subjektive Religiosität“ und „Häufigkeit des Betens“, sind religiöser, zeigen auch ein höheres spirituelles Wohlbefinden und gehen auch viel öfters in die Kirche als die Männer (Mehner & Koch, 2001; Cornwall, 1989; Davis & Smith, 1991; Miller & Hoffmann, 1995, Levin & Taylor, 1993). Gearing und Lizard (2009) haben aufzeigen können, dass ein Grund warum die Männer-Suizidraten bis zu drei mal höher sind, als die der Frauen, ist, dass Männer weniger religiös sind.



Eskin (2004) zeigte, dass religiöse Einstellungen und Haltungen förderlich für zwischenmenschliche Beziehungen sind und Menschen vor Suizid schützen.

### *2.4.4. Einstellung gegenüber Suizid und gegenüber suizidgefährdeten Personen im Zusammenhang mit Religion*

Eskin (2004) zeigte, dass Religion bzw. Religiosität und religiöse Erziehung auch einen positiven Einfluss auf die Akzeptanz gegenüber einem suizidgefährdeten Freund/ einer suizidgefährdeten Freundin ausübt.

Hawton und Heeringen (2009) beschrieben, dass die Einstellung zu Suizidalem Verhalten über Kulturen variiert.

Interkulturelle Vergleichs- Studien haben gezeigt, dass zum Beispiel StudentenInnen aus Schweden und Österreich eine liberalere Einstellung zum Suizid haben und dass sie mehr Akzeptanz gegenüber einer suizidgefährdeten Person haben (Eskin, 1995, Eskin, 1999). In einer neueren interkulturellen Studie zwischen türkischen und österreichischen Medizin StudentInnen, konnte Eskin (2010) mit dem Ziel, die Häufigkeit von suizidalem Verhalten, Einstellung zum Suizid und die Einstellung zum suizidgefährdeten Freund zu messen, aufzeigen, dass österreichische StudentInnen mehr Suizidgedanken haben und eine liberalere Einstellung zu Suizid, und dass türkische StudentInnen mehr Suizidversuche angeben und zeigten mehr Akzeptanz bei Einstellung zu suizidgefährdeten Personen.

All diese Ergebnisse der interkulturellen Studien unterstützen Eskins (1992) Stigma-Hypothese, welche besagt, dass Menschen, die in Kulturen und Gesellschaften leben, die tolerante und liberale Einstellungen zum Suizid haben und psychosoziale Krisen bzw. kritische Situationen erleben, Suizid begehen. Eskin (1992) konnte mit dieser Stigma-Hypothese desweiteren zeigen, dass Personen mit suizidalem Verhalten in diesen liberalen Lebensweisen mit Stigmatisierung und Ablehnung konfrontiert sind und sind somit hilflos dem Suizid ausgeliefert.

## 2.5. Genetische Einflussfaktoren von Suizid

Die Suizidforschung befasste sich seit Jahren mit den genetischen Faktoren, welche einen Einfluss auf das suizidale Verhalten ausüben und die noch heute kontrovers diskutiert werden.

In diesem Zusammenhang wird in der molekulargenetischen Forschung diskutiert, dass Störungen im serotonergen System zu impulsiven und autoaggressiven Verhalten führen, welche das suizidale Verhalten determinieren (Mann, Oquendo, Underwood & Arango, 1999; Mann, Brent & Arango, 2001, Brent, 2009).

Zahlreiche Studien haben in unterschiedlichen Kulturen Gene gefunden, die für den Suizid verantwortlich sind (Cavalli-Sforza, Menozzi & Piazza, 1994; Menozzi, Piazza & Cavalli-Sforza, 1978; Mann et al., 2000; Turecki et al., 2001; Baldessarini & Hennen, 2004; Bondy, Buettner & Zill, 2006; Voracek, Loibl & Kandrychyn, 2007; Voracek, Vintila & Muranyi, 2007, Voracek et al., 2008). Trotz dieser unzähligen Studien und diesem Know How ist das Wissen in der Bevölkerung über den genetischen Einfluss von Suizid und suizidalem Verhalten sehr gering (Voracek & Sonneck, 2006; Kolves et al., 2007). Neuere Validierungsstudien zum Messinstrument BIRFSS - The Beliefs in the Inheritance of Risk Factors for Suicide Scale – (Voracek et al. (2007), der den Glauben an genetische Faktoren für Suizid erhebt, haben gezeigt, dass die Einstellung zur Genetik von Suizid veränderbar ist und dass Religiosität mit BIRFSS positiv korreliert (Voracek, Loibl & Sonneck, 2008). Laut Studien gibt es keine signifikanten Geschlechts- Unterschiede bezüglich den Vorstellungen über genetische Einflussfaktoren von Suizid und hängen hohe BIRFSS-Scores mit allgemeinem Wissen über genetische Determinanten über Suizid zusammen (Voracek, Loibl & Sonneck, 2007a; Voracek, Egle, Schleicher, Loibl & Sonneck, 2007d; Voracek, Fisher, Loibl, Tran & Sonneck, 2008b).

Viele Metaanalysen bestätigen den Zusammenhang zwischen suizidalem Verhalten und Einzelnukleotid-Polymorphismen (single nucleotid polymorphism) und zeigen spezifische Muster auf. Diese Ergebnisse wurden jedoch noch nicht in einem Gesamtrahmen integriert und gegenübergestellt. Die Metanalyse von Schild, Pietschnig, Tran und Voracek (2013) kam zu dem Schluss, dass die Effekte der Metaanalyse sehr leicht beeinflusst werden können und stark von den einzelnen Studien abhängig sind. Außerdem besteht eine beachtliche Heterogenität zwischen den einzelnen Studien. Weiters behaupten sie, dass in diesem Forschungsbereich der *publication bias* keinen

Einfluss hat. Zusammenfassend zeigen metaanalytische Daten, dass ein wesentlicher Beitrag einzelner Gene zum Suizid sehr unwahrscheinlich ist.

Voracek (2007) führte eine metaanalytische Untersuchung zu Adoptionsstudien durch, die den genetischen Faktor für Suizid belegten. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass Suizid in den biologischen Familien der Suizidanten liegt. Menschen glauben nicht, dass das Suizidrisiko der Adoptierten dem der Geschwister der Adoptionsfamilie ähnlich sei. Paradoxerweise glauben die meisten auch nicht, dass das Suizidrisiko eher den biologischen als den adoptierten Verwandten gleicht (was eigentlich der Fall ist).

Neben Adoptionsstudien sind auch Zwillingsstudien eine geeignete Methode, den genetischen Einfluss auf Suizid zu untersuchen. Die metaanalytische Studie von Voracek und Loibl (2007) ergab, dass eineiige Zwillinge, unabhängig von ihren persönlichen Erfahrungen und umweltbedingten Faktoren, häufiger Suizid begehen als zweieiige. Daraus ist zu schließen, dass genetische Faktoren das suizidale Verhalten beeinflussen.

### **2.6. Laientheorie über Ursachen von Suizid**

Lester und Bean (1992) entwickelten ein Erhebungsinstrument, das den Glauben für Suizid erhebt, mit dem Ziel das suizidale Verhalten in unterschiedlichen Kulturen besser zu verstehen und Unterschiede aufzuzeigen. Diese Ursachen für Suizid wurden nach Lester und Bean (1992) in drei Dimensionen erfasst - intrapsychische Ursachen („Menschen, die Suizid begehen, sind gewöhnlich psychisch krank“), interpersonelle Ursachen („Häufig wird Suizid durch Streit mit dem Partner ausgelöst“) und soziale Ursachen („Gesellschaftlich Unterdrückte begehen eher Suizid“). Bisherige Studienergebnisse haben gezeigt, dass Religiosität und Alter am stärksten mit der Dimension Intrapsychische Ursachen zusammenhängen und dass Laien dem Suizid häufiger interpersonelle und soziale Probleme zuschreiben (Loibl & Voracek, 2007; Voracek, Loibl & Lester, 2007c).

Es wurden Kulturstudien durchgeführt, die kulturelle Unterschiede in der Ursachenzuschreibung von Suizid zeigen sollten. Zum Beispiel schreiben europäisch abstammende Amerikaner dem Suizid eher interpersonelle Ursachen zu als afrikanisch abstammende (Walker, Lester & Joe, 2006). In einer weiteren Studie zwischen türkischen und amerikanischen StudentInnen von Vatan, Gencöz, Walker und Lester (2010) konnte

aufgezeigt werden, dass türkische StudentInnen dem Suizid mehr soziale Ursachen zuschreiben.

### **2.7. Bereitschaft zur Inanspruchnahme professioneller psychologischer Hilfe**

Die Bereitschaft zur Inanspruchnahme von professioneller psychologischer Hilfe ist vital, um dem Suizidrisiko vorzubeugen. Lin et al. (1982) gliedert diesen Prozess der Annahme von psychologischer Hilfe in zwei Schritte. Der erste Schritt beginnt mit der Erkennung bzw. mit der Identifizierung der ersten Symptome und endet mit dem Erstkontakt eines Spezialisten im Bereich der psychischen Gesundheit (PsychologIn, PsychotherapeutIn, PsychiaterIn). Der zweite Schritt wurde definiert als die Zeit zwischen dem Erstgespräch mit dem PsychologIn und der aktiven Teilnahme an einem Behandlungsprogramm. In beiden Schritten, die für die Suizidprävention von großer Bedeutung sind, haben Lin et al. (1982) gezeigt, dass sowohl der Erstkontakt mit Gesundheitsspezialisten als auch die Behandlung signifikante Verspätungen aufweist. Desweiteren hat Lin (1982) in einer Studie zeigen können, dass die Suche nach professioneller psychologischer Hilfe hoch mit der Ethnizität zusammenhängt. Asiaten zeigten in diesem Suchprozess die längste „Verspätung“ im Vergleich zu Kaukasier.

Weitere Studien haben ergeben, dass Personen mit unterschiedlichem kulturellen Hintergrund sich in der Bereitschaft zur Inanspruchnahme psychologischer Hilfe nicht unterscheiden (Sheik & Furnham, 2000; Elhai, Schweinle & Anderson, 2008).

Fisher und Turner haben schon 1970 aufzeigen können, dass Frauen eher bereit sind, professionelle psychologische Hilfe anzunehmen, und mit diesem Ergebnis behaupteten die Autoren, dass das Geschlecht eine wichtige Rolle für die Suche nach psychologischer Hilfe spielt.

Sheikh und Furnham (2000) führten eine Untersuchung mit asiatischen MigrantInnen aus Großbritannien und Personen aus Westeuropa durch und zeigten, dass beide Kulturen ähnliche Einstellungen zur Bereitschaft zur Inanspruchnahme psychologischer Hilfe haben. In dieser Studie wurden weitere wichtige Faktoren gefunden, die die Suche nach psychologischer Hilfe positiv beeinflussen: das weibliche Geschlecht und der Bildungsgrad. Ein weiterer Prädiktor war die Religion. Die Ergebnisse dieser Untersuchung zeigten, dass Menschen ohne Religionszugehörigkeit eine positivere

Einstellung zu psychologischer Hilfe hatten, während Muslime ihr negativ gegenüber stehen. Auch das Alter ist ein signifikanter Faktor. Bisherige Untersuchungen haben gezeigt, dass ältere Männer und Frauen offener gegenüber psychologischer Hilfe waren (Al-Krenawi, Graham, Dean & Eltaiba, 2004; Takamura et al., 2008).

### **2.8. Internationaler Vergleich der bisherigen Studienergebnisse**

Zum vorliegenden Forschungsthema „Einstellung zu Suizid, Religiosität und Health Beliefs“ wurden auf der Universität Wien, Fakultät für Psychologie am Institut für psychologische Grundlagenforschung und Forschungsmethoden, nicht wenige interkulturelle Studien durchgeführt. Aufgrund der aktuellen und interessanten Forschungsergebnisse und Unterschiede in den jeweiligen Kulturen werden diese in diesem Kapitel in tabellarischer Form zum internationalen Vergleich und als Anregung präsentiert und gegenübergestellt.

Es handelt sich hier um folgende Forschungen bzw. Diplomarbeitsstudien:

1. A cross-cultural investigation of suicidal behavior and attitudes in Austrian and Turkish Medical Student (Eskin, Voracek, Stieger, 2010).
2. Psychometrische Analyse und Validierung der “Beliefs in the Inheritance of Risk Factors for Suicide Scale“ im Kontext der Migration: Türkei und türkische MigrantInnen in Österreich (Dogus, 2011).
3. Einstellung zu Suizid, Religiosität und Health Beliefs: Ein interkultureller Vergleich zwischen ÖsterreicherInnen, PolInnen und polnische ImmigrantInnen (Kadluczka, 2012).
4. Einstellung zu Suizid, Religiosität und Health Beliefs: Ein interkultureller Vergleich zwischen Südindien (Kerala) und SünderInnen in Österreich (Aninilkumparambil, 2012).
5. Einstellung zu Suizid, Religiosität und Health Beliefs: Ein interkultureller Vergleich zwischen Russland/Kasachstan und RussInnen/KasachInnen in Mitteleuropa (Fink, 2013).
6. Einstellung zu Suizid, Religiosität und Health Beliefs: Ein interkultureller Vergleich zwischen SlowakInnen und slowakischen ImmigrantInnen in Österreich (Svedova, 2013).

## Theoretischer Hintergrund

---

7. Einstellung zu Suizid, Religiosität und Health Beleifs: Ein interkultureller Vergleich zwischen in Peru lebenden PeruanerInnen und in Österreich lebenden PeruanerInnen (Ramos, 2013).

## Theoretischer Hintergrund

**Tabelle 1** Bisherige Forschungsergebnisse zum Thema „Einstellung zu Suizid, Religiosität und Health Beliefs“

	Türkei	Polen	Indien	Russland / Kasachstan	Slowakei	Peru
<i>Religion und Kirchengang</i>	Türkische MigrantInnen in Österreich zeigten eine höhere Religiosität auf als die Türkei-Stichprobe, welche wiederum einen signifikanten positiven Zusammenhang zwischen dem BIRFFS-Score und dem SBI, zeigte.	PolInnen und poln. ImmigrantInnen sind erfahrener höhere Unterstützung in deren Glaubensgemeinschaft und gehen öfters in die Kirche als ÖsterreicherInnen. (Männer und Frauen gleich).	poln. Süd-InderInnen gehen öfters in die Kirche (Frauen öfter als Männer). Frauen sind religiöser und fühlen sich mehr von ihrer Glaubensgemeinschaft unterstützt.	ImmigrantInnen und Nicht-ImmigrantInnen zeigen im Kirchengang keine Unterschiede. Nicht-ImmigrantInnen sind religiöser als ImmigrantInnen.	SlowakInnen zeigen höhere religiöse Überzeugungen und Praktiken. Die Religiosität ist bei Frauen stärker ausgeprägt. Frauen aus der Slowakei gehen öfters in die Kirche als Slowakinnen aus AUT.	PeruanerInnen aus Peru sind religiöser, fühlen sich in deren Glaubensgemeinschaft stärker sozial unterstützt und gehen öfters in die Kirche als PeruanerInnen aus Wien. Frauen sind religiöser als Männer, allerdings gehen sie nicht öfter in die Kirche als Männer.
<i>Ursachen von Suizid</i>	Die Skala Soziale Ursachen des Suizids zeigte signifikante unterschiedliche Ausprägungen für Türkei und türkische ImmigrantInnen in Österreich. Die Türkei-Stichprobe zeigte signifikant höhere Scores in der ACCS-Subskala Soziale Ursachen des Suizids.	Polnische ImmigrantInnen glauben weniger an eine intrapsychische Ursache für Suizid als PolInnen und ÖsterreicherInnen. PolInnen glaubten am stärksten an soziale Ursachen von Suizid.	Die erste Generation der InderInnen aus Wien glauben stärker an eine intrapsychische Ursache von Suizid als die Süd-InderInnen von Kerala. Keine Geschlechtsunterschiede.	Russische und kasachische ImmigrantInnen schreiben dem Suizid mehr intrapsychische Ursachen zu als Personen in Russland und Kasachstan.	Positive Interkorrelationen aller drei Subskalen (Intrapsychische Ursachen, Interpersonelle Ursachen und Soziale Ursachen) zeigen, dass Laien (sowohl SlowakInnen und slowak. ImmigrantInnen) allen drei Dimensionen dieselbe Bedeutung beimessen.	PeruanerInnen in Peru glauben mehr an intrapsychische Ursache von Suizid als PeruanerInnen aus Wien. Frauen glauben mehr an intrapsychische und interpersonelle Ursachen von Suizid als Männer.
<i>Glaube an genetische Einflussfaktoren von Suizid</i>	Die Personen der Türkei-Stichprobe erzielten signifikant mehr richtige Antworten als die TürkenInnen mit Migrationshintergrund aus Österreich.	ÖsterreicherInnen glauben im Vergleich zu polnischen ImmigrantInnen und PolInnen viel eher an genetische Ursachen von Suizid.	Süd-InderInnen aus Wien mit einer höheren Ausbildung glauben stärker an genetische Einflussfaktoren von Suizid als die Süd-InderInnen aus Kerala.	Die Ergebnisse dieser Studie konnten nicht bestätigen, dass ImmigrantInnen aus Russland und Kasachstan sich im Wissen über die Genetik von Suizid von Personen in Russland und Kasachstan unterscheiden. (Gründe dafür siehe Diplomarbeit Ellina Fink,	SlowakInnen und slowakische ImmigrantInnen unterscheiden sich nicht im Wissen über genetisch bedingte Risikofaktoren für Suizid	PeruanerInnen aus Wien glauben eher an genetische Einflussfaktoren von Suizid als PeruanerInnen aus Peru. PeruanerInnen aus der zweiten Generation aus Wien erzielen höhere Werte auf dieser Skala als die anderen Gruppen.

*Bereitschaft zur Inanspruchnahme professioneller psychologischer Hilfe*

PolInnen zeigen die geringste Bereitschaft professionelle psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen. ImmigrantInnen und ÖsterreicherInnen unterscheiden sich nicht in Bezug auf die Bereitschaft der Inanspruchnahme professioneller psychologische Hilfe. Bei PolInnen und polnischen ImmigrantInnen kann kein Einfluss von Religiosität auf die Bereitschaft, professionelle psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen, festgestellt werden.

Süd-InderInnen aus Kerala zeigen eine geringere Bereitschaft professionelle psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen als Süd-InderInnen aus Wien.

ImmigrantInnen sind eher bereit professionelle psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen als Personen aus Russland und Kasachstan. Es konnte kein Zusammenhang zwischen Religiosität und der Bereitschaft, professionelle psychologische Hilfen in Anspruch zu nehmen, gefunden werden.

Sowohl SlowakInnen als auch slowakische ImmigrantInnen aus Österreich zeigen eine ähnliche Bereitschaft zur Inanspruchnahme professioneller psychologischer Hilfe. Frauen sind offener gegenüber psychologischer Hilfe. Mit steigender Religiosität stieg in der Gruppe der SlowakInnen die Bereitschaft, professionelle psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen.

PeruanerInnen aus Peru zeigen eine größere Bereitschaft, professionelle psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen als PeruanerInnen aus Wien.

*Einstellung zu Suizid*

Österreichische StudentInnen zeigen auf der Skala Akzeptanz von Suizid höhere Werte und sind offener für Diskussionen über Suizid als türkische StudentInnen.

Türkische StudentInnen glauben stärker als österreichische StudentInnen, dass Personen, die Suizid begangen haben, nach ihrem Tod bestraft werden und dass das suizidale Verhalten in Familienkreisen verheimlicht werden sollte.

ÖsterreicherInnen tolerieren Suizid eher als PolInnen und polnische ImmigrantInnen und sehen Suizid eher als ein Zeichen psychischer Krankheit an. PolInnen und polnische ImmigrantInnen glauben daran, dass Personen die Suizid begehen, nach dem Tod bestraft werden und haben den Wunsch in der Gesellschaft offener über das Thema Suizid zu sprechen. PolInnen sind eher dazu bereit, suizidales Verhalten zu verheimlichen und

Süd-InderInnen aus Kerala erzielen höhere Werte auf der Skala „Bestrafung nach dem Tod“ als Süd-InderInnen aus Wien. In beiden Gruppen erzielen Frauen höhere Werte als Männer. Die zweite Generation erzielt auf den Skalen „Akzeptanz von Suizid“ und „offene Berichterstattung und Diskussion über Suizid“ höhere Werte als die erste Generation und Süd-InderInnen aus Kerala. In Kerala und in der Zweiten Generation erzielen

RussInnen und KasachInnen sehen den Suizid stärker als ein Zeichen einer psychischen Krankheit und lehnen die Mitteilung von psychischen Problemen sowie die offene Benachrichtigung und Diskussion über Suizid stärker ab als ImmigrantInnen. Die Verheimlichung von suizidalem Verhalten wird von Nicht-ImmigrantInnen stärker befürwortet als von ImmigrantInnen. Bei der Akzeptanz von Suizid sowie

SlowakInnen aus der Slowakei waren stärker davon überzeugt, dass diejenigen, die Suizid begangen haben, nach ihrem Tod im Jenseits bestraft werden. Frauen stehen der offenen Kommunikation von psychischen Problemen im Familien-, bzw. im Freundeskreis gegenüber und haben eine liberalere Einstellung zur öffentlichen Diskussion über Suizid, sei es in Form von Zeitungsberichten oder in einer

PeruanerInnen aus Peru glauben mehr an eine Bestrafung nach dem Tod als die PeruanerInnen aus Wien. Außerdem erzielen sie niedrigere Werte auf der Skala „Akzeptanz von Suizid“ und höhere Werte auf der Skala „Suizid als ein Zeichen psychischer Krankheit“ als die PeruanerInnen aus Wien. PeruanerInnen aus Wien erzielen jedoch höhere Werte auf der Skala „Suizid als eine Lösung“. Männer schneiden auf



## Theoretischer Hintergrund

	Suizid als Lösung zu sehen.	Männer höhere Werte auf der „Akzeptanz-Skala“ als Frauen. Auf den Skalen „Suizid als Zeichen psychischer Krankheit“ und „Mitteilung von psychischen Problemen“ zeigt die erste Generation höhere Werte als zweite Generation und Süd-InderInnen aus Kerala. Süd-InderInnen zeigen höhere Werte auf den Skalen „Verheimlichung von suizidalem Verhalten“ und „Suizid als Lösung“	der Sichtweise, dass Suizid eine Lösung für Probleme darstellt, unterscheiden sich beide Kulturen nicht voneinander.	offenen Diskussion unter Freunden. Männer vertreten die Meinung, dass ein Suizidversuch, bzw. ein vollendeter Suizid vor Nachbarn, Bekannten, etc. verborgen werden soll.	der Skala „Akzeptanz für Suizid“ höher ab als Frauen.	
<i>Reaktionen gegenüber einem suizidgefährdeten Freund</i>	Türkische StudentInnen zeigen eine höhere Akzeptanz gegenüber einem suizidgefährdeten Freund und sind williger einem imaginären suizidgefährdeten Freund zu helfen als österreichische StudentInnen. Türkische StudentInnen sind auch stärker emotional involviert und eher bereit, den suizidgefährdeten Freund bzgl. seiner Absicht Suizid zu begehen emotional zu konfrontieren.	Polnische ImmigrantInnen zeigen eine höhere Akzeptanz gegenüber einem suizidgefährdeten Freund. PolInnen und polnische ImmigrantInnen setzen sich emotional mit einem suizidgefährdeten Freund und dessen Entscheidung auseinander. PolInnen und polnische ImmigrantInnen zeigen Interesse an der suizidgefährdeten Person und ermitteln die Gründe des suizidalen Verhaltens genau. PolInnen zeigen ein hohes Missfallen an der Bekanntgabe suizidalen Verhaltens.	Süd-InderInnen aus Wien weisen eine höhere Akzeptanz gegenüber einem suizidgefährdeten Freund auf und sind eher dazu bereit sich mit dem Suizidgefährdeten in soziale Aktivitäten (ins Theater oder auf eine Party gehen) zu involvieren als die Süd-InderInnen aus Kerala. Süd-InderInnen aus Kerala sind an der Entscheidung eines suizidgefährdeten Freundes mehr stärker emotional beteiligt und fühlen sich dem Suizidgefährdeten gegenüber verantwortlich.	RussInnen und KasachInnen fühlen sich emotional stärker beteiligt und lehnen Hilfe für einen suizidgefährdeten Freund eher ab als ImmigrantInnen in Deutschland.	SlowakInnen reagieren auf die Suizidbekanntgabe eines nahen Freundes emotionaler als slowakische MigrantInnen und zeigen einem suizidgefährdeten Freund gegenüber eine negativere Haltung. SlowakInnen empfinden eine stärkere Abneigung bei Suizidbekanntgabe und bezweifeln die Absicht des suizidgefährdeten Freundes. Frauen zeigen eine höhere soziale Akzeptanz und Offenheit gegenüber einer suizidgefährdeten Person und sind eher dazu bereit, nach suizidalem Verhalten zu ermitteln.	PeruanerInnen in Österreich zeigen eine höhere soziale Akzeptanz eines suizidgefährdeten Freundes. Sie sind eher dazu bereit, mit ihm/ihr z.B. ins Kino zu gehen oder ihn/sie zu einer Party einzuladen als PeruanerInnen in Peru. PeruanerInnen in Peru sind eher nicht bereit, einem suizidgefährdeten Freund zu helfen und sie zeigen ihm auch keine stärkere emotionale Beteiligung als PeruanerInnen in Österreich.

## 2.9. Hypothesenformulierung

Lester und Bean (1992) konnten, wie schon in Kapitel 2.6 erwähnt wurde, die subjektiven Laintheorien über Ursachen zu Suizid in drei Hauptursachen einordnen (Intrapsyische Probleme, Interpersonelle Ursachen und soziale Ursachen), die durch kulturelle Verhältnisse und Unterschiede beeinflusst werden. Rumänien erlebte nicht nur in der kommunistischen Zeit unter der Regierung von Nicolae Ceausescu (1918-1989), sondern auch nach der Revolution bis in die Gegenwart wirtschaftliche Krisen und politische Probleme. Aufgrund dessen unterscheidet sich das Leben der Rumänen aus Rumänien von dem der Rumänen aus Österreich. Auf Basis dieser Fakten werden die ersten zwei Hypothesen gebildet:

**Hypothese 1: „Rumänen aus Rumänien zeigen höhere Werte in den Subskalen soziale Ursachen und interpersonelle Ursachen als Rumänen aus Österreich“ und Hypothese 2: „Frauen haben höhere Werte in den Subskalen soziale Ursachen und interpersonelle Ursachen“.**

Die Religion spielt in der rumänischen Bevölkerung eine entscheidende Rolle. Untersuchungen konnten schon seit 1897 Zusammenhänge zwischen Religiosität und Suizid feststellen. Demnach ist Religion ein positiver und schützender Faktor für die soziale Gesellschaft. In Rumänien praktizieren viele Christen, sei es Orthodoxen, Katholiken oder Neo-Protestanten, ihren Glauben und gehen regelmäßig in die Kirche. Um den Zusammenhang zwischen Religiosität und Suizidalität dieser Kulturgruppen überprüfen zu können, wird Hypothese drei formuliert:

**Hypothese 3: „Rumänen aus Rumänien sind religiöser und gehen daher öfters in die Kirche als Rumänen aus Österreich“.** Desweiteren haben Studien ergeben, dass Frauen ihren Glauben intensiver ausleben und religiöser sind als Männer. Daher lautet **Hypothese 4: „Frauen sind religiöser als Männer“.**

Wichtige Erkenntnisse über den Einfluss genetischer Faktoren auf den Suizid wurde in Kapitel 2.5 beschrieben, wobei bisherige Studien bestätigt haben, dass sich die unterschiedlichen Länder im Glauben an den Einfluss von genetischen Faktoren auf Suizid kaum unterscheiden. Diesen Ergebnissen zufolge wird Hypothese fünf gebildet:

**Hypothese 5: „Rumänen aus Rumänien und Österreich erreichen ähnliche Ergebnisse im Glauben an den Einfluss genetischer Faktoren auf den Suizid“.**

## Theoretischer Hintergrund

---

Aus Kapitel 2.7 geht hervor, dass die Prädiktoren Alter, Geschlecht, Bildungsgrad und Religiosität, das Ausmaß, psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen, beeinflussen. Untersuchungen haben gezeigt, dass die Bereitschaft zur Inanspruchnahme professioneller psychologischer Hilfe steigt, wenn die Religiosität niedrig ist (Sheikh & Furnham, 2000). Es wird angenommen, dass der höhere Religiositätsgrad der Rumänen aus Rumänien (im Vergleich zu den Rumänen aus Österreich) die Bereitschaft zur Inanspruchnahme professioneller psychologischer Hilfe negativ beeinflusst. Daraus resultiert Hypothese sechs und sieben:

**Hypothese 6: „Rumänen aus Rumänien weisen eine niedrigere Bereitschaft auf, professionelle psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen als Rumänen aus Österreich“.**

**Hypothese 7: „Religion hat einen negativen Einfluss auf die Bereitschaft, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen“.**

Hypothese acht basiert auf der Annahme, dass eine negative Einstellung zu Suizid mit einem hohen Grad an Religiosität zusammenhängt:

**Hypothese 8: „Rumänen aus Österreich haben eine liberalere und positivere Einstellung zu Suizid als Rumänen aus Rumänien“**

Aus den Untersuchungen von Eskin et al. (2011), geht hervor, dass in stark religiösen Kulturen zwar der Suizid abgelehnt wird, aber eine positivere Einstellung und Haltung gegenüber suizidgefährdeten Personen besteht. Deshalb wird Hypothese neun folgenderweise formuliert:

**Hypothese 9. „Rumänen aus Rumänien haben eine positivere Einstellung gegenüber einem suizidgefährdeten Freund als Rumänen aus Österreich“.**

### 3 Methoden

Im folgenden Kapitel folgt eine detaillierte Beschreibung der vorliegenden Studie. Dazu werden demographische Merkmale der Stichprobe, die Auswahl und Rekrutierung, sowie die relevanten Verfahren näher dargestellt.

#### 3.1. Stichprobe

##### 3.1.1. Demographische Variablen und Daten

Die Versuchsteilnehmer wurden gebeten, Geschlecht, Alter, höchste abgeschlossene Ausbildung, Geburtsort und Religions- bzw. Minderheitszugehörigkeit anzugeben, als auch wie oft sie im Durchschnitt in die Kirche gehen. Des Weiteren wurde für die österreichische Stichprobe die Aufenthaltsdauer in Österreich erhoben. Die Variable Geschlecht wurde mit 0 (männlich) und 1 (weiblich) kodiert. Das Alter wurde in Jahren wiedergegeben.

Bei der demographischen Variable *höchste abgeschlossene Ausbildung* hatten die ProbandInnen folgende Antwortmöglichkeiten zur Verfügung: *Grundschule, Berufsschule, Mittlere Schule ohne Matura und Fachschule, Mittlere Schule mit Matura (AHS, BHS) und Gymnasium, Hochschule und Universität*. Die Kodierung erfolgte hier von 1 (= Pflichtschule) bis 5 (= Universität).

Bei der demographischen Variable *Kirchgang („Wie oft gehen Sie in die Kirche?“)* – standen folgende Antwortmöglichkeiten zur Option: *mehrmals pro Woche, einmal pro Woche, einmal im Monat, ein paar Mal im Jahr, nur zu besonderen Anlässen (Weihnachten, Ostern, Hochzeit), einmal im Jahr und gar nicht, wobei die Kodierung im Bereich von 0 (= gar nicht) bis 6 (= mehrmals pro Woche) erfolgte*.

Die Variable *Hauptwohnsitz* 1 (= *Temesvar*), 2 (= *Arad*), 3 (= *Umgebung*), 4 (= *Wien*) und 5 (= *Wien - Umgebung*) und *Aufenthaltsdauer in Jahren* wurde erfragt, um die ProbandInnen eindeutig zu einem der zwei Länder zuordnen zu können.

Bei der Variable *Religionszugehörigkeit* standen folgende Antwortmöglichkeiten zur Verfügung: 0 (= konfessionslos), 1 (= katholisch), 2 (= Protestant) und 3 (= Orthodox).

Die Variable *Minderheitszugehörigkeit* wies folgende Zuordnung auf: 0 (= keine), 1 (= ungarisch), 2 (= slowakisch), 3 (= deutsch) und 4 (= Roma).

## Methoden

---

Die vorliegenden Daten basieren auf insgesamt 302 Versuchsteilnehmern, 147 Rumänen aus Wien und Wien-Umgebung (48.7%) und 155 Rumänen aus Temesvar und Arad (51.3%), wobei der weibliche Anteil überwiegt (57.9% vs. 42.1%). Das Alter der Partizipanten betrug zum Zeitpunkt der Erhebung im Mittel 32.8 Jahre. Hinsichtlich der höchsten abgeschlossenen Ausbildung ist die Gruppe mit einem Universitäts- bzw. Fachschulabschluss am stärksten vertreten (42.1%), gefolgt von den Gruppen AHS bzw. BHS mit Matura (34.8%), mittlere Schule ohne Matura bzw. Fachschule (13.6%), Lehre bzw. Berufsschule (8.3%) und Pflichtschule (1.3%). Die mittlere Aufenthaltsdauer der Rumänen in Österreich beträgt 17.6 Jahre, wobei die meisten Teilnehmer (16.3%) bereits seit 23 Jahren in Österreich leben.

### 3.2. Studiendesign

Da die ProbandInnen nicht zufällig einer der zwei Gruppen (0 = Temesvar/Arad und 1 = Wien) zugeordnet werden konnten, sondern sich durch eine fest gegebene Bedingung (kultureller Hintergrund) unterscheiden haben, handelt es sich in der vorliegenden Studie um eine quasi-experimentelle Untersuchung. Es wurden jeweils zwei Gruppen, entweder anhand des kulturellen Hintergrundes oder anhand des Geschlechts, verglichen. Während der Rekrutierung (Untersuchung) wurde eine Gleichverteilung hinsichtlich des Geschlechts, sowie der Herkunft angestrebt.

### 3.3. Datenerhebung

Die Datenerhebung fand in Wien und Wien-Umgebung bzw. in Temesvar und Arad (teilweise und Umgebung) im Zeitraum von April bis Oktober 2013 statt. Die Rekrutierung der Teilnehmer basierte auf einem Schneeballsystem, bei dem die Mehrheit der Partizipanten über das persönliche Umfeld (Familie und Freunde) kontaktiert wurde. Die Anonymität der Teilnahme war gesichert und die Befragung fand auf freiwilliger Basis statt. Die Fragebögen wurden in Bleistift-Papier-Form vorgegeben.

Die Rücklaufquote der Fragebögen beträgt insgesamt 75.5%. Von 400 ausgeteilten Fragebögen wurden 302 retourniert. 200 davon wurden in Österreich ausgeteilt, von denen 147 vollständig ausgefüllt wieder zurückkamen (73.5%). In

Rumänien wurden ebenso 200 Fragebögen in Papier-Bleistift-Form ausgeteilt. Hier betrug die Rücklaufquote 155 (77.5%).

### **3.4. Messinstrumente**

#### *3.4.1. Übersetzung des Fragebogens*

Die Übersetzung des Fragebogens in rumänischer Sprache erfolgte nach der „*parallel blind technique*“ (Behling & Law, 2000, p.23) mit Hilfe von zwei Personen mit rumänischer Muttersprache und langjährigem Aufenthalt und einer universitären Ausbildung in Österreich. Die Fragebögen wurden von den Personen getrennt und unabhängig voneinander übersetzt und im Anschluss miteinander verglichen. Infolgedessen wurden die Versionen miteinander verglichen und auf sinngetreue Übersetzung überprüft, was in einer endgültigen, gleichwertigen Version resultierte. Es wurde außerdem darauf geachtet, dass negativ formulierte Fragen in ihrer Form nicht verändert werden.

#### *3.4.2. Struktur des Fragebogens*

Der Fragebogen, bestehend aus sieben Seiten, beginnt mit einer Beschreibung der behandelnden Forschungsthemen. Die Teilnehmer werden instruiert, die gesamten Fragen zu beantworten, wobei die Antworten ihre persönliche Meinung widerspiegeln sollen. Ebenso wurden sie bezüglich Anonymität und Freiwilligkeit der Studienteilnahme informiert. Jedem Fragebogen geht eine kurze Beschreibung voraus, wie die Beantwortung der Fragen zu erfolgen hat. Im Anschluss werden demographische Daten der Teilnehmer erhoben, wie Geschlecht, Alter, höchste abgeschlossene Ausbildung, Kirchengangshäufigkeit, Geburtsort, Religions- und Minderheitszugehörigkeit und Aufenthaltsdauer in Österreich für die in Österreich lebenden Rumänen.

## Methoden

---

### 3.4.2.1. Meinungen und Einstellungen zu Suizid

Die von Eskin (2004) erstellte *Attitude Towards Suicide Scale (ATTS)* misst anhand von 24 Items Meinungen und Einstellungen zu Suizid und psychischen Problemen (Beispiel: „Jemand, der nicht mehr leben will, hat das Recht sich umzubringen.“). Die Einschätzungen erfolgen auf einer 5-stufigen Likert-Skala mit den Antwortmöglichkeiten „stimme gar nicht zu“ bis „stimme völlig zu“. Die Items werden mit 0, 1, 2, 3, 4, kodiert, wobei hohe Werte für eine hohe Zustimmung stehen. In einer interkulturellen Studie, die das Suizidverhalten und die Einstellung zu Suizid von österreichischen und türkischen Medizinstudenten untersuchte, konnten von diesen 24 Items 7 Faktoren extrahiert werden, welche zusammen 73,4 % der totalen Varianz erklären (Eskin et al., 2010). Die extrahierten Faktoren heißen: *Glaube an die Bestrafung nach dem Tod, Akzeptanz von Suizid, Suizid als ein Zeichen für psychische Krankheit, Mitteilung von psychischen Problemen, Verheimlichung von suizidalem Verhalten, Suizid als Lösung und offene Berichterstattung und Diskussion über Suizid.*

### 3.4.2.2. Verhalten gegenüber einem vorgestellten suizidgefährdeten Freund

*Reactions to an Imagined Suicidal Friend (RISF)*, ebenso von Eskin (1999) entwickelt, ist ein Fragebogen, der das Verhalten bzw. die Reaktion gegenüber einem imaginären suizidgefährdeten Freund misst (Beispiel: „Ich würde ihn/sie öfter anrufen.“). Es sollen 20 Items beantwortet werden. Die Einschätzungen erfolgen auch bei diesem Fragebogen auf einer 5-stufigen Likert-Skala mit den Antwortmöglichkeiten „stimme gar nicht zu“ bis „stimme völlig zu“. Die Items werden auch hier von 0-4 kodiert. Hohe Werte stehen für eine hohe Zustimmung. In einer Validierungsstudie von Eskin (2011) ergaben eine faktorenanalytische Untersuchung 5 Faktoren mit 61.3% an erklärter totaler Varianz (Eskin et al., 2011). Diese 5 Faktoren sind *soziale Akzeptanz, emotionale Beteiligung, Hilfe für den suizidgefährdeten Freund, Abneigung gegen die Bekanntgabe einer Suizidgefährdung und Nachfragen über suizidales Verhalten.*

### 3.4.2.3. Glaube an Ursachen von Suizid

Der Fragebogen *Attribution of Causes to Suicide (ACCS)* ist ein Erhebungsinstrument, das erstmals von Lester und Bean (1992) entwickelt wurde und

## Methoden

---

untersucht anhand von drei Subskalen die Ursachenzuschreibung von Suizid (Beispiel: „Menschen, die Suizid begehen, sind gewöhnlich psychisch krank.“). Der ACCS besteht insgesamt aus 18 Items und diese werden zu drei Subskalen (*intrapsychische Probleme*, *interpersonelle Probleme* und *soziale Ursachen*) mit jeweils sechs Items zusammengefasst. Die Einschätzungen erfolgen auf einer 6-stufigen Likert-Skala mit den Antwortmöglichkeiten 1 (= „Stimme überhaupt nicht zu“) bis 6 (= „stimme stark zu“). Die Kodierung der Itemantworten umfasst den Bereich von 0-5. Je höher die Werte, desto höher die Zustimmung, je niedriger die Werte, desto stärker die Ablehnung. Eine Validierungsstudie zeigte an einer Stichprobe von österreichischen und deutschen PsychologiestudentenInnen akzeptable bis gute Reliabilitäten (Loibl, Tran, Hirner & Voracek, 2008).

### 3.4.2.4. Religiöse und spirituelle Einstellungen

Der Fragebogen *System of Belief Inventory (SBI – 15R-D)*, der von Holland et al. (1998) konstruiert und von Albani et al. (2001) an einer deutschen Stichprobe validiert wurde, erfasst spirituelle und religiöse Einstellungen unabhängig von der Zugehörigkeit einer Glaubensgemeinschaft (Beispiel: „In Zeiten der Krankheit ist mein Glaube gestärkt worden“). Dieser Fragebogen besteht aus 15 Items und die Einschätzungen erfolgen auf einer 4-stufigen Likert-Skala mit den Antwortmöglichkeiten „trifft gar nicht zu“ bis „trifft vollständig zu“. Die Kodierung umfasst den Bereich von 0-3. Je höher die Werte, desto höher die Zustimmung, je niedriger die Werte, desto stärker die Ablehnung. Religiöse und spirituelle Einstellungen werden auf zwei Subskalen erfasst: *religiöse Überzeugungen und Praktiken (10 Items)* und *soziale Unterstützung in der Glaubensgemeinschaft (5 Items)*. In einer Validierungsstudie hat sich der System of Belief Inventory als ein sehr genaues Messinstrument erwiesen, indem die Cronbach's  $\alpha$  Werte von  $> .87$  in allen Teilstichproben betragen und die aufgeklärte Varianz 80,9% der totalen Varianz betrug (Albani et al., 2001; Baider et al., 1999; Baider et al., 2001).

### 3.4.2.5. Glaube an den Einfluss genetischer Faktoren auf Suizid

Der Fragebogen *The Beliefs in the Inheritance of Risk Factors for Suicide Scale (BIRFFS)* wurde erstmals von Voracek, Loibl und Sonneck (2007) entwickelt und ist die



## Methoden

---

erste Skala, die den Glauben an den Einfluss von genetischen Faktoren für Suizid erhebt (Beispiel: „Suizide in der Familiengeschichte sind ein Risikofaktor für Suizidalität“). Es wurden in Kanada, USA, Österreich, Estland, Malaysia und Rumänien zahlreiche Validierungen des BIRFFS durchgeführt, die gute testtheoretische Werte belegen (Voracek et al., 2007a, 2007b, 2007c; Voracek, 2008a). Außerdem wurde dieser Fragebogen auf türkisch (Dogus, 2011), polnisch (Kadluczka, 2012), slowakisch (Svedova, 2013), russisch (Fink, 2013), in dravidischer Sprache (Aninilkumparambil, 2012) und auf spanisch und Quechua (Ramos, 2013) übersetzt.

Dieses Erhebungsinstrument besteht aus 22 Items aus den Forschungsbereichen Familienstudien (5 Items), Geographische Studien (4 Items), Zwillingsstudien (4 Items), Adoptionsstudien (2 Items), Einwanderer- und Nachnamenstudien (4 Items), Molekulargenetische Studien (1 Item) und aus allgemeinen Behauptungen (2 Items).

Das dichotome Antwortformat wird mit richtig oder falsch beantwortet. Die Items Nr. 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 10, 12, 13, 14, 17, 19 und 20 waren richtige Aussagen und wurden mit 1 kodiert. Falsche Aussagen waren Items Nr. 6, 9, 11, 15, 16, 18, 21 und 22 und wurden daher rekodiert. Fehlende Antworten wurden als falsch bewertet und ebenso mit 0 kodiert. Es wurden Summenwerte gebildet und man kann zwischen 0-22 Punkte erreichen. Je höher die Werte, desto eher glaubte eine Person an den Einfluss von genetischen Faktoren von Suizid.

### 3.4.2.6. Bereitschaft professionelle psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen

Der Fragebogen *Attitudes Toward Seeking Professional Psychological Help Scale-Short Form* (ATSPPH-SF) von Fischer und Farina (1995) wurde für die Erhebung der Bereitschaft, professionelle psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen, entwickelt (Beispiel: „Wenn ich glaube einen mentalen Zusammenbruch zu haben, würde ich mir zuerst professionelle Hilfe suchen“). Die Reliabilitäten des Messinstrumentes ATSPPH-SF betragen bei zwei Stichproben Cronbach's  $\alpha$  .84 und .89 (Fischer und Farina, 1995). Die revidierte Fassung (Ang et al, 2007), die in dieser Diplomarbeitsstudie verwendet wurde, wies ein Cronbach's  $\alpha$  von .70 und .71 auf.

Diese Skala von Ang et al. (2007) ist robuster und besteht aus 9 Items und die Einschätzungen erfolgen auf einer 4-stufigen Likert-Skala mit den Antwortmöglichkeiten

„stimme gar nicht zu“ bis „stimme völlig zu“. Kodiert wurden diese mit 0-3. Die Items 2, 4, 7, 8 und 9 wurden aufgrund der negativen Formulierung umgepolt. Je höher die Werte, desto positiver oder höher ist die Bereitschaft, professionelle psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen.

### 3.5. Statistische Auswertung

Die statistische Auswertung und Analyse der Daten erfolgte mit dem statistischen Programm IBM SPSS Statistics 20. Damit wurde zu Beginn der statistischen Auswertung deskriptive Statistiken für die Gesamtstichprobe, sowie für die Teilstichproben berechnet – Mittelwert, Standardabweichung, Spannweite sowie die Verteilung der Variablen *Geschlecht*, *Alter*, *höchste abgeschlossene Ausbildung*, *Kirchgangshäufigkeit*, *Aufenthaltsjahre*, *Religionszugehörigkeit* und *Minderheitszugehörigkeit*, die mittels  $\chi^2$ -Tests auf Signifikanz untersucht wurden.

Als nächstes wurden Reliabilitätsanalysen mit Cronbach's  $\alpha$  berechnet um die interne Konsistenzen der verwendeten Messinstrumente (ATTS, RISF, ACCS, SBI-15-R-D, BIRFSS und ATSPPH-SF) für die jeweiligen Herkunftsgruppen zu berechnen, wobei das Cronbach's  $\alpha$  über .60 sein sollte, um von guten zuverlässigen Skalen sprechen zu können (Rost, 2004, S. 379). Des Weiteren wurden das Signifikanzniveau festgelegt und die notwendigen Voraussetzungen für ANOVA, MANOVA und die Regressionsanalyse überprüft. Das Signifikanzniveau wurde für alle Tests auf  $p = .05$  (2-seitig) festgelegt.

Die Voraussetzungen für  $t$ -Test und MANOVA wurden mittels Kolmogorov-Smirnov-Test für die Überprüfung der Normalverteilung der Variablen, Levene-Test auf Varianzhomogenität sowie Box's Test für die Homogenität der Varianz-Kovarianz-Matrizen überprüft. Um die praktische Bedeutsamkeit des Ergebnisses beurteilen zu können, wurden signifikante Ergebnisse mit Effektgrößen interpretiert (Börtz & Döring, 2006, S. 501). Falls die Voraussetzungen verletzt wurden, kamen der  $t$ -Test und MANOVA zur Anwendung, da diese ein robustes Verfahren darstellen, wenn die Stichprobengröße homogen und groß ist (Backhaus und Weiber, 2006, S. 151). Bei einer schief verteilten Stichprobe ist die Verletzung der Voraussetzung auf Normalverteilung kein Problem, wenn die Stichprobengröße über 30 liegt (Börtz & Döring, 2006, S. 218).

## Methoden

---

Des Weiteren kamen bei allen Subskalen Produktmomentkorrelationen nach Pearson zum Einsatz, um interessante Zusammenhänge zwischen den Subskalen zu suchen. Dieses Verfahren prüft, ob zwei intervallskalierte Merkmale, unter Voraussetzung eines linearen Zusammenhanges, miteinander einhergehen und es gibt die Stärke sowie die Richtung dieses Zusammenhanges an. Die Normalverteilung der Daten stellt eine weitere Voraussetzung dar (vgl. Bortz & Döring, 2006).

Anschließend wurde noch eine blockweise Multiple lineare Regression mit Einschluss-Methode berechnet, wobei ein Signifikanzniveau von  $p = .01$  zugrunde gelegt wurde (Backhaus, K. et al., 2006, S. 329). Als Verallgemeinerung der einfachen linearen Regression wurden mehrere Prädiktoren (unabhängige Variablen) auf ihren gemeinsamen Erklärungswert auf eine Kriteriumsvariable, die vorhergesagt werden soll (abhängige Variable), untersucht. Der erklärte Varianzanteil  $R^2$  gibt das Ausmaß der Modellanpassung an.

Die Voraussetzungen zur Berechnung der multiplen linearen Regression sind lineare Zusammenhänge zwischen der abhängigen Variable (AV) und ihren Prädiktoren (UVs), keine Multikollinearität (keine lineare Abhängigkeit der Prädiktoren untereinander), annähernd normalverteilte Residuen, keine Korrelation zwischen den unabhängigen Variablen und den Residuen sowie Homoskedastizität, d.h. die Streuung der Residuen in verschiedenen Bereichen der unabhängigen Variablen ist nicht unterschiedlich (vgl. Backhaus & Weiber, 2006, Börtz & Döring, 2006).

## 4 Ergebnisse

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse dieser Untersuchung im Detail dargestellt.

### 4.1. Stichprobengröße und soziodemographische Daten

Die Gesamtstichprobe besteht aus 302 Probanden, davon stammen 155 aus Rumänien und 147 Teilnehmer sind in Österreich lebende rumänische Immigranten. Insgesamt haben 127 Männer (57.9%) teilgenommen, davon 65 aus Rumänien und 62 aus Wien bzw. Wien-Umgebung. Von 175 Frauen (42.1%) waren insgesamt 90 aus Rumänien und 85 aus Österreich. Es handelt sich hierbei um eine homogene Stichprobe in Hinblick auf das Geschlecht und das Herkunftsland. Die Berechnung der Prüfgröße fällt mit  $\chi^2 (1) = 0.002$ ,  $p = .966$  nicht signifikant aus. Es kann in der Stichprobe kein Verteilungsunterschied des Geschlechts in Abhängigkeit der Herkunft beobachtet werden. Das durchschnittliche Alter der Gesamtstichprobe beträgt 32.8 Jahre ( $SD = 11.7$ ,  $min = 15$ ,  $max = 68$ ). Frauen und Männer unterscheiden sich hinsichtlich des Alters nicht signifikant ( $t (299) = 1.93$ ,  $p = .054$ ). Es gibt jedoch einen signifikanten Verteilungsunterschied zwischen beiden Gruppen hinsichtlich der höchsten abgeschlossenen Ausbildung. In Rumänien ist die Kategorie des Universitäts- oder Fachhochschulabschlusses am stärksten vertreten. Die Berechnung der Prüfgröße fällt mit  $\chi^2 (4) = 56.99$ ,  $p < .001$  signifikant aus. Frauen und Männer unterscheiden sich jedoch nicht hinsichtlich ihres Ausbildungsniveaus ( $\chi^2 (4) = 1.55$ ,  $p = .818$ ). Die mittlere Aufenthaltsdauer der rumänischen Immigranten beträgt bei 129 gültigen Fällen 17.6 Jahre ( $SD = 6.8$ ,  $Md = 20$ ). In der folgenden Tabelle werden alle soziodemographischen Daten dargestellt.

## Ergebnisse

**Tabelle 2** Soziodemographische Daten

	Temesvar/Arad ( <i>n</i> = 155)			Wien/Wien-Umgebung ( <i>n</i> = 147)		
	<i>n</i>	%	<i>M</i> ( <i>SD</i> )	<i>n</i>	%	<i>M</i> ( <i>SD</i> )
Geschlecht						
Frauen	90	58.0%		85	57.8%	
Männer	65	42.0%		62	42.2%	
Alter			31.6 (11.3)			34.1 (12.0)
Ausbildungsniveau						
Pflichtschule	1	6.0%		3	2.0%	
Lehre, Berufsschule	1	6.0%		24	16.3%	
mittlere Schule ohne Matura, Fachschule	15	9.7%		26	17.7%	
AHS, BHS mit Matura	44	28.4%		61	41.5%	
Unversität, Fachhochschule	94	60.6%		33	22.4%	

*n* = Anzahl der ProbandInnen, *M* = Mittelwert, *SD* = Standardabweichung

Hinsichtlich des Kirchgangs konnte weder bezüglich der Herkunftsgruppen noch bezüglich des Geschlechts ein signifikanter Unterschied festgestellt werden. Die Prüfgröße fällt hinsichtlich des Herkunftslandes mit  $U = 10567.50$  ( $z = -1.16$ ),  $p = .247$  nicht signifikant aus. Die Teilnehmer aus Rumänien und Österreich gehen gleich häufig in die Kirche. Bezüglich des Geschlechts fällt die Berechnung der Prüfgröße mit  $U = 10862.0$  ( $z = -0.36$ ),  $p = .722$  nicht signifikant aus. Männer und Frauen unterscheiden sich demnach nicht bezüglich des Kirchgangs. Verteilungsunterschiede zeigten sich jedoch in Bezug auf die Religionszugehörigkeit. Die Teilnehmer aus Rumänien mit orthodoxem Bekenntnis überwiegen mit 28.4% im Vergleich zu den Teilnehmern aus Österreich (17%). Mit 72.8% übertreffen die protestantischen Teilnehmer aus Österreich die rumänischen (67.1%). Die Berechnung der Prüfgröße fällt mit  $\chi^2(34) = 9.00$ ,  $p = .029$  signifikant aus. Es gibt jedoch keine Geschlechtsunterschiede bei der Konfessionszugehörigkeit ( $\chi^2(3) = 4.91$ ,  $p = .178$ ). Lediglich 15 Personen (5%) der Gesamtstichprobe gaben an, einer Minderheit anzugehören. Die Minderheitszugehörigkeit ist in beiden Herkunftsgruppen gleich verteilt. Die Berechnung der Prüfgröße fällt mit  $\chi^2$  (korrigiert mit dem exakten Test nach Fischer) = 2.16,  $p = .977$  nicht signifikant aus.

## 4.2. Reliabilitäten

Die interne Konsistenz eines Erhebungsinstruments zeigt seine Zuverlässigkeit an, mit der seine Items dasselbe Konstrukt erfassen. Hierzu wurde Cronbach's  $\alpha$  berechnet. Werte über .60 werden als befriedigend angenommen (Börtz & Döring, 2006, S. 199, Field, 2009, S. 668, Rost, 2004, S. 379). Die Ergebnisse sind in Tabelle 2 dargestellt. Die interne Konsistenz aller Skalen zeigen für beide Gruppen (Temesvar/Arad und Wien/Wien-Umgebung) eine gute bis sehr gute Zuverlässigkeit der Subskalen. Bei der Stichprobe „Temesvar/Arad“ liegt die interne Konsistenz der BIRFFS bei .60 und ist damit übereinstimmend mit ihrer internen Konsistenz (.58) in der interkulturellen Validierungsstudie von Voracek et al. (2008). Die interne Konsistenz der BIRFFS beträgt in der Stichprobe „Wien/ Wien-Umgebung“ einen Cronbach's  $\alpha$  Wert von .48. Im Anschluss wird in der Diskussion über mögliche Ursachen dieser niedrigen Reliabilität diskutiert.

**Tabelle 3** Cronbach's  $\alpha$  der ATTS, RISF, SBI – 15R – D, ACCS, BIRFFS und ATSPPH – SF für Rumänien und Österreich

	Temesvar/Arad	Wien/Wien-Umgebung
ATTS	.64	.65
RISF	.78	.80
SBI – 15R – D	.95	.96
Religiöse Überzeugungen und Praktiken	.92	.95
Soziale Unterstützung in der Glaubensgemeinschaft	.94	.93
ACCS	.82	.79
intrapsychisch	.64	.69
interpersonell	.69	.70
sozial	.80	.76
BIRFFS	.60	.48
ATSPPH – SF	.77	.68

### 4.3. Hypothesenprüfung

#### 4.3.1 Ursachenzuschreibung für Suizid

**Hypothese 1:** „Rumänen aus Rumänien zeigen höhere Werte in den Subskalen soziale Ursachen und interpersonelle Ursachen als Rumänen aus Österreich“ und **Hypothese 2:** „Frauen haben höhere Werte in den Subskalen soziale Ursachen und interpersonelle Ursachen“.

Die Berechnung der Unterschiede im Glauben an die Ursachen für Suizid (ACCS) wurde mit der 2-faktoriellen MANOVA überprüft. Die unabhängigen Variablen waren hier *Herkunft* und *Geschlecht*, während drei Subskalen des Fragebogens ACCS (*intrapsychische Ursachen*, *interpersonelle Ursachen* und *soziale Ursachen*) die abhängigen Variablen bildeten. Die Mittelwerte und Standardabweichungen des ACCS sind in Tabelle 3 dargestellt.

Der Kolmogorov-Smirnov-Test ergab signifikante Ergebnisse für die Subskalen *intrapsychische Ursachen* und *Interpersonelle Ursachen* in beiden Kulturgruppen. Kein signifikantes Ergebnis war auf der Skala *Soziale Ursachen* in beiden Kulturgruppen zu beobachten. Der Levene-Test auf Varianzhomogenität ergab bei der Skala *Interpersonelle Ursachen* ein signifikantes Ergebnis. Der Box-Test zeigte kein signifikantes Ergebnis.

**Tabelle 4** Deskriptivstatistik für den Glauben an die Ursachen von Suizid (ACCS)

	Temesvar / Arad (n = 154)			Wien – Wien-Umgebung (n = 147)		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M(SD)
<i>Intrapsychische Ursachen</i>	3.43 (0.97)	3.30 (0.91)	3.35 (0.94)	3.41 (0.91)	3.33 (1.09)	3.37 (1.02)
<i>Interpersonelle Ursachen</i>	1.50 (0.65)	1.48 (0.64)	1.49 (0.64)	1.72 (0.60)	1.73 (0.76)	1.73 (0.69)
<i>Soziale Ursachen</i>	2.20 (1.00)	1.89 (0.94)	2.02 (0.98)	2.00 (1.00)	2.11 (0.93)	2.07 (0.97)

n = Anzahl der ProbandInnen, M = Mittelwert, SD = Standardabweichung

## Ergebnisse

Die MANOVA zeigte einen signifikanten Haupteffekt der *Gruppe (Herkunft)* auf der Subskala *Interpersonelle Ursachen*  $F(1, 297) = 9.12, p = .003 (\eta_p^2 = .03)$ , wobei die Effektgröße einem kleinen Effekt entspricht. Die Rumänen aus Wien und Wien-Umgebung erzielten höhere Werte ( $M = 1.73, SD = 0.69$ ) als die Rumänen aus Temesvar/Arad ( $M = 1.49, SD = 0.64$ ). Das bedeutet, dass die Rumänen aus Wien und Umgebung dem Suizid mehr *Interpersonelle Ursachen* zuschreiben. Es gab weder Geschlechtsunterschiede ( $F(3, 297) = .57, p = .634 (\eta_p^2 = .006)$ ) noch signifikante Wechselwirkungen ( $F(3, 297) = 1.11, p = .35 (\eta_p^2 = .011)$ ). Eine tendenzielle Signifikanz kann man auf der dritten Subskala *Soziale Ursachen* finden, die auf einen Trend zu einer Interaktion deutet:  $F(1, 297) = 3.33, p = .069 (\eta_p^2 = .01)$ .

### 4.3.2. Religiöse und spirituelle Einstellungen

**Hypothese 3: „Rumänen aus Rumänien sind religiöser und gehen daher öfters in die Kirche als Rumänen aus Österreich“ und Hypothese 4: „Frauen sind religiöser als Männer“.**

Zur Überprüfung dieser zwei Hypothesen wurden die Kulturgruppen und das Geschlecht als unabhängige Variablen und die religiöse Einstellung und die Kirchengangshäufigkeit als abhängige Variablen herangezogen.

Eine zweifaktorielle MANOVA diente der Berechnung der Gruppenunterschiede. Die berechneten Mittelwerte und Standardabweichungen sind in Tabelle 4 dargestellt.

**Tabelle 5** Deskriptive Statistiken für religiöse und spirituelle Einstellungen (SBI – 15R – D)

	Temesvar / Arad (n= 155)			Wien/ Wien – Umgebung (n= 147)		
	Männer <i>M (SD)</i>	Frauen <i>M (SD)</i>	Gesamt <i>M (SD)</i>	Männer <i>M (SD)</i>	Frauen <i>M (SD)</i>	Gesamt <i>M (SD)</i>
<i>Religiöse Überzeugungen und Praktiken</i>	2.53 (0.59)	2.74 (0.45)	2.65 (0.52)	2.56 (0.61)	2.57 (0.68)	2.56 (0.65)
<i>Soziale Unterstützung in der Glaubens- gemeinschaft</i>	2.41 (0.67)	2.55 (0.74)	2.49 (0.71)	2.30 (0.80)	2.39 (0.84)	2.35 (0.83)

n = Anzahl der ProbandInnen, M = Mittelwert, SD = Standardabweichung



## Ergebnisse

Der Kolmogorov-Smirnov Test ergab auf beiden Subskalen und in beiden Kulturgruppen signifikante Ergebnisse. Der Levene-Test auf Varianzhomogenität ergab auf der ersten Subskala (*Religiöse Überzeugungen und Praktiken*) ein signifikantes Ergebnis. Der Box's Test ist auf beiden Subskalen signifikant ausgefallen. Die multivariate Varianzanalyse zeigte keinen signifikanten Effekt von *Herkunft* auf den Subskalen *Religiöse Überzeugungen und Praktiken* ( $F(1, 298) = 1.11, p = .29 (\eta_p^2 = .004)$ ) und *Soziale Unterstützung in der Glaubensgemeinschaft* ( $F(1, 298) = 2.2, p = .14 (\eta_p^2 = .01)$ ). Desweiteren zeigte die MANOVA kein signifikantes Ergebnis von *Geschlecht* auf den Subskalen *Religiöse Überzeugungen und Praktiken* ( $F(1, 298) = 2.7, p = .10 (\eta_p^2 = .01)$ ) und *Soziale Unterstützung in der Glaubensgemeinschaft* ( $F(1, 298) = 1.7, p = .82 (\eta_p^2 = .01)$ ). Nach Berechnung Der MANOVA konnte weder auf der Subskala *Religiöse Überzeugungen und Praktiken* ( $F(1, 298) = .79, p = .13 (\eta_p^2 = .01)$ ) noch *Soziale Unterstützung in der Glaubensgemeinschaft* ( $F(1, 298) = .05, p = .82 (\eta_p^2 = .00)$ ) ein Interaktionseffekt gefunden werden.

### 4.3.3 Glaube an den Einfluss genetischer Faktoren auf den Suizid

#### **Hypothese 5: Rumänen aus Rumänien und Österreich erreichen ähnliche Ergebnisse im Glauben an den Einfluss genetischer Faktoren auf den Suizid.**

Diese Hypothese wurde mit einer zwei faktoriellen ANOVA berechnet, wobei die Faktoren *Herkunft* und *Geschlecht* als unabhängige Variablen und der erreichte Summenscore im Fragebogen BIRFFS als abhängige Variable dienten. Die Mittelwerte und Standardabweichungen des BIRFFS sind in Tabelle 6 dargestellt.

**Tabelle 6** Deskriptive Statistiken für Variable Glaube an Einfluss von genetischen Faktoren auf Suizid (BIRFFS)

	<b>Temesvar / Arad</b>	<b>Wien/ Wien-Umgebung</b>
	( <i>n</i> = 155)	( <i>n</i> = 147)
	<b><i>M</i> (<i>SD</i>)</b>	<b><i>M</i> (<i>SD</i>)</b>
<i>Männer</i>	8.54 (3.90)	8.02 (2.81)
<i>Frauen</i>	8.41 (2.990)	8.73 (3.10)
<i>Gesamt</i>	8.46 (3.39)	8.43 (2.99)

*n* = Anzahl der ProbandInnen, *M* = Mittelwert, *SD* = Standardabweichung

## Ergebnisse

Der Kolmogorov-Smirnov Test ergab ein signifikantes Ergebnis. Der Levene-Test auf Varianzhomogenität war nicht signifikant. Die zweifaktorielle ANOVA zeigte weder signifikante Herkunftsunterschiede ( $F(1, 298) = .08, p = .79 (\eta_p^2 = .000)$ ), noch signifikante Geschlechtsunterschiede ( $F(1, 298) = .62, p = .43 (\eta_p^2 = .002)$ ). Es zeigten sich auch keine signifikanten Wechselwirkungen zwischen Herkunft und Geschlecht ( $F(1, 298) = 1.27, p = .26 (\eta_p^2 = .004)$ ). Sowohl die rumänische Gruppe aus Rumänien als auch die rumänische Gruppe aus Wien erreichte ähnliche Ergebnisse auf der Skala *Glaube an Einfluss genetischer Faktoren auf Suizid*.

### 4.3.4. Bereitschaft zur Inanspruchnahme professioneller psychologischer Hilfe

**Hypothese 6: Rumänen aus Rumänien weisen eine niedrigere Bereitschaft auf, professionelle psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen als Rumänen aus Österreich.**

Zur Überprüfung dieser Hypothese wurde die zweifaktorielle ANOVA herangezogen. Die Mittelwerte und Standardabweichungen sind in Tabelle 7 abgebildet.

**Tabelle 7** Deskriptive Statistiken für die Variable Bereitschaft professionelle psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen (ATSPPH-SF)

	Temesvar / Arad	Wien/ Wien-Umgebung
	( <i>n</i> = 154)	( <i>n</i> = 146)
	<i>M</i> ( <i>SD</i> )	<i>M</i> ( <i>SD</i> )
<i>Männer</i>	1.48 (0.52)	1.50 (0.55)
<i>Frauen</i>	1.68 (0.59)	1.60 (0.46)
<i>Gesamt</i>	1.60 (0.57)	1.56 (0.51)

*n* = Anzahl der ProbandInnen, *M* = Mittelwert, *SD* = Standardabweichung

Der Kolmogorov-Smirnov Test erzielte in beiden Herkunftsgruppen signifikante Ergebnisse. Der Levene-Test auf Varianzhomogenität war nicht signifikant ( $p = .29$ ). Auf der Skala *Bereitschaft professionelle psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen* zeigte sich ein signifikanter *Geschlechtsunterschied* ( $F(1, 296) = 5.95, p = .02 (\eta_p^2 = .02)$ ). Die Effektstärke entspricht einem sehr kleinen Effekt. Frauen zeigten signifikant höhere Werte auf dieser Skala ( $M = 1.64, SD = 0.53$ ) als Männer ( $M = 1.49, SD = 0.53$ ). Die Werte der

## Ergebnisse

---

Herkunftsgruppen unterschieden sich nicht. Der Effekt der *Herkunft* war nicht signifikant ( $F(1, 296) = .19, p = .66 (\eta_p^2 = .001)$ ). Der Interaktionseffekt zwischen *Herkunft* und *Geschlecht* war ebenfalls nicht signifikant ( $F(1, 296) = .71, p = .40 (\eta_p^2 = .002)$ ).

### **Hypothese 7: Religion hat einen negativen Einfluss auf die Bereitschaft, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen.**

Zur Berechnung dieser Hypothese kam eine blockweise multiple lineare Regression mit Einschlussmethode zur Anwendung. Der Fragebogen ATSPPH-SF bildete die abhängige Variable. Die unabhängigen Prädiktoren waren Geschlecht, Alter, Ausbildung und Religion. Da letzterer in dieser Stichprobe jedoch kategoriell erfasst wurde, wurden die vier Religionszugehörigkeiten zu drei dichotomen Dummy-Codes umkodiert. Die globale Modellprüfung fällt mit  $F(6, 289) = 3.78, p = .001$  signifikant aus. Es konnten Prädiktoren mit Erklärungswert beobachtet werden. Die Normalverteilung der Residuen ist gegeben und in den Diagrammen waren keine Ausreißer zu finden. Die Prüfung der Voraussetzungen anhand der Multikollinearitätsdiagnostik ergab gute VIF-Werte und es ist daher keine Multikollinearität anzunehmen. Die Voraussetzung der Homoskedastizität konnte angenommen werden. Der Durbin Watson Test zeigte keinen Verdacht auf Autokorrelationen ( $DW = 1.90$ ). Beim Einbeziehen der Prädiktoren konnten 7,3% der Varianz das Kriterium erklären. Die Ergebnisse der multiplen Regressionsanalyse sind in Tabelle 8 dargestellt.

## Ergebnisse

**Tabelle 8** Prädiktoren des ATSPPH-SF

<b>Temesva/Arad und Wien/ Wien-Umgebung</b>				
(n = 296)				
	<i>B</i>	<i>SE B</i>	$\beta$	<i>t</i>
<i>Geschlecht</i>	0.149	0.062	.137	2.396*
<i>Alter</i>	0.005	0.003	.109	1.878
<i>Ausbildung</i>	0.034	0.031	.063	1.090
<b><i>Religionszugehörigkeit</i></b>				
1. Dummy Konfessionslos	-0.511	0.208	-.145	-2.452*
2. Dummy Katholisch	-0.044	0.165	-.016	-0.270
3. Dummy Protestant	-0.177	0.076	-.150	-2.332*
	<i>R</i> = .270			
	<i>R</i> <sup>2</sup> = .073			
	<i>Korr. R</i> <sup>2</sup> = .053			

\* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$ ; *R* = multipler Korrelationskoeffizient; *R*<sup>2</sup> = Bestimmtheitsmaß; *Korr. R*<sup>2</sup> = Korrigiertes Bestimmtheitsmaß; *F* = F-Test; *SE B* = Standardfehler der Schätzung

In beiden Herkunftsgruppen hatten die Prädiktoren *Geschlecht* ( $M = .58$ ,  $SD = .49$ ) und *Religionszugehörigkeit* (1. Dummy: Konfessionslos ( $M = .02$ ,  $SD = 0.15$ ) und 3. Dummy: Protestanten ( $M = .71$ ,  $SD = 0.45$ )) einen signifikanten Einfluss auf das Kriterium *Bereitschaft professionelle psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen*.

Anschließend an dieser Hypothese wurde auch der Einfluss der *Religiösität* auf die *Bereitschaft zur Inanspruchnahme professioneller psychologischer Hilfe* anhand der zweifaktoriellen ANCOVA erhoben. Als abhängige Variable galt das Messinstrument ATSPPH-SF. Die Faktoren *Herkunft* und *Geschlecht* mit den zwei Subskalen des *SBI-15 R-D (Religiöse Überzeugungen und Praktiken, Soziale Unterstützung in der Glaubensgemeinschaft)* bildeten die Kovariaten. Der Levene-Test auf Varianzhomogenität ist nicht signifikant ( $p = .26$ ). Die Mittelwerte und Standardabweichungen sind in Tabelle 8 abgebildet.

## Ergebnisse

**Tabelle 9** Deskriptive Statistiken für die abhängige Variable Bereitschaft professionelle psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen (**ATSPPH-SF**)

	Temesvar / Arad (n = 154) <b>M (SD)</b>	Wien/ Wien-Umgebung (n = 146) <b>M (SD)</b>
Männer	1.48 (0.52)	1.50 (0.55)
Frauen	1.68 (0.59)	1.60 (0.46)
Gesamt	1.60 (0.57)	1.56 (0.51)

n = Anzahl der ProbandInnen, M = Mittelwert, SD = Standardabweichung

Die *Religiosität* hat als Kovariate keinen Einfluss auf die *Bereitschaft professionelle psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen* (Skala 1:  $F(1, 294) = .001, p = .982$  ( $\eta_p^2 = .000$ ); Skala 2:  $F(1, 294) = .280, p = .597$  ( $\eta_p^2 = .001$ )). Jedoch zeigten sich auch hier wie in der linearen Regression *signifikante Geschlechtsunterschiede* ( $F(1, 294) = 6.88, p = .009$  ( $\eta_p^2 = .023$ )), wobei die Effektstärke einem kleinen Effekt entspricht. Frauen ( $M = 1.64, SD = 0.53$ ) erzielten höhere Werte als Männer ( $M = 1.48, SD = 0.53$ ). Die Variable *Herkunft* fiel mit  $F(1, 294) = .001, p = .98$  ( $\eta_p^2 = .000$ ) nicht signifikant aus. Desweiteren wurden auch keine signifikanten Interaktionseffekte zwischen *Gruppe* und *Geschlecht* gefunden ( $F(1, 294) = .584, p = .445$  ( $\eta_p^2 = .002$ )).

### 4.3.5. Meinungen und Einstellungen zu Suizid

#### **Hypothese 8: Rumänen aus Österreich haben eine liberalere und positivere Einstellung zu Suizid als Rumänen aus Rumänien.**

Für die Prüfung der Hypothese 8 wurde eine MANOVA durchgeführt mit den Faktoren *Herkunft* und *Geschlecht* als unabhängige Variablen. Als abhängige Variable wurden die sieben Skalen des Messinstrumentes ATTS „Meinungen und Einstellungen zu Suizid“ herangezogen: *Glaube an eine Bestrafung nach dem Tod, Akzeptanz von Suizid, Suizid als ein Zeichen psychischer Krankheit, Mitteilung von psychischen Problemen, Verheimlichen von suizidalem Verhalten, Suizid als Lösung, offene Berichterstattung und Diskussion über Suizid*). Die berechneten Mittelwerte und Standardabweichungen der einzelnen Subskalen werden in Tabelle 9 dargestellt.

## Ergebnisse

**Tabelle 10** Deskriptive Statistiken für die Variable Einstellungen zu Suizid (ATTS)

	Temesvar / Arad			Wien/ Wien- Umgebung		
	(n = 155)			(n = 147)		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>
<i>Glaube an Bestrafung nach dem Tod</i>	2.65 (0.82)	2.86 (0.76)	2.77 (0.79)	2.71 (0.97)	2.63 (1.0)	2.66 (0.98)
<i>Akzeptanz von Suizid</i>	0.34 (0.60)	0.22 (0.38)	0.27 (0.49)	0.29 (0.63)	0.39 (0.73)	0.35 (0.69)
<i>Suizid als ein Zeichen von psychischer Krankheit</i>	1.98 (1.08)	1.99 (1.14)	1.98 (1.11)	2.47 (0.95)	2.49 (1.19)	2.48 (1.09)
<i>Mitteilung psychischer Probleme</i>	3.24 (0.80)	3.35 (0.69)	3.31 (0.74)	3.30 (0.63)	3.31 (0.71)	3.30 (0.67)
<i>Verheimlichen von suizidalem Verhalten</i>	1.72 (1.01)	1.59 (0.98)	1.65 (0.99)	1.69 (0.95)	1.46 (0.93)	1.56 (0.94)
<i>Suizid als Lösung</i>	0.23 (0.57)	0.20 (0.44)	0.21 (0.49)	0.19 (0.43)	0.28 (0.59)	0.24 (0.53)
<i>Offene Berichterstattung von Suizid</i>	2.31 (0.97)	2.68 (0.89)	2.53 (0.94)	2.42 (0.79)	2.31 (0.95)	2.36 (0.88)

*n* = Anzahl der ProbandInnen, *M* = Mittelwert, *SD* = Standardabweichung

Der Kolmogorov-Smirnov Test ergab auf allen sieben Faktoren signifikante Ergebnisse. Der Box- Test war ebenfalls signifikant. Der Levene-Test auf Varianzhomogenität war mit Ausnahme der zweiten Subskala *Akzeptanz von Suizid* ( $p = .02$ ) über alle Skalen hinweg nicht signifikant. Die MANOVA zeigte einen signifikanten Haupteffekt der *Herkunft* auf der dritten Subskala *Suizid als Zeichen psychischer Krankheit* ( $F(1, 298) = 14.73, p = .00 (\eta_p^2 = .05)$ ). Das entspricht einer kleinen Effektgröße. Die Rumänen aus Rumänien erzielten niedrigere Werte ( $M = 1.98, SD = 1.11$ ) als die Rumänen aus Österreich ( $M = 2.48, SD = 1.09$ ). Es konnte kein signifikanter Haupteffekt auf der unabhängigen Variable *Geschlecht* gezeigt werden ( $F(1, 298) = .78, p = .61 (\eta_p^2 = .02)$ ). Die multivariate Varianzanalyse zeigte einen signifikanten Interaktionseffekt zwischen *Herkunft* und *Geschlecht* auf der siebten Subskala *Offene Berichterstattung und Diskussion von Suizid* ( $F(1, 298) = 5.10, p = .02 (\eta_p^2 = .02)$ ), wobei die Effektgröße einem kleinen Effekt entspricht. Frauen aus Rumänien erreichten höhere Werte ( $M = 2.68, SD = 0.89$ ) als Männer aus Rumänien ( $M = 2.31, SD = 0.97$ ). Rumänische Männer aus Österreich erzielten höhere Werte auf dieser Subskala ( $M = 2.42, SD = 0.79$ ) als rumänische Frauen aus Österreich ( $M = 2.31, SD = 0.95$ ).

## Ergebnisse

### 4.3.6. Einstellung gegenüber einem suizidgefährdeten Freund

**Hypothese 9: Rumänen aus Rumänien haben eine positivere Einstellung gegenüber einem suizidgefährdeten Freund als Rumänen aus Österreich.**

Zur Überprüfung dieser Hypothese wurde eine MANOVA herangezogen mit den Faktoren *Herkunft* und *Geschlecht* als unabhängige Variablen. Die abhängigen Variablen waren die fünf Subskalen des Messinstrumentes RISF (*Soziale Akzeptanz, emotionale Beteiligung, Hilfe für den suizidgefährdeten Freund, Abneigung gegen die Bekanntgabe einer Suizidgefährdung* und *genaues Ermitteln des suizidalen Verhaltens*). Berechnete Mittelwerte und Standardabweichungen der Subskalen werden in Tabelle 10 dargestellt.

**Tabelle 11** Deskriptive Statistiken für die Variable *Verhalten gegenüber einem vorgestellten suizidgefährdeten Freund (RISF)*

	Temesvar / Arad (n = 152)			Wien/ Wien- Umgebung (n = 147)		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>
<i>Soziale Akzeptanz</i>	3.15 (0.73)	3.23 (0.59)	3.20 (0.65)	2.97 (0.58)	3.20 (0.58)	3.10 (0.59)
<i>Emotionale Beteiligung</i>	1.84 (0.57)	1.61 (0.69)	1.70 (0.65)	1.65 (0.62)	1.58 (0.71)	1.61 (0.67)
<i>Hilfe für den suizidgefährdeten Freund</i>	3.25 (0.63)	3.43 (0.49)	3.35 (0.56)	3.34 (0.52)	3.48 (0.42)	3.42 (0.47)
<i>Abneigung gegen Bekanntgabe der Suizidgefährdung</i>	2.46 (0.80)	2.26 (0.81)	2.34 (0.81)	2.43 (0.82)	2.39 (0.90)	2.40 (0.86)
<i>Genaues Ermitteln des suizidalen Verhaltens</i>	3.19 (0.75)	3.22 (0.75)	3.21 (0.75)	3.07 (0.87)	3.25 (0.73)	3.17 (0.80)

*n* = Anzahl der ProbandInnen, *M* = Mittelwert, *SD* = Standardabweichung

Der Kolmogorov-Smirnov Test ergab auf allen fünf Subskalen signifikante Ergebnisse. Der Levene-Test auf Varianzhomogenität war auf allen fünf Subskalen nicht signifikant. Der Box's Test war nicht signifikant ( $p = .244$ ).

Die MANOVA zeigte keinen signifikanten Haupteffekt der *Herkunft* ( $F(1, 295) = 2.2, p = .055$  ( $\eta_p^2 = .036$ )). Die Pillai- Spur zeigte drei signifikante Haupteffekte des *Geschlechts* ( $F(1, 295) = 2.88, p = .015$  ( $\eta_p^2 = .047$ )). Dies entsprach einer kleinen Effektgröße.

## Ergebnisse

---

Signifikante Geschlechtsunterschiede sind auf der ersten Subskala des RISF (*Soziale Akzeptanz*) zu finden ( $F(1, 295) = 4.69, p = .031 (\eta_p^2 = .016)$ ), wobei die Effektgröße einem kleinen Effekt entspricht. Frauen erreichten höhere Werte ( $M = 3.21, SD = 0.58$ ) als Männer ( $M = 3.06, SD = 0.67$ ). Auch auf der zweiten Subskala *Emotionale Beteiligung* gibt es signifikante Geschlechtsunterschiede:  $F(1, 295) = 4.34, p = .038 (\eta_p^2 = .015)$ . Die Werte entsprechen einer kleinen Effektgröße. Frauen erreichten auf dieser Subskala demnach signifikant niedrigere Werte ( $M = 1.60, SD = 0.70$ ) als Männer ( $M = 1.74, SD = 0.60$ ). Das Geschlecht hatte des Weiteren einen signifikanten Einfluss auf die dritte Subskala *Hilfe für den suizidgefährdeten Freund*:  $F(1, 295) = 6.99, p = .009 (\eta_p^2 = .023)$ . Die Effektgröße entspricht einem kleinen Effekt. Frauen erreichten auf dieser Subskala höhere Werte ( $M = 3.45, SD = 0.45$ ) als Männer ( $M = 3.29, SD = 0.58$ ). Interaktionseffekte zwischen Geschlecht und Herkunft waren nicht zu beobachten ( $F(1, 295) = .965, p = .440 (\eta_p^2 = .016)$ ).



## 5 Diskussion

Das Ziel dieser interkulturellen Studie war der Vergleich zwischen den Rumänen aus Rumänien und Rumänen aus Österreich in Bezug auf ihre Religiosität, ihre Einstellung zu Suizid, ihre Einstellung zu suizidgefährdeten Personen, ihren Glauben an Ursachen von Suizid sowie deren Bereitschaft zur Inanspruchnahme professioneller psychologischer Hilfe. Die Ergebnisse dieser Studie werden in den einzelnen Unterkapiteln dieses Diskussionsteils diskutiert.

### 5.1. Ursachenzuschreibung für Suizid

Entstehungstheorien für Suizid und Laientheorien zur Ursachenzuschreibung von Suizid sind notwendig, um suizidales Verhalten in den einzelnen Kulturgruppen besser verstehen zu können. Diese Theorien und Untersuchungen sind für die weitere Suizidforschung relevant und folglich werden daraus die ersten zwei Hypothesen dieser Studie formuliert und untersucht:

**Hypothese 1: „Rumänen aus Rumänien zeigen höhere Werte in den Subskalen soziale Ursachen und interpersonelle Ursachen als Rumänen aus Österreich“ und Hypothese 2: „Frauen haben höhere Werte in den Subskalen soziale Ursachen und interpersonelle Ursachen“.**

Die erste Hypothese konnte teilweise verifiziert werden. Nicht die Rumänen aus Rumänien, sondern die rumänischen ImmigrantInnen aus Österreich zeigten höhere Werte in der Subskala interpersonelle Ursachen, wobei der Unterschied ein kleiner ist. Wenn jemand Suizid begeht, glauben die Rumänen aus Österreich stärker als die Rumänen aus Rumänien, dass für gewöhnlich Familie und Freunde schuld sind oder dass Suizid durch arbeitsbedingten Stress (z.B. Kündigung) verursacht werden kann. Lester und Walker (2006) haben in einer interkulturellen Studie zwischen African Americans und European Americans zeigen können, dass afrikanische Amerikaner eindeutig weniger an interpersonelle Probleme glauben als europäische Amerikaner. Afrikaner „transferieren“ das Eigentumsrecht ihres Lebens auf Gott und glauben, dass Er (und nicht das Individuum) die Kontrolle über das Leben hat. Des Weiteren attribuieren sie life stressors nicht dem Suizid bei. Europäische Amerikaner glauben hingegen eher, dass das Individuum selbst, der Staat oder die Landesregierung verantwortlich für das Leben seien.

Hypothese 2 konnte nicht bestätigt werden. Frauen und Männer zeigten ähnliche Werte auf den Subskalen soziale und interpersonelle Ursachen.

### 5.2. Religiosität

Viele wissenschaftliche Studien haben bewiesen, dass Religion mindestens zwei Schutzfunktionen von Suizid darstellt. Zum einen verringern religiöse Überzeugungen die Akzeptanz des Suizides und zum anderen stärkt die Religiosität zwischenmenschliche Bindungen und verringert dadurch die Ablehnung von suizidgefährdeten Personen (Eskin, 2004). Diese wissenschaftlichen Erkenntnisse kann man in den nationalen Suizidstatistiken gut vergleichen: Länder, in denen Religion eine wichtige Rolle spielt, weisen kleinere Suizidraten auf als Länder, in denen Religiosität weniger von Bedeutung ist (Lester, 1987; Neeleman et.al., 1997; Neeleman & Lewis, 1999; Sisask et.al., 2010). Jedoch konnten Cleary & Brannick (2007) in einer irischen Studie zeigen, dass Religion alleine nicht für die geringen Suizidraten verantwortlich ist. Neeleman & Lewis (1999) haben in ihren Untersuchungen beobachtet, dass Frauen im Vergleich zu Männern religiöser sind und dass das Beten im Alter zunähme. Daraus ergaben sich die folgenden Hypothesen: **Hypothese 3: „Rumänen aus Rumänien sind religiöser und gehen daher öfters in die Kirche als Rumänen aus Österreich“ und Hypothese 4: „Frauen sind religiöser als Männer“.**

Hypothese 3 konnte, wie vermutet, nicht bestätigt werden. Da diese Studie auf eine sehr homogene Stichprobe basiert bedeutet dieses Ergebnis, dass sowohl Rumänen aus Rumänien als auch Rumänen aus Österreich gleich hohe religiöse Überzeugungen haben, eine gleich hohe soziale Unterstützung in der Glaubensgemeinschaft finden und gleich oft in die Kirche gehen. Dieses Ergebnis spiegelt sich (im Vergleich zu den restlichen europäischen Staaten) in den niedrigen Suizidraten wieder - Religion ist sowohl bei den Rumänen aus Rumänien als auch bei den rumänischen ImmigrantInnen ein vitaler und bedeutender Schutzfaktor. Beide Kulturgruppen glauben gleich stark, dass zum Beispiel Leben und Tod von Gottes Plan bestimmt wird oder dass Gott auf irgendeine Art und Weise existiert. Hypothese 4 kann auch nicht bestätigt werden, das heißt es können keine Geschlechtsunterschiede angenommen werden. In dieser Stichprobe sind sich Frauen und Männer bezüglich ihrer Religiosität und Kirchengangshäufigkeit gleich ähnlich. Auch Ramos (2013) konnte hinsichtlich des

Geschlechts keine Unterschiede finden und diese Ergebnisse entsprechen auch nicht denen von Neelemand & Lewis (1999), die in 26 Ländern bei Frauen eine generell höhere Religiosität beobachtet haben als bei Männern.

### 5.3. Glaube an genetische Ursachen von Suizid

Mehrere wissenschaftliche Untersuchungen haben gezeigt, dass genetische Faktoren einen Einfluss auf das Suizidale Verhalten haben. Obwohl der Einfluss der Genetik oftmals bestätigt wurde, verfügen viele Personen nicht über dieses Wissen (Voracek & Sonnek, 2006). Der Glaube an den genetischen Einfluss auf das suizidale Verhalten bleibt trotzdem zwischen den Kulturgruppen stabil (Voracek et.al; 2008). Die fünfte Hypothese besagt, dass **Rumänen aus Rumänien und Österreich ähnliche Ergebnisse im Glauben an den Einfluss genetischer Faktoren auf den Suizid erreichen**. Die Auswertungen konnten diese Hypothese bestätigen und sind konsistent mit den bisherigen Ergebnissen (Voracek, 2007b; Voracek et al., 2008). Des Weiteren konnten, wie auch schon in vorherigen Studien, keine Geschlechtsunterschiede gefunden werden (Kolves et.al.,2007; Voracek et.al., 2007a). Obwohl diese Stichprobe durch eine höhere Ausbildung charakterisiert ist (60% mit Universitätsabschluss), konnte nur eine von 302 Personen achtzehn von zweiundzwanzig Punkten erreichen. Was könnte der Grund dafür sein, dass in den den Forschungsbereichen Familienstudien, Geographische Studien, Zwillingsstudien, Adoptionsstudien, Einwanderer- und Nachnamenstudien und Molekulargenetische Studien so wenig wissenschaftliches Wissen besteht? Liviu Giosan und Tudor Oprea (2002) haben dieses Gebiet der post-kommunistischen Forschung in Rumänien untersucht und herausgefunden, dass Rumänien im Vergleich zu Polen, Ungarn und Bulgarien mehr Forscher und Wissenschaftler engagiert, jedoch weisen diese das geringste wissenschaftliches Know How auf. In der post-kommunistischen Dekade liegt der wissenschaftliche Fortschritt weit unter Rumäniens Potenzial. Seit 1989 konnte jedoch ein ermutigender und positiver Trend im Bereich der Naturwissenschaften und Ingenieurwissenschaften beobachtet werden. Dennoch ist Rumänien im Forschungsbereich so weit abgerutscht, dass es fünfzehn Jahre brauchen würde, um den wissenschaftlichen Fortschritt aus Bulgarien zu erreichen, 30 Jahre um Polen und sechzig Jahre um Ungarn einzuholen. Um den Motor in den Forschungsarbeiten zu beschleunigen, müssten die Erhöhung der Finanzierung und Förderung sowie die Entwicklung und Entfaltung von wissenschaftlicher Forschung und

modernen Technologien politische Priorität erlangen. Ein weiterer Grund, warum es in Rumänien an Forschung mangelt, kann durch eine noch laufende Untersuchung von Giosan (2014) erklärt werden: Rumänien und Bulgarien haben im Vergleich zu Ost- und Zentral-Europa die höchste Anzahl an Elite-Studenten, die an amerikanischen Universitäten ihren Abschluss absolvieren und dort ihre Karriere starten. Auch Voracek, Ventila & Yip (2002) besprechen in ihrer Studie „Evidence for lack of change in seasonality of suicide from Timis county, Romania“, den enormen Mangel an Suizidforschung in Rumänien.

### **5.4. Bereitschaft zur Inanspruchnahme professioneller psychologischer Hilfe**

Die rumänische Kultur hat in den letzten Jahren mit dem Eintritt in die Europäische Union und dem Streben nach einem Leben wie im Westen gelernt, professionelle psychologische Hilfe zu akzeptieren und in Anspruch zu nehmen. Dennoch wird in der älteren rumänischen Kulturgruppe Psychotherapie und psychologische Beratung als Stigmatisierung angesehen. Bei Suizid in Familienkreisen können sich die Familienmitglieder aus Schamgründen sogar völlig von der Gesellschaft isolieren. Wie schon erwähnt, wird mit dem neuen westeuropäischen Trend in Rumänien die Inanspruchnahme professioneller psychologischer Betreuung durch PsychologInnen und PsychotherapeutInnen immer mehr akzeptiert. Daraus folgend wurde die sechste Hypothese gebildet: **Rumänen aus Rumänien weisen eine niedrigere Bereitschaft auf, professionelle psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen als Rumänen aus Österreich.** Diese Hypothese konnte mit den vorliegenden Daten nicht belegt werden. Die Bereitschaft zur Inanspruchnahme psychologischer Hilfe war in beiden Herkunftsgruppen ähnlich. Diese Resultate spiegeln sich in den Ergebnissen bisheriger Studien von Sheikh und Fornham (2000) wieder, aus denen hervorgeht, dass es keine Unterschiede zwischen den EinwohnerInnen eines Landes mit unterschiedlichem kulturellen Hintergrund gibt. Jedoch ergaben die Daten signifikante Geschlechtsunterschiede. Frauen zeigten, allerdings mit einem kleinen Effektwert, eine signifikant höhere Bereitschaft zur Inanspruchnahme professioneller psychologischer Hilfe. Zu ähnlichen Ergebnissen kam Svedova (2013) in der Slowakei. Zu dieser Hypothese wurde zusätzlich noch erforscht, wie stark die Prädiktoren Geschlecht, Alter, Ausbildung, Religion und Religiosität die Bereitschaft zur Inanspruchnahme psychologischer Hilfe beeinflussen. So wurde folgendessen Hypothese sieben aufgestellt: **Religion hat einen**

**negativen Einfluss auf die Bereitschaft, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen.**

Diese Hypothese konnte teilweise bestätigt werden. Aus der Analyse der Daten kam (paradoxaerweise) hervor, dass sowohl Konfessionslose als auch Protestanten im Vergleich zur katholischen und orthodoxen Stichprobe weniger bereit sind, professionelle psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen. Im Rahmen dieser Hypothese wurde auch die *Religiosität (SBI-15-R)* als Kovariate berechnet. Die Auswertung ergab jedoch, dass Religiosität auf die Bereitschaft, professionelle psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen, keinen Einfluss hat.

Die Prädiktoren Alter und Ausbildungsjahre hatten, wie bei Fung und Wong (2007), Yeh (2002), Kadluczka (2012) und Svedova (2013), keinen Einfluss auf das Kriterium Bereitschaft zur Inanspruchnahme professioneller psychologischer Hilfe. Jedoch konnten in einer arabischen-länderübergreifenden Untersuchung von Al-Krenawi und Graham (2004) gezeigt werden, dass die Prädiktoren Ausbildungsjahre, Familienstand und Alter signifikante Variablen sind, um mit einer positiven Einstellung professionelle psychologische Hilfe aufzusuchen.

In beiden rumänischen Kulturgruppen nahm das Geschlecht einen starken Einfluss auf die Bereitschaft, professionelle psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen. Rumänische Frauen sind sowohl in Rumänien als auch in Österreich offener gegenüber psychologischer Hilfe. Dieses Ergebnis stimmt mit den bisherigen internationalen Studien überein (Fisher und Turner, 1972; Tata und Leong, 1994; Sheikh und Furnham, 2000; Yeh 2002; Kadluczka, 2012; Svedova 2013). Frauen kommunizieren mehr und offener über ihre emotionalen Probleme als Männer und sind zuversichtlicher, dass sie durch eine Psychotherapie Hilfe finden würden.

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

Ausgehend davon, dass die Suizidraten in Österreich höher sind als in Rumänien wird Hypothese acht **„Rumänen aus Österreich haben eine liberalere und positivere Einstellung zu Suizid als Rumänen aus Rumänien“** auf Basis der Stigma-Hypothese von Eskin (1992) gebildet, die besagt, dass Länder mit höheren Suizidraten, liberalere Einstellungen zu Suizid haben.

Diese Hypothese konnte mit einer kleinen bis mittleren Effektstärke bestätigt werden. Die Rumänen aus Österreich zeigten positivere Meinungen und Einstellungen zu Suizid und waren stärker als Rumänen aus Rumänien davon überzeugt, dass Suizid ein Zeichen einer psychischen Krankheit ist (Beispiel: „Menschen, die an Selbstmord denken oder ihn planen, sind psychisch krank.“). Ähnliche Ergebnisse zeigte Eskin (2010) in dem interkulturellen Vergleich zwischen Medizinstudenten in Österreich und der Türkei bezüglich suizidalem Verhalten und Einstellungen zu Suizid. Dasselbe Resultat war auch in Polen zu finden. Kadluzka (2012) und Etzersdorfer et al. (1998) konnten in einer interkulturellen Studie zwischen Mandras (Indien) und Wien die Einstellung zu Suizid bei Medizinstudenten erfassen und kam zu ähnlichen Ergebnissen: Medizinstudenten in Wien haben liberalere Einstellungen zu Suizid als die Studenten aus Mandras. Interessante Ergebnisse fanden sich auf der siebten Skala *Offene Berichterstattung und Diskussion von Suizid*, die denen von Svedova (2013) ähneln: Frauen in Rumänien standen der Kommunikation von psychischen Problemen offener und positiver gegenüber als rumänische Frauen in Österreich (Beispiel: „Menschen sollten ihre psychischen Probleme Ihren Freunden erzählen“). Jedoch zeigten rumänische Männer aus Wien und Wien-Umgebung positivere Einstellungen zur öffentlichen Diskussion über Suizid als rumänische ImmigrantInnen, allerdings mit einer kleinen Effektstärke (Beispiel: „Über Selbstmorde sollte in den Zeitungen offen berichtet werden“ und „Das Thema Selbstmord sollte unter Freunden offen diskutiert werden“).

### 5.6. Einstellung gegenüber einem suizidgefährdeten Freund

Die letzte Hypothese geht ebenfalls auf Eskins Stigma-Hypothese (1992) zurück, die basierend auf seine Ergebnisse besagt, dass sich Länder mit hohen Suizidraten, wie Russland, Ungarn etc., durch eine Ablehnung gegenüber suizidgefährdeten Personen/Freunden auszeichnen. Daher wurde Hypothese 9 folgenderweise formuliert: „**Rumänen aus Rumänien haben eine positivere Einstellung gegenüber einem suizidgefährdeten Freund als Rumänen aus Österreich**“.

Die Ergebnisse ergaben keine Herkunftsunterschiede und können somit die Stigma-Hypothese von Eskin (1992) nicht bestätigen. Jedoch ergaben sich drei signifikante Geschlechts-Unterschiede. Auf der ersten Skala *Soziale Akzeptanz* zeigten Frauen eine höhere Akzeptanz von suizidgefährdeten Personen als Männer, allerdings

mit einer kleinen Effektstärke. Sehr interessante signifikante Ergebnisse zeigten sich auf der 2. Skala *Emotionale Beteiligung*: Wie in der interkulturellen Untersuchung von Eskin (2010) waren auch hier Männer insgesamt eher bereit, sich mit einem suizidgefährdetem Freund und dessen Entscheidung emotional auseinander zu setzen (kleiner Effekt) und ihm zu helfen. Höhere Religiosität, soziale Unterstützung und negative Einstellungen zu Suizid in der rumänischen Bevölkerung stellen auch bei dieser Hypothese wichtige Schutzfaktoren für suizidgefährdete Personen dar.

### 5.7. Limitierungen

Die vorliegende Studie unterlag einigen Einschränkungen, die bei der Interpretation der signifikanten und nicht-signifikanten Ergebnisse berücksichtigt werden müssen. Die zugrundeliegende Stichprobe wurde nach einem Schneeballverfahren rekrutiert, weshalb eine Generalisierbarkeit der Stichprobe und die Unabhängigkeit der TeilnehmerInnen nicht gegeben sind. Eine weitere mögliche Einschränkung dieser Studie könnten die angestrebten Variablen sein. Suizid (Selbstmord), Suizidalität (Selbstmordneigung), selbstmordgefährdete Personen sowie Religiosität sind sehr sensible Themen und die in der Studie eingesetzten Verfahren forderten von den Teilnehmern einen hohen Grad an Imagination, Transparenz, Fähigkeit zur Introspektion und Motivation. Die Teilnehmer dieser Studie sind in der Regel mit dem Thema Suizid wenig vertraut bzw. konfrontiert und für einige rumänische Teilnehmer könnte es sich sogar um ein tabuisiertes Thema handeln. Mit dieser Schwierigkeit wurde so umgegangen, indem zu Beginn eines jeden Fragebogens ausführlich erklärt wurde, was der Teilnehmer ausfüllen muss (Beispiel: „Inwieweit stimmen Sie den folgenden Aussagen zu? Bitte zutreffendes ankreuzen“-siehe Anhang). Da die Sprache, in der der Fragebogen vorgegeben wurde, nicht mitkodiert wurde, sollten etwaige dadurch verursachte Effekte erwähnt werden. Zum Beispiel könnte man jetzt nicht mehr herausfinden, welcher Teilnehmer in welcher Sprache den Fragebogen ausgefüllt hat. Eine weitere Limitation könnte die Tendenz zur sozialen Erwünschtheit sein und aus diesem Grund wurden die Vertraulichkeit und Anonymität der TeilnehmerInnen gewährleistet. Die internen Konsistenzen der einzelnen Verfahren waren auch zufriedenstellend. Aufgrund der angeführten Einschränkungen sollten die Ergebnisse aus der vorliegenden Arbeit trotzdem mit Vorsicht interpretiert werden.

## 5.8. Ausblick

Diese interkulturelle Studie zur Einstellung von Suizid ist von großer Bedeutung, um suizidales Verhalten und Suizidalität in der Gesellschaft besser zu verstehen und mit diesem Wissen und Ergebnissen einen qualitativen Fortschritt in der Prävention und den Behandlungsmöglichkeiten von ernsthaften *public health problems* beizutragen. Das Phänomen Suizid kann und sollte nicht rein aus religiöser und sozialer Perspektive erforscht werden. Bedeutende Faktoren wie Lebensqualität, physischer und geistiger Gesundheitszustand, Einkommen, Alkoholkonsum, Stressoren am Arbeitsplatz und im Familienkreis und life events sollten ebenso in Betracht gezogen werden, denn diese Aspekte tragen ebenfalls zu suizidalem Verhalten und Suizid bei. Für zukünftige Suizid-Untersuchungen sollte Rumäniens ungarische Minderheit, welche die Suizidraten in den ungarischen Bezirken in die Höhe steigen lassen, in Betracht gezogen werden (Voracek & Vintila, 2007, Cajvaneanu, 2004). Knight, Furnham & Lester (2000) haben in einer Londoner Untersuchung über Einstellung zu Suizid an 150 jungen Menschen herausgefunden, dass die stärkste Korrelation zu diesen suizidalen Einstellungen der Psychotizismus-Score sei. Je höher dieser Score ist, umso positiver ist die Einstellung zu Suizid. Diesen Ergebnissen zufolge wäre ein weiterer wichtiger Zugang für die Zukunft, die Persönlichkeitsstruktur nach Eysenck mittels spezifischen Inventaren mit zu erfassen. Aufgrund des bereits erwähnten Mangels an Suizidforschung in Rumänien, liegt eine für den Staat notwendige und wichtige Möglichkeit in der wissenschaftlichen Kooperation mit anderen europäischen und außereuropäischen Staaten in den Bereichen Humanwissenschaften, Sozialwissenschaften, Naturwissenschaften und modernen Technologien. Diese Art von Kooperation unterstützt und versorgt die rumänische Bevölkerung mit einer höheren Lebensqualität. In dieser Studie wurden zwei Kulturgruppen – Rumänen und rumänische ImmigrantInnen – hinsichtlich Religiosität, Einstellung zu suizidalem Verhalten bzw. suizidgefährdeten Personen, Entstehungstheorien von suizidalem Verhalten, Wissen über den Einfluss der genetischen Faktoren auf Suizid und die Einstellung zur Inanspruchnahme von psychologischer Hilfe untersucht. Eine interessante Idee für zukünftige Suizidforschungen wäre, Rekrutanten aus der Zeit des Kommunismus und eine junge Stichprobe, die nach dem Fall von Ceausecu geboren wurde, bezüglich der oben erwähnten Hauptmerkmale zu vergleichen.



---

## Zusammenfassung

*Hintergrund:* Das suizidale Verhalten bzw. Verhaltensmuster und die Suizidraten, welche eine wichtige Angelegenheit und von großem Forschungsinteresse sind, unterscheiden sich von Volk zu Volk und von Kultur zu Kultur. Bisherige und aktuelle Studien haben gezeigt, dass Religion eine bedeutende Auswirkung auf die Suizidraten hat. Die sogenannte Stigma-Hypothese besagt, dass Menschen in Kulturen mit liberaleren sozialen Einstellungen zu Suizid eher bereit sind, Suizid zu begehen als Menschen in kulturellen Gebieten, wo diese liberale Einstellungen untersagt sind. Auch wenn Rumänien ein sehr religiöses Land ist und eine strenge Haltung gegenüber Suizid hat, ist die Suizidrate, insbesondere in der männlichen Population, hoch, und dennoch liegt sie im Vergleich zu den europäischen Suizidraten im Durchschnitt.

*Ziel:* Diese interkulturelle Studie untersuchte Laien-Theorien über Suizid, Unterschiede in den Suizidverhaltensweisen, Einstellungen gegenüber Suizid, Reaktionen gegenüber suizidalen Personen, Religion und Religiosität sowie den Glauben an genetische Ursachen von Suizid und die Bereitschaft zur Inanspruchnahme professioneller psychologischer Hilfe.

*Methode:* Anhand von sechs Fragebögen wurden die Daten in der Gruppe der Rumänen aus Wien (n = 147) und Rumänen aus Timisoara and Arad, Rumänien (n = 155) erhoben.

*Ergebnisse:* Rumänen aus Österreich glauben mehr an interpersonelle Ursachen für Suizid und sehen Suizid mehr als ein Zeichen psychischer Krankheit an als die Rumänen aus Rumänien. Beide Kulturgruppen zeigten ähnliche Einstellungen gegenüber dem Aufsuchen von professioneller psychologischer Hilfe und beide Stichproben haben ähnliche religiöse Orientierungen. Generell wiesen mehr Frauen, Katholiken und Orthodoxe eine höhere Bereitschaft zur Inanspruchnahme von professioneller psychologischer Hilfe auf. Männer zeigten einem suizidgefährdeten Freund stärkere emotionale Anteilnahme und rumänische Männer aus Wien zeigten eine positivere Einstellung zur offenen Diskussion über Suizid als Frauen. Frauen wiesen eine höhere soziale Akzeptanz gegenüber einem suizidgefährdeten Freund auf und halfen ihm mehr.

*Conclusio:* Die vorliegende Studie hat bezüglich der Ursachenzuschreibung von Suizid und Einstellungen gegenüber Suizid signifikante kulturelle Unterschiede zwischen Rumänen aus Rumänien und Rumänen aus Österreich gefunden. Die Stigma-Hypothese konnte nur teilweise bestätigt werden. Darüber hinaus wurden Religions-, Kultur- und Geschlechtsfaktoren gefunden, die einen entscheidenden Effekt auf die Einstellungen gegenüber Suizid haben.

---

## Abstract

*Background:* Suicidal behavior, pattern and rate which is of great interest to research differs from population to population and from culture to culture. Previous and current studies have shown that religion has a great impact on suicide rates. The so-called stigma hypothesis declares that in a cultural background with a more liberal social attitude towards suicide, people are more likely to commit suicide, whereas in cultures with a prohibiting attitude, people are less likely to commit suicide. Even though Romania is a highly religious nation and has a severe attitude towards suicide, the suicide rate is high especially among the male population, but it is still in the European average.

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

*Method* Data were collected using six questionnaires in a group of Romanians from Vienna, Austria ( $n = 147$ ) and Romanians from Timisoara and Arad, Romania ( $n = 155$ ).

*Results* Romanians from Vienna believed more in interpersonal causes towards suicide and saw suicide more as a sign of psychological disorder than Romanians from Romania. Both group cultures had a similar attitude towards seeking professional psychological help and both samples had similar religious orientations. In general, more women, Catholics, and Orthodox had a more positive attitude towards seeking professional help. Men affirmed to be emotionally more involved toward a suicidal friend, and rather Romanian men living in Vienna supported open reports and discussions on suicide than women. Women showed greater social acceptance towards a suicidal friend and helped him more.

*Conclusion* In general, this present study found significant cultural differences between Romanians from Romania and Romanians from Austria with regards to suicide causes and attitudes towards suicide. The stigma hypothesis was only partly confirmed. In addition, the religion factor, the culture factor and the gender factor were found to have a deciding impact on attitudes towards suicide.

---

## Literaturverzeichnis

- Albani, C., Bailer, H., Blaser, G., Geyer, M., Brähler, E., & Grulke, N. (2001). Erfassung religiöser und spiritueller Einstellungen: Psychometrische Überprüfung der deutschen Version des „System of Belief Inventory“ (SBI-15R-D) von Holland et al. in einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, *52*, 306-313.
- Al-Krenawi, A., Graham, J.R., Dean, Y.Z., & Eltaiba, N. (2004). Cross-national study of attitudes towards seeking professional help: Jordan, United Arab Emirates (UAE) and Arabs in Israel. *International Journal of Social Psychiatry*, *50*, 102-114.
- Aninilkumparambil, N. (2012). *Attitudes towards suicide, religiosity and health beliefs: A cross-cultural comparison between South India (Kerala) and South Indians in Austria*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Wien.
- Backhaus, K., Evichron, B., Plinke, W. & Weiber, R. (2006). *Multivariate Analysemethoden*. (11. Auflage). Berlin: Springer.
- Baldessarini, R. J., & Hennen, J. (2004). Genetics of suicide: An overview. *Harvard Review of Psychiatry*, *2*, 1-13.
- Behling, O., & Law, K. S. (2000). *Translating questionnaires and other research instruments: Problems and solutions*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Bondy, B., Buettner, A., & Zill, P. (2006). Genetics of suicide. *Molecular Psychiatry*, *11*, 336-351.
- Bortz, J., Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler*.(4. Auflage). Heidelberg: Springer.
- Bradatan, C. (1999). Sinuciderea ca fenomen social. *Sociologie romaneasca*, *2*.
- Brent, D.A. (2009). In search of endophenotypes for suicidal behavior. *American Journal of Psychiatry*, *166*, 1087- 1089.
- Bundesministerium für Inneres (2012). *Migration & Integration. Zahlen. Daten. Indikatoren*. Verfügbar unter:  
[http://www.bmi.gv.at/cms/BMI\\_Service/Integration\\_2012/migration\\_integration\\_2012\\_72\\_dpi.pdf](http://www.bmi.gv.at/cms/BMI_Service/Integration_2012/migration_integration_2012_72_dpi.pdf)
- Cajvaneanu, D. (2004). Does tolerance kill? The Hungarian minority in Romania: a case study. *Romanian Journal of Political Sciences*, *4*, 111-118.
- Cavalli-Sforza, L. L., Menozzi, P., & Piazza, A. (1994). *The history and geography of human genes*. Princeton, NJ: Princeton University Press.

- 
- Cheng, A.T. A., & Lee, C.S. (2000). Suicide in Asia and the Far East. In: K. Hawton, C. van Heeringen (Eds.), *The international handbook of suicide and attempted suicide* (pp. 121-135). Chichester, UK: Wiley.
- Cleary, A. & Brannick, T. (2007). Suicide and changing values and beliefs in Ireland. *Crisis*, 28 (2), 82-88.
- Chishti, P., Stone, D., H., Corcoran, P., Williamson, E. & Petridou, E. (2003). Suicide mortality in the European Union. *Eur. J. Public Health*, 13, 108-114.
- Colucci, E. & Martin, G. (2008). Religion and spirituality along the suicidal path. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 38, 229- 244.
- Country Report Rumänien (2013). Wien: Coface Central Europe Holding AG. Verfügbar unter: [http://www.ihk-niederrhein.de/downloads/ihk/Rumaenien\\_Report.pdf](http://www.ihk-niederrhein.de/downloads/ihk/Rumaenien_Report.pdf)
- Delumeau, J. (1997). *Pacatul si frica*. Culpabilizarea in Occident (secolele 13-15). (Translated in Romanian by I. Ilinica and C. Chiriac.) Iasi: Polirom. Verfügbar unter: <http://www.scribd.com/doc/32267127/Jean-Delumeau-Pacatul-Si-Frica-Vol-1>
- Dervic, K., Ouendo, M. A., Grunebaum, M. F., Ellis, S., Burke, A. K., & Mann, J. J. (2004). Religious affiliation and suicide attempt. *American Journal of Psychiatry*, 161, 2303-2308.
- Dogus, F. E. (2011). *Psychometrische Analyse und Validierung der „Beliefs in Inheritance of Risk Factors Suizid Scale“ im Kontext der Migration: Türkei und türkische MigrantInnen in Österreich*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Wien.
- Durkheim, E. (1951). *Suicide: A study in sociology* (J. A. Spaulding & G. Simpson, trans.). Illinois: The Free Press.
- Durkheim, E. (1990). *Der Selbstmord*. 3. Auflage, Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Elhai, J. D., Schweinle, W., Anderson, S. M. (2008). Reliability and validity of the Attitudes Toward Seeking Professional Psychological Help Scale-Short Form. *Psychiatry Research*, 159, 320-329.
- Eskin, M. (1992). Opinion about and reactions to suicide, and the social acceptance of a suicidal classmate among Turkish high school students. *International Journal of Social Psychiatry*, 38, 280-286.
- Eskin, M. (1995). Adolescent's attitudes toward suicide and a suicidal peer: A comparison between Swedish and Turkish high school students. *Scandinavian Journal of Psychology*, 36, 201-207.
- Eskin, M. (1999). Social reactions of Swedish and Turkish adolescents to a close friend's suicidal disclosure. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34, 492-497.
-

- 
- Eskin, M. (2004). The effects of religious versus secular education on suicide ideation and suicidal attitudes in adolescents in Turkey. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 536-542.
- Eskin, M., Voracek, M., Stieger, S. & Altinyazar, V. (2011). A cross-cultural investigation of suicidal behavior and attitudes in Austrian and Turkish medical students. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46, 813-823.
- Etzersdorfer, E., Vijayakumar, L., Schony, W., Grausgruber, a., Sonneck, G. (1998). Attitudes toward suicide among medical students: comparison between Madras (India) and Vienna (Austria). *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.*, 33, 104-110.
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS* (3rd ed.). London: Sage.
- Fink, E.(2013). *Einstellungen zu Suizid, Religiosität und Health Beliefs: Ein interkultureller Vergleich zwischen Russland/Kasachstan und RussInnen /KasachInnen in Mitteleuropa*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Wien.
- Fischer, E. H. & Turner, J. (1970). Orientations to seeking professional help: Development and research utility of an attitude scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 35, 79-90.
- Fung, K., & Wong, Y. L. R. (2007). Factors influencing attitudes towards seeking professional help among East and Southeast Asian immigrant and refugee women. *International Journal of Social Psychiatry*, 53, 216-231.
- Furrer, S. & Widmer, R. (1997). *Sociology of Health and Social Welfare – Aspekte suiyidaler Handlungen in den westlichen Gesellschaften*. Zürich.
- Gearing, R. E., & Lizardi, D. (2009). Religion and suicide. *Journal of Religion and Health*, 48, 332-341.
- Giosan, L. , Oprea, T.I. (2002). Science in post-communist Romania. The future is not inviting. *Ad Astra. Young Romanian scientist's Journal*, 2.
- Giosan, L. (2014). Romanian Students in U.S.A., *Ad Astra*, in preparation.
- Gulke, 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.
- Hawton, K., (2000). Sex and suicide. Gender differences in suicidal behavior. *BJP*, 177, 484 – 485.
- Hawton, K. & Heeringen, K. (2009). Suicide. *Lancet*, 373, 1372-1381.
-

- 
- Holland, J. C., Kash, K. M., Passik, S., Gronert, M. K., Sison, A., Lederberg, M., Russak, S. M., Maider, L. & Fox, B. (1998). A brief spiritual beliefs inventory for use in quality of life research in life-threatening illness. *Psycho-Oncology*, 7, 460-469.
- Kadluczka, K. (2012). *Einstellungen zu Suizid, Religiosität und Health Beliefs: Ein interkultureller Vergleich zwischen ÖsterreicherInnen, PolInnen und polnischen ImmigrantInnen*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Wien.
- Kapusta, N. (2011). Aktuelle Daten und Fakten zur Zahl der Suizide in Österreich. *Universitätsklinik für Psychoanalyse und Psychotherapie, Medizinische Universität Wien*.
- Katholische Kirche Österreich (2013). *Kirchliche Statistik der Diözesen Österreichs*. Verfügbar unter: <http://www.katholisch.at/site/kirche/article/102078.html>
- Kelleher, M. J., Chambers, D., Corcoran, P., Williamson, E. & Keeley, H. S. (1998). Religious sanctions and rates of suicide worldwide. *Crisis*, 19, 78-86.
- Knight, M.T.D., Furnham, A.F. & Lester, D. (2000). Lay Theories of suicide. *Personality and Individual Differences*, 29, 453-457.
- Koenig, H.G. (2009). Research on religion, spirituality and mental health. A review. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 54, 283-291.
- Kyle, J. (2013). Spirituality: Its role as a mediating protective factor in youth at risk for suicide. *Journal of Spirituality in Mental Health*, 15, 47-67.
- Levin, J.S. & Taylor, R.J. (1993). Gender and Age Differences in Religiosity among Black Americans. *The Gerontologist*, 33, 16 -23.
- Lester, D. (1987). Religion, suicide and homicide. *Social Psychiatry*, 22, 99-101.
- Lester, D. & Bean, J. (1992). Attribution of causes to suicide. *The Journal of Social Psychology*, 132, 679-680.
- Lester, D. (2002). Twin studies of suicidal behavior. *Archives of suicide research*, 6, 383-389.
- Lester, D., Walker R.L., Loe, 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.
- Lin, K.M., Inui, T.S., Kleinman, A.M. & Womack, W.M. (1982). Sociocultural determinants of the help-seeking behavior of patients with mental-illness. *PMID*, 170 (2), 78- 85.
- 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 Danubina*, *20*, 26-30.
- Mann, J.J., Brent, D.A. & Arango, V. (2001). The neurobiology and genetics of suicide and attempted suicide: a focus on the serotonergic system. *Neuropsychopharmacology*, *24*, 467 -477.
- Mann J. J., Huang Y. Y., Underwood M. D., Kassir S. A., Oppenheim S., Kelly T. M., Dwork A. J., & Arango V. (2000). A serotonin transporter gene promoter polymorphism (5-HTTLPR) and prefrontal cortical binding in major depression and suicide. *Archives of General Psychiatry*, *57*, 729-738.
- Mann, J.J, Oquendo, M., Underwood, M.D. & Arango, V. (1999). The neurobiology of suicide risk: A review for the clinician. *Journal of Clinical Psychiatry*, *60*, 7-11.
- Marusic, A. (2005). History and geography of suicide: could genetic risk factors account for the variation in suicide rates? *American Journal of Medical Genetics C: Seminars in Medical Genetics*, *133 C*, 43-47.
- Marusic, A., & Farmer, A. (2001). Genetic risk factors as possible causes of the variation in European suicide rates. *British Journal of Psychiatry*, *197*, 194-196. [Editorial]
- Mehnert, A. & Koch, U. (2001). Religiosität und psychische Befindlichkeit – Überprüfung von Instrumenten zur Erfassung von Religiosität. *Z Med Psychol*, *10*, 171-182.
- Menozzi, P., Piazza, A., & Cavalli-Sforza, L. (1978). Synthetic maps of human gene frequencies in Europeans. *Science*, *201*, 786-792.
- Miller, A.S. & Hoffmann, J.P.(1995). Risk and Religion: An Explanation of Gender Differences in Religiosity. *Journal of the Scientific Study of Religion*, *34*, 63 -75.
- Moreland, J. P., & Geisler, N. L. (1990). *The Life and Death Debate: Moral Issues of Our Time*. Greenwood Publishing Group.
- Neeleman, J., Halpern, D., Leon, D., & Lewis, G. (1997). Tolerance of suicide, religion and suicides rates: An ecological and individual study in 19 Western countries. *Psychological Medicine*, *27*, 1165-1171.
- Neeleman, J. & Lewis, G. (1999). Suicide, religion, and socioeconomic conditions. An ecological study in 26 countries, 1990. *Journal of Epidemiology and Community Health*, *53*, 204–210.
- OECD (2012), "Suizid", in Die OECD in Zahlen und Fakten 2011-2012: Wirtschaft, Umwelt, Gesellschaft, OECD Publishing.  
<http://dx.doi.org/10.1787/9789264125469-106-de>
-

- 
- Ostamo, A. & Lönnqvist, J. (1994). The epidemiology of attempted suicide in Helsinki. *DSWO Press*, 137 – 158.
- Rost, J. (2004). *Lehrbuch Testtheorie-Testkonstruktion*.(2. Auflage). Bern: Hans Huber.
- Ramos, P. (2013). *Einstellungen zu Suizid, Religiosität und Health Beliefs: Ein Interkultureller Vergleich zwischen in Peru lebenden PeruanerInnen und in Wien lebenden PeruanerInnen*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Wien.
- Schild, A. H. E., Pietschnig, J., Tran, U. S., & Voracek, M. (2013). Genetic association studies between SNPs and suicidal behavior: A meta-analytical field synopsis. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 46, 36-42.
- Schmidtke, A., Weinacker, B., Apter, A., Batt, A., Berman, A., Bille-Brahe, U., Botsis, A., De Leo, D., Doneux, A., Goldney, R., Grad, O., Harin, C., Hawton, K., Kelleher, M., Kerkhof, A., Leenars, A., Lönnqvist, J., Mechel, K., Ostamo, A., Salander-Renberg, E., Syil, I., Värmik, A. & Wassermann, D. (1999a). Suicide rates in the world. *Arch. Suicide Res.*, 5, 81 – 89.
- Sheik, S., & Furnham, A (2000). A cross-cultural study of mental health beliefs and attitudes seeking professional help. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35, 326-334.
- Sisask, M., Värnik, A., Kairi, K., Bertoote, J. M., Bolhari, J., Botega, N. J., Fleischmann, A., Vijayakumar, L. & Wasserman, D. (2010). Is religiosity a protective factor against attempted suicide: A cross-cultural case-control study. *Archives of Suicide Research*, 14, 44-55.
- Sokal, R. R., Oden, N.L., Walker, J., Di Giovanni, D. & Thomson, B. A. (1996). Historical population movements in Europe influence genetic relationships in modern samples. *Human Biology*, 68, 873 -898.
- Stack, S. (1983). The effect of religious commitment on suicide: A cross-national analysis. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 362-374.
- Stack, S., & Lester, D. (1991). The effect of religion on suicide ideation. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 26, 168-170.
- Statistik Austria (2007). *Bevölkerung 2001 nach Religionsbekenntnis und Staatsangehörigkeit*. Verfügbar unter:  
[http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/bevoelkerung/volkszaehlungen\\_registerzaehlungen/bevoelkerung\\_nach\\_demographischen\\_merkmalen/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/volkszaehlungen_registerzaehlungen/bevoelkerung_nach_demographischen_merkmalen/index.html)
- Statistik Austria. (2012). *Gestorbene 2011 nach Todesursachen und Bundesländern*. Verfügbar unter:[http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/gesundheit/todesursachen/todesursachen\\_im\\_ueberblick/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/todesursachen/todesursachen_im_ueberblick/index.html)
-



- 
- Svedova, V. (2013). *Einstellungen zu Suizid, Religiosität und Health Beliefs: Ein Interkultureller Vergleich zwischen SlowakInnen und slowakischen ImmigrantInnen in Österreich*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Wien.
- Takamura, S., Oshima, I., Yoshida, K. & Motonaga, T. (2008). Factors related to attitudes toward seeking professional psychological help among Japanese junior high and high school students. *Yonago Acta Medica*, 51, 39-47.
- Tata, S. P. & Leong, F. T. L. (1994). Individualism-collectivism, social-network orientation, and acculturation as predictors of attitudes toward seeking professional psychological help among Chinese Americans. *Journal of Counseling Psychology*, 41, 280-287.
- Turecki, G., Zhu, Z., Tzenova, J., Lesage, A., Séguin, M., Tousignant, M., Chawky, N., Vanier, C., Lipp, O., Alda, M., Joober, R., Benkelfat, C., & Rouleau, G. A. (2001). TPH and suicidal behavior: A study in suicide completers. *Molecular Psychiatry*, 6, 98-102.
- Vatan, S., Gencöz, F., Walker, R. & Lester, D. (2010). Lay theories of suicide in Turkish and American students. *Suicidology Online*, 1, 28-33.
- Voicu, B., Mălina, M. (2007). Valorile ale Românilor [Werte der Rumänen] 1993-2006. *Iași*, 174.
- Voracek, M. (2007). Genetic factors in suicide: reassessment of adoption studies and individuals' beliefs about adoption study findings. *Psychiatria Danubina*, 19(3), 139-153.
- Voracek, M., Egle, J., Schleicher, S., Loibl, L. M., & Sonneck, G. (2007d). Beliefs in the Inheritance of Risk Factors for Suicide Scale (BIRFSS): Further results on demographic correlates, dimensionality, reliability and validity. *Omega: Journal of Death and Dying*, 55, 279-297.
- Voracek, M., Fisher, M. L., Loibl, L. M., Tan, H., & Sonneck, G. (2008b). Beliefs about the genetics of suicide in Canadian students: Cross-language validation of the Beliefs in the Inheritance of Risk Factors for Suicide Scale (BIRFSS). *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 62, 271-278.
- Voracek, M., Loibl, L. M., Sonneck, G. (2007a). Beliefs in the Inheritance of Risk Factor for Suicide Scale: Development, reliability, stability, and convergent and discriminant validity. *Psychological Reports*, 101, 107-116.
- Voracek, M. & Loibl, L. M. (2007b). Genetics of suicide: A systematic review of twin studies. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 119, 463-475.
- Voracek, M., Loibl, L. M., Egle, J., & Schleicher, S., & Sonneck, G. (2007e). Correlates, item-sequence invariance, and test-retest reliability of the Beliefs in the Inheritance of Risk Factors for Suicide Scale (BIRFSS). *Psychological Reports*, 101, 1107-1117.
-

- 
- Voracek, M., Loibl, L. M., & Kandrychyn, S. (2007). Testing the Finno-Ugrian suicide hypothesis: Replication and refinement with regional suicide data from Eastern Europe. *Perceptual and Motor Skills, 104*, 985-994.
- Voracek, M., Loibl, L. M. & Lester, D. (2007c). Lay theories of Suicide among Austrian psychology Undergraduates. *Crisis, 28*, 204-206.
- Voracek, M., Loibl, L. M., & Sonneck, G. (2008c). The malleability of beliefs in the genetics of suicide: An intervention study with the Beliefs in the Inheritance of Risk Factors for Suicide Scale (BIRFSS). *Psychiatria Danubina, 20*, 16-25.
- Voracek, M., Loibl, L. M., Swami, V., Vintila, M., Kolves, K., Sinniah, D., Pillai, S. K., Ponnusamy, S., Sonneck, G., Furnham, A. & Lester, D. (2008). The Beliefs in the Inheritance of Risk Factors for Suicide Scale (BIRFSS): Cross-cultural validation in Estonia, Malaysia, Romania, the United Kingdom, and the United States. *Suicide and Life-Threatening Behavior 38*, 688-698.
- Voracek, M., Vintila, M., Fisher, M.L., & Yip, P.S.F. (2002). Evidence for lack of change in seasonality of suicide from Timis county, Romania. *Perceptual and Motor Skills, 94*, 1071-1078.
- Voracek, M., Vintila, M. & Murany, D. (2007). A further test of the Finno-Ugrian suicide hypothesis: Correspondence of county suicide rates in Romania and population proportion of ethnic Hungarians. *Perceptual and Motor Skills, 105*, 1209-1222.
- World Health Organisation (2008). Suizidraten in Österreich. Verfügbar unter:  
[http://www.who.int/mental\\_health/media/austria.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/austria.pdf)
- World Health Organisation (2009). *Suicide rates in Romania*. Verfügbar unter:  
[http://www.who.int/mental\\_health/media/romania.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/romania.pdf)
- Yeh, Ch. (2002). Taiwanese students' gender, age, interdependent and independent self- construal, and collective self-esteem as predictors of professional psychological help- seeking attitudes. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology, 8*, 19-29.

---

## **Eidesstattliche Erklärung**

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

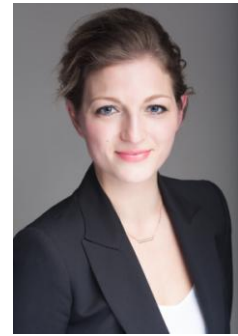
Cristina Demean-Dumulesc

Wien, 5. Mai 2014

## Tabellenverzeichnis

<b>Tabelle 1</b> Bisherige Forschungsergebnisse zum Thema „Einstellung zu Suizid, Religiosität und Health Beliefs“ .....	21
<b>Tabelle 2</b> Soziodemographische Daten .....	35
<b>Tabelle 3</b> Cronbach's $\alpha$ der ATTS, RISF, SBI – 15R – D, ACCS, BIRFFS und ATSPPH – SF für Rumänien und Österreich .....	36
<b>Tabelle 4</b> Deskriptivstatistik für den Glauben an die Ursachen von Suizid ( <b>ACCS</b> ) .....	37
<b>Tabelle 5</b> Deskriptive Statistiken für religiöse und spirituelle Einstellungen ( <b>SBI – 15R – D</b> ) .....	38
<b>Tabelle 6</b> Deskriptive Statistiken für Variable Glaube an Einfluss von genetischen Faktoren auf Suizid ( <b>BIRFSS</b> ) .....	39
<b>Tabelle 7</b> Deskriptive Statistiken für die Variable Bereitschaft professionelle psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen ( <b>ATSPPH-SF</b> ) .....	40
<b>Tabelle 8</b> Prädiktoren des <b>ATSPPH-SF</b> .....	42
<b>Tabelle 9</b> Deskriptive Statistiken für die abhängige Variable Bereitschaft professionelle psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen ( <b>ATSPPH-SF</b> ) -.....	43
<b>Tabelle 10</b> Deskriptive Statistiken für die Variable Einstellungen zu Suizid ( <b>ATTS</b> ) .....	44
<b>Tabelle 11</b> Deskriptive Statistiken für die Variable <i>Verhalten gegenüber einem vorgestellten suizidgefährdeten Freund</i> ( <b>RISF</b> ) .....	45

**CURRICULUM VITAE**  
**CRISTINA DEMEAN-DUMULESC**



*Angaben zur Person*

---

Name	Cristina Demean-Dumulesc
Geburtsdatum	7.11.1982
Geburtsort	Hunedoara (Rumänien)
Familienstand	verheiratet, 2 Kinder (2009, 2012)
Staatsbürgerschaft	Austria

*Schulbildung*

---

1998-2003	Bundesoberstufenrealgymnasium, Kindberg (Matura Mai 2003)
6/2003	Abschlussprüfung in Jazz/Classic Piano mit Auszeichnung
2004-2005	Christian Life College
2003-2005	Diplomstudium Humanmedizin an der medizinischen Universität Wien
2005-2014	Diplomstudium Psychologie, Universität Wien

*Praktische Erfahrung*

---

1998-2009	Nachhilfeunterricht in Klavier
2001	Betreuerin (Ferienlager für verhaltensauffällige Kinder, 6 bis 11 Jahren, Gusental)
2002	Betreuerin (Ferienlager für verhaltensauffällige Kinder, 6 bis 11 Jahren, Gusental; 10 bis 14 Jahren, Bad Goisern)
2003	1-monatiges Praktikum, Otto-Wagner-Spital, Pulmologisches Zentrum
2005-2006	KassiererIn (Mercur, Wien)
2006-2009	Sales Assistant (PMA, Modehandels GmbH)

2011-2012	6-wöchiges Praktikum, AKH, univ. Klink für Orthopädie, Wien
2009-2013	Karenz

### *Sprachen*

---

Englisch	fließend (English Language Course, Staffhord House – School of English, 2000)
Latein	gut
Rumänisch	Muttersprache

### *Ehrenamtliche Tätigkeit*

---

2000-2011	Band Leader Coach für Musik-Bands
2007	Organisatorin eines Benefizkonzertes zugunsten von rumänischen Waisenkindern
2013	Mitglied des Organisationsteams „BESST International“ eines zweitägigen Trainings „Power Days“, Wien
2014	Mitglied des Organisationsteams „BESST International“ eines zweitägigen Trainings „Power Days“, Temesvar