



universität  
wien

# MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

„Einstellung zu Suizid, Religiosität und Health Beliefs: Ein interkultureller Vergleich zwischen SyrerInnen in Österreich und SyrerInnen in Syrien“

verfasst von / submitted by

Laura Annika Schoierer BSc

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of  
Master of Science (MSc)

Wien, 2019 / Vienna 2019

Studienkennzahl lt. Studienblatt /  
degree programme code as it appears on  
the student record sheet:

A 066 840

Studienrichtung lt. Studienblatt /  
degree programme as it appears on  
the student record sheet:

Masterstudium Psychologie UG2002

Betreut von / Supervisor:

Univ.-Prof. MMag. DDDr. Martin Voracek

Mitbetreut von / Co-Supervisor:



## Danksagung

Zunächst möchte ich mich herzlich bei meinem Betreuer Prof. Voracek für die konstruktiven positiven Rückmeldungen und insbesondere für die ansteckende Freude an der Wissenschaft bedanken.

Danke auch an meine Familie fürs Gegenlesen, unterstützen und Mut machen. Diesbezüglich auch ein riesen Danke an Janina, Neele und Kathi für eure Geduld, das Fachwissen und eure Zeit.

شكرا جزيلاً لجميع الداعمين الناطقين بالعربية ، لولاكم لم يكون العمل قد تحقق. شكرا لك ساير لتوزيع الاستبيانات في سوريا ولكل الوقت والعمل العظيم. شكراً أيضاً لك عمار على الترجمة والتوزيع وتفاؤلك. شكرا سامو على كل المساعدة. أخيراً أود أن أشكر بشار ، فقط بسببك كانت أطروحة الماجستير هذه ممكنة. شكرا لك على الثقة والصبر والدافع والحب.



## Inhaltsverzeichnis

Theoretischer Hintergrund .....	9
1.1 Definition von Suizidalität.....	9
1.2 Syrien.....	9
1.2.1 Suizid in Syrien.....	10
1.2.2 Psychosoziale Hilfsangebote in Syrien .....	10
1.3 Österreich.....	10
1.3.1 Syrische Flüchtlinge in Österreich.....	11
1.3.2 Suizidraten in Österreich.....	11
1.3.3 Psychosoziale Hilfsangebote für Flüchtlinge in Wien.....	11
1.4 Einflussfaktoren auf Suizidalität .....	12
1.4.1 Suizidalität und Flucht. ....	12
1.4.2 Suizid und Religion.....	13
1.4.3 Einstellung zu Suizid und gegenüber einer suizidgefährdeten Person .....	14
1.4.4 Laientheorien über die Ursachen von Suizid .....	15
1.4.5 Genetische Faktoren von Suizid .....	16
1.4.6 Bereitschaft zur Inanspruchnahme professioneller psychologischer Hilfe.....	17
1.5 Hypothesenformulierung .....	18
Methoden.....	19
2.1 Ausschlusskriterien.....	19
2.2 Datenerhebung.....	20
2.3 Übersetzung des Fragebogens .....	20
2.4 Aufbau des Fragebogens .....	21
2.4.1 Meinungen und Einstellung zu Suizid .....	21
2.4.2 Verhalten gegenüber einem vorgestellten suizidgefährdeten Freund.....	21
2.4.3 Glaube an Ursachen von Suizid.....	22
2.4.4 Religiöse und spirituelle Einstellungen.....	22
2.4.5 Glaube an den Einfluss genetischer Faktoren auf Suizid.....	23
2.4.6 Bereitschaft professionelle psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen.....	23
2.5 Demographische Daten.....	23
2.6 Auswertung.....	25
Ergebnisse .....	25
3.1 Rücklaufquote der Fragebögen.....	25
3.2 Stichprobengröße und soziodemographische Daten.....	26
3.3 Reliabilitätsprüfung .....	27

3.4 Hypothesenprüfung .....	28
3.4.1 Religiosität .....	28
3.4.2 Meinungen und Einstellung zu Suizidalität .....	31
3.4.3 Religiosität und Einstellung zu Suizid .....	34
3.4.4 Einstellung gegenüber einem suizidalem Freund/einer suizidalen Freundin.....	36
3.4.5 Glaube an Ursachen von Suizid .....	38
3.4.6 Bereitschaft professionelle psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen.....	39
3.4.7 Bereitschaft zur Inanspruchnahme professioneller Hilfe und Religiosität .....	40
3.4.8 Glaube an genetische Ursachen von Suizidalität .....	41
Diskussion .....	42
4.1 Religiosität und Einstellung gegenüber Suizidalität.....	43
4.2 Offenheit gegenüber einem suizidalen Freund oder einer suizidalen Freundin .....	44
4.3 Laientheorien über die Ursachen von Suizid.....	45
4.4 Inanspruchnahme professioneller Hilfe .....	45
4.5 Annahmen über genetischen Einfluss auf Suizidalität .....	46
4.6 Limitationen.....	47
4.7 Ausblick.....	48
4.8 Zusammenfassung .....	49
Literaturverzeichnis.....	51
Abbildungsverzeichnis .....	60
Tabellenverzeichnis.....	60
Anhang .....	61
Abstract.....	61
Zusammenfassung .....	61

## Einstellung zu Suizid, Religiosität und Health Beliefs:

Ein interkultureller Vergleich zwischen SyrerInnen in Österreich und SyrerInnen in Syrien  
Wien ist eine multikulturelle Hauptstadt. Von den rund 1.9 Millionen EinwohnerInnen haben etwa 40% eine ausländische Herkunft (Stadt Wien, 2018). Oft unterscheidet sich das Land, in welches MigrantInnen ziehen, in diesem Fall Österreich, massiv von ihrem gewohnten Heimatland. Äußere Faktoren wie Klima, Level an Luftverschmutzung oder die Intensität der Sonneneinstrahlung, aber auch soziale und kulturelle Faktoren können sich drastisch unterscheiden. Sogenannte Migrant Studies untersuchen, wie sich das neue Umfeld und u.a. oben genannte Faktoren auf die MigrantInnen auswirken. Es lässt sich in diesen Studien untersuchen, inwieweit genetische Einflussfaktoren einen Einfluss gegenüber Umweltfaktoren ausüben. Man kann einerseits MigrantInnen mit den Einheimischen des Ziellandes vergleichen, welche also das gleiche Umfeld teilen, aber anderen kulturellen Ursprung haben. Andererseits können aber auch MigrantInnen mit EinwohnerInnen des Ursprungslandes verglichen werden, welche somit den gleichen genetischen Hintergrund und Sozialisierung teilen, aber unterschiedliche genetische Abstammung haben. Untersuchungen zeigten z.B., dass Menschen, welche aus einem Land mit hoher MS-Inzidenzrate in ein Gebiet mit niedriger Inzidenzrate migrieren, ebenfalls ein geringeres Risiko aufweisen, MS zu bekommen. Anders ist es, wenn Menschen aus einem Land ohne Risiko in ein Risikogebiet ziehen, dann wird die geringe Risikorate ihrer Heimat behalten. Erklärt wird das durch genetische Veranlagungen, welche dann durch Umweltfaktoren wie Virusinfektionen oder Vitamin D Gehalt beeinflusst werden (Milo & Kahana, 2009). Es gibt aber auch Studien zu psychologischen Themen wie z.B. Schizophrenie (Fearon & Morgan, 2006) oder zur Einstellung zu Suizid. Verschiedene Faktoren wie die Suizidrate im Umfeld oder Religiosität, welche im Folgenden näher diskutiert werden, beeinflussen die Einstellung zu Suizid, welche wiederum einen Einfluss auf Suizidalität ausübt. Aber auch genetische Veranlagungen spielen eine Rolle. Diese Einflussfaktoren unterscheiden sich zwischen Kulturen, weshalb Suizidalität und damit einhergehende Einflüsse ein geeignetes Thema für Migrant Studies sind. Es gibt bereits diverse Diplomarbeiten, welche verschiedene MigrantInnengruppen in Österreich untersucht und mit ihrer jeweiligen Heimatbevölkerung verglichen haben, u.a. MigrantInnen aus Peru (Ramos, 2013), Polen (Kadluczka, 2012), Russland (Fink, 2013) oder der Türkei (Doğuş, 2011).

Die vorliegende Arbeit untersucht Unterschiede hinsichtlich der Einstellung zu Suizidalität, Religiosität und Glaubenssätzen zu Gesundheit zwischen syrischen Flüchtlingen in Österreich und SyrerInnen in Syrien. Es soll damit deutlicher werden, wie Religiosität und

Suizidalität vom kulturellen Umfeld beeinflusst werden, auch im Hinblick auf Unterschiede zwischen Islam und Christentum. Die Studie soll helfen Präventions- und Interventionsstrategien auf kulturelle Einflüsse abstimmen zu können und Mechanismen, welche auf Suizidalität einen Einfluss ausüben, im kulturellen und religiösen Kontext besser verstehen zu können.

Hierfür werden erst die Länder Syrien und Österreich thematisch verknüpft beschrieben und anschließend wird auf Einflussfaktoren von Suizidalität eingegangen.

## 1.1 Definition von Suizidalität

Gemäß Wolfersdorf und Etzersdorfer (2011) wird Suizidalität definiert als „Summe aller Denk- und Verhaltensweisen von Menschen oder Gruppen von Menschen, die in Gedanken, durch aktives Handeln oder durch passives Unterlassen oder auch durch Handeln lassen den eigenen Tod anstreben bzw. als mögliches Ergebnis einer Handlung in Kauf nehmen“ (S. 26).

Suizidgedanken beinhalten den Todeswunsch, die Suizididee, oder die Absicht, Suizid zu begehen, während suizidales Handeln den Suizidversuch und tatsächlichen Suizid meint (Wolfersdorf & Franke, 2006).

Suizidales Verhalten ist ein breit diskutiertes Forschungsfeld mit vielen Einflussfaktoren, welche zu berücksichtigen sind. Es gibt sowohl Risiko-, als auch protektive Faktoren, welche im Laufe der Arbeit ausführlicher erläutert werden.

Wenn in dieser Arbeit die Rede von Suizidalität oder suizidalem Verhalten ist, schließt dies ausdrücklich Suizidattentate oder –anschläge aus, welche häufig religiös oder politisch motiviert sind und ein höheres Ziel verfolgen.

## 1.2 Syrien

Syrien ist ein Staat in Vorderasien und hatte nach Stand 2011 etwa 21 Millionen EinwohnerInnen (United Nations, 2019). Die Landessprache ist arabisch. Die Hauptstadt ist Damaskus, weitere große Städte sind Aleppo, Homs und Latakia. Im Nordwesten grenzt Syrien an das Mittelmeer, angrenzende Staaten sind der Libanon, die Türkei, der Iran, Jordanien und Israel. Es gibt mit etwa 74% der Bevölkerung mehrheitlich sunnitische Muslime. Als Minderheiten gelten in Syrien Alawiten (12%), Christen (10%) und Schiiten (2%). Es gibt zudem Drusen, Jesiden und Juden (2%). Demnach gehören 88% der Bevölkerung muslimischen Glaubensrichtungen an (Statista, 2016). Konfessionslos ist somit in Syrien so gut wie niemand, Religion spielt eine sehr wichtige Rolle, auch in politischer Hinsicht. Zwar ist Syrien ein säkularer Staat, allerdings muss der Präsident laut Verfassung Moslem sein. Zudem sollte laut Gesetz die islamische Rechtswissenschaft überwiegend Grundlage für Recht im Staat sein (The Syrian Arab News Agency, 2012). Offiziell gilt Syrien als sozialistisch-volksdemokratischer Staat mit Bashar al-Assad als Präsident. Er gehört der alawitischen Baath-Partei an und ist Nachfolger seines Vaters Hafiz al-Assad. Seine Amtszeit ist unbegrenzt (Auswärtiges Amt, 2018). Zwar fanden im Jahr 2016 Parlamentswahlen statt, welche aber laut deutscher Medien wie des ARD nur in den Teilen des Landes ermöglicht wurden, die Präsident Assad unter Kontrolle hatte und in denen er Zuspruch erfuhr (Blaschke, 2018). Das Auswärtige Amt (2018) weist darauf hin, dass Syrien

mehrere Merkmale einer Diktatur erfüllt, da Sicherheitsdienste eine sehr starke Stellung haben und die Medien dominiert sind von staatlichem Fernsehen und Zeitungen. Nach Protesten gegen Präsident Assad entwickelte sich 2011 ein bis heute andauernder Bürgerkrieg. Dadurch entstand eine große Flüchtlingsbewegung, welche u.a. nach Europa stattfand. Aufgrund dessen, sowie zahlreicher Todesfälle bedingt durch Krieg und niedere Lebensbedingungen, wird die EinwohnerInnenzahl nun auf etwa 17 Millionen geschätzt (United Nations, 2019).

### **1.2.1 Suizid in Syrien**

Die Suizidrate in Syrien lag laut World Health Organization (WHO; 2018) bei 1.9 per 100.000 Menschen im Jahr 2016 und ist damit im internationalen Vergleich sehr niedrig. Männer begingen dabei etwa dreimal häufiger Suizid als Frauen (WHO, 2018). Laut offizieller Website des syrischen Gesundheitsministeriums werden allerdings keine Suizidfälle als Todesursache genannt (Syrian Ministry of Health, o. D.), weshalb die Dunkelziffer deutlich höher sein kann, worauf aber später noch eingegangen wird.

### **1.2.2 Psychosoziale Hilfsangebote in Syrien**

Laut Recherchen von Assalman, Alkhalil und Curtice (2008) war die Versorgungssituation für psychische Gesundheit in Syrien vor dem Krieg unzureichend ausgebaut. Es gab 75 PsychiaterInnen, spezielles psychiatrisches Pflegepersonal gab es nicht. PsychologInnen bzw. PsychotherapeutInnen gab es nur sehr wenige, die meisten von ihnen wurden im Ausland ausgebildet. Es existierte nur psychodynamische Psychotherapie, weitere Therapieformen wurden nicht angewendet. Zudem musste die psychische Gesundheitsversorgung fast ausschließlich selbst finanziert werden (WHO, 2017). Der Bürgerkrieg und seine Folgen verschärfen die Situation und die Notwendigkeit an psychologischer Hilfe enorm, weshalb Organisationen wie z.B. die WHO über 2000 MitarbeiterInnen in psychologischer Erste-Hilfe-Leistung ausgebildet haben. Zudem wurden stationäre Einrichtungen für Menschen mit psychischen Störungen in großen Städten errichtet. Zusätzlich leisten viele Nicht-Regierungs-Organisationen (NGOs) psychosoziale Hilfsarbeit. Somit ist das psychosoziale Hilfsangebote seit dem Krieg besser ausgebaut denn je, wobei allerdings auch eine höhere Notwendigkeit besteht und womöglich viele der ursprünglich ansässigen PsychiaterInnen das Land verlassen mussten (WHO, 2017).

## **1.3 Österreich**

In Österreich leben rund 8.8 Millionen Menschen, davon etwa 1.9 Millionen in Wien. In Wien gehörten laut der letzten Volkszählung 2001 etwa 60% der EinwohnerInnen dem

Christentum an und rund 8% dem Islam; 25% der EinwohnerInnen in Wien waren zu diesem Zeitpunkt konfessionslos.

### **1.3.1 Syrische Flüchtlinge in Österreich**

In Österreich leben rund 50.000 SyrerInnen (Statista, 2019), wovon der Großteil ab 2015 mit der großen Flüchtlingsbewegung nach Österreich kam. Etwa die Hälfte der SyrerInnen lebt in Wien (Statistik Austria, 2019). Zu Beginn stellten mehr als doppelt so viele Männer als Frauen einen Asylantrag in Österreich, mit jedem Jahr verringerte sich dieser Unterschied, sodass die Antragsquote im Jahr 2018 zwischen Männern und Frauen nahezu ausgeglichen war. Das hängt auch mit dem Familiennachzug zusammen, mit welchem bereits anerkannte Flüchtlinge ihre Frauen und Kinder legal nach Österreich holen dürfen (Bundesministerium für Inneres [BMI], 2015; BMI, 2016; BMI, 2017; BMI, 2018).

### **1.3.2 Suizidraten in Österreich**

Die Suizidrate in Österreich liegt über beide Geschlechter bei 15.6 per 100.000 EinwohnerInnen. Männer (23.9) haben hier eine gut dreimal so große Suizidrate wie Frauen (7.7) (WHO, 2018).

Über die Suizidrate bei Flüchtlingen in Österreich allgemein, geschweige denn in Bezug auf SyrerInnen, gibt es zum jetzigen Zeitpunkt keine Statistiken. Aus Deutschland sind immer wieder Zeitungsberichte bezüglich dieses Themas zu finden, allerdings gibt es nur aus Bayern verlässliche Statistiken. Laut offiziellen Daten der Bayerischen Landesregierung aus dem Jahr 2016 gab es 158 Suizidversuche und vier verübte Suizide bei AsylantInnen. Von diesen wurden 31 von SyrerInnen begangen (Bayerischer Landtag, 2017). Allerdings stammen diese Daten nur aus Asylbewerberunterkünften und sind daher nicht vollständig. Auch hier gibt es womöglich eine hohe Dunkelziffer.

### **1.3.3 Psychosoziale Hilfsangebote für Flüchtlinge in Wien**

Das psychosoziale Hilfsangebot für Flüchtlinge in Österreich ist umfassend. Es gibt Integrationshilfen und zahlreiche Beratungsstellen. Einen Überblick bietet z.B. die Bundesregierung Österreich (2019). Es gibt auch Therapiemöglichkeiten speziell für MigrantInnen bzw. Flüchtlinge in unterschiedlichen Sprachen. Beratung und Therapie in arabischer Sprache gibt es in Wien speziell für Frauen in den Einrichtungen *FEM* und *peregrina*, sowohl für Männer als auch Frauen bietet zudem *HEMAYAT* oder die *Caritas* Psychotherapie speziell ausgelegt auf Kriegstraumatisierungen an. Allerdings finden sich bei den Hilfseinrichtungen überwiegend Beratungsangebote und relativ wenige Therapieplätze, welche zusätzlich auch auf Arabisch angeboten werden. Oft stehen zwar DolmetscherInnen zur Verfügung, allerdings stellt das womöglich eine weitere Hürde dar, über solch sensible

Themen zu sprechen, insbesondere da es in Syrien nicht gängig ist psychotherapeutische Hilfe aufzusuchen, da diese kaum angeboten wird.

#### **1.4 Einflussfaktoren auf Suizidalität**

Einflussfaktoren auf Suizidalität sind vielseitig und komplex. Das Geschlecht stellt zum Beispiel eine wichtige Komponente dar. Männer begehen zwar etwa dreimal häufiger Suizid als Frauen, wobei es hinsichtlich der Suizidversuche ein umgekehrtes Geschlechterverhältnis gibt (Hawton, 2000). Hier ist die Suizidversuchsrate bei Frauen höher als bei Männern. Frauen wählen häufiger Methoden, die als weich bezeichnet werden, wie z.B. Vergiftung, während Männer sich eher erhängen bzw. in die Tiefe stürzen, worauf der Tod sicherer eintritt (Hawton, 2000). Neben dem Geschlecht sind psychische Störungen (Rihmer, 2011; Chesney, Goodwin, & Fazel, 2014), genetische Einflüsse (Voracek, 2007; Voracek & Loibl, 2007; Voracek, Loibl, Dervic, Kapusta, Niederkrotenthaler, & Sonneck, 2009), oder Religion (Gearing & Lizardi, 2009) alternative oder zusätzliche Einflussfaktoren. Es gibt viele Facetten, welche hinsichtlich Suizidalität beleuchtet werden müssen, um so auch geeignete Interventionen einzuleiten. Auf einige wird im Folgenden näher eingegangen.

##### **1.4.1 Suizidalität und Flucht**

MigrantInnen werden definiert als Menschen, welche ihre gewöhnliche Heimat ändern und beispielsweise in ein neues Land ziehen. Bei Flüchtlingen kommen Gründe wie z.B. Gewalt, Verfolgung oder Krieg in ihrem Heimatland als Gründe der Migration hinzu (United Nations, o. D.). Sie suchen demnach Schutz in einem anderen Land.

Flüchtlinge sind somit gezwungen ihr Land zu verlassen, wo sie meist Traumatisierung, Folter, Gewalt, Inhaftierung oder Geiselnahmen erlebt haben. Die Flucht an sich bedeutet ebenfalls eine übermäßige Belastung, oft monatelanges Unterwegssein, niedere Bedingungen in Aufnahmelagern, Kälte, Missbrauch und Todesangst. Im Zufluchtsland angekommen erleben die Flüchtlinge dann Schwierigkeiten wie Diskriminierung, fremde Kultur und Einsamkeit, Chancenlosigkeit, sowie das oft lange Warten auf den Asylbescheid. Hinzu kommt die Sorge um verbliebene Familie und Freunde im Heimatland (Vijayakumar & Jotheeswaran, 2010).

Laut McSpadden (1987) liegt die Suizidrate bei Flüchtlingen höher als bei der Allgemeinbevölkerung. In Dänemark etwa war die Suizidrate bei Flüchtlingen zwischen 2001 und 2003 3.4 mal höher als bei DänInnen (Staehr & Munk-Andersen, 2006).

Als größter Risikofaktor für Suizid zählt in der allgemeinen Bevölkerung die unbehandelte Depression. Etwa die Hälfte derer, welche unter Depression leiden, begehen zumindest einen Suizidversuch, während sogar 15% tatsächlich an Suizid sterben (Rihmer,

2011). Menschen, welche Suizid begangen haben, wiesen zu 60-95% psychologische Beschwerden auf, am häufigsten Depressionen, Alkoholismus, Schizophrenie und Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS; Vijayakumar & Jotheeswaran, 2010). Krysinska und Lester (2010) zeigten, dass PTBS signifikant mit Suizididealisierung und Suizidversuchen zusammenhängt. Auch bei Flüchtlingen zeigt sich dieser Zusammenhang. In Österreich sind diesbezüglich keine Daten bekannt, in Deutschland aber leiden 40-50% der Flüchtlinge unter PTBS, 50% unter Depressionen, was oft komorbid auftritt. Von denen, welche an PTBS litten, hatten bereits 40% Suizidgedanken oder einen Suizidversuch hinter sich (Bundespsychotherapeutenkammer, 2015).

### **1.4.2 Suizid und Religion**

Ein protektiver Faktor bzgl. Suizidalität ist Religion (Lawrence, Oquendo, & Stanley, 2015), allerdings gibt es zwischen verschiedenen Konfessionen unterschiedliche Ansichten hinsichtlich Suizid.

Die zwei größten Weltreligionen sind das Christentum und der Islam. Der Islam ist etwa 600 Jahre nach dem Christentum entstanden und ist bis dato die jüngste Weltreligion (Spuler-Stegemann, 2017). Die Reformation des Christentums im 16./17. Jahrhundert gilt als Erneuerungsbewegung der Kirche. Um 1700 setzte in Europa die geistesgeschichtliche Epoche der Aufklärung ein, welche Vernunft und Wissenschaft mehr in den Fokus rückte und in Folge dessen Religion, Gesellschaft und Politik eher als getrennt betrachtet wurden (Schulze, 1996). Das löste im Christentum viel Veränderung aus und somit fand eine Modernisierung und Loslösung der strengen Bibeltreue statt. Im Islam fand eine vergleichbare Aufklärung nicht statt, zumindest sei diese nach Schulze (1996) eher lokal zu sehen und weniger im Islam im Allgemeinen.

Vergleicht man das Christentum mit dem Islam innerhalb Europas, so gibt es laut Koopmans (2013) für etwa die Hälfte der MuslimInnen in Europa nur eine gültige Auslegung des Korans. Zudem sehen sie weltliche Gesetze als weniger wichtig an als religiöse. Der Autor fasst zusammen, dass unter MuslimInnen der religiöse Fundamentalismus verbreiteter ist als unter ChristInnen.

In den meisten Religionen wird Suizid laut heiligen Schriften als Sünde deklariert (Gearing & Lizardi, 2009). So wird etwa laut Koran dem, der Suizid begeht, von Allah das Paradies verwehrt (Khan, 1971). In der Bibel gibt es keine klare Aussage bezüglich Suizid und dessen Konsequenzen, obwohl z.B. das fünfte Gebot "Du sollst nicht töten" eigentlich Suizid einschließt. Dennoch bietet die Bibel eine freiere Interpretation als der Koran (Spuler-Stegemann, 2017). Dies ist eine mögliche Erklärung dafür, dass in muslimisch geprägten

Ländern die Suizidrate geringer ist als in Ländern mit anderen vorherrschenden Religionen. So gibt es einen negativen Zusammenhang zwischen den Anteilen an Muslimen in einem Land und der dortigen Suizidrate (Shah & Chandia, 2010). In Syrien etwa, wo der Anteil an Muslimen bei 88 % liegt, ist wie oben bereits erwähnt die Suizidrate bei 1.9 per 100.000 Menschen im Jahr 2016, verglichen mit 15.6 in Österreich. Pritchard und Amanullah (2007) argumentieren allerdings, dass womöglich eine hohe Dunkelziffer existiert bzw. Suizide als Unfälle oder andere externe Gründe getarnt werden. Gerade weil Suizid im Islam verpönt ist und in vielen muslimischen Ländern unter Strafe steht.

Religion und v.a. Religiosität im Allgemeinen stellen eine entscheidende protektive Rolle bezüglich Suizid dar (Lawrence et al., 2015). Laut Van Praag (2009) sind drei Faktoren dafür verantwortlich: soziale Faktoren in Form von Einbettung in eine Glaubensgemeinschaft, ethische Aspekte, da man laut der meisten Religionen keinen Suizid begehen soll, sowie Furcht vor Gott. Die Häufigkeit des Kirchgangs steht z.B. auch in negativem Zusammenhang mit depressiven Symptomen, welche wiederum Einfluss auf Suizidalität haben (Braam et al., 2001). Doch umso mehr spielen intrinsische Faktoren, welche den inneren Glauben und das persönliche religiöse Innenleben meinen, eine große Rolle. Diese intrinsische Religiosität korreliert ebenfalls negativ mit Depressionsrisiko (Miller, Warner, Wickramaratne, & Weissman, 1999). Eskin (2004) beschrieb religiöse Überzeugungen als lebenserhaltend, da sie in schwierigen Zeiten vor Suizid schützen.

### **1.4.3 Einstellung zu Suizid und gegenüber einer suizidgefährdeten Person**

Die Einbettung in ein soziales Umfeld und Unterstützung durch dieses gilt als wichtiger protektiver Faktor für Suizid (Kleiman, Riskind, & Schaefer, 2014). Auch deshalb macht es einen Unterschied, welche Einstellung gegenüber Suizid und auch gegenüber suizidalen Personen dominiert, da das großen Einfluss auf das Verhalten gegenüber suizidalen Personen und somit auch die soziale Unterstützung hat (Eskin et al., 2016).

Bezüglich der Einstellung gegenüber Suizidalität spielt Religion wieder eine wichtige Rolle. Eskin (2004) fand heraus, dass SchülerInnen in religiösen Schulsystemen signifikant weniger offen gegenüber Suizid sind als SchülerInnen in säkularen Schulsystemen. Offenheit gegenüber Suizidalität wiederum interagiert positiv mit suizidalem Verhalten wie Suizidgedanken, Suizidversuchen und tatsächlichem Suizid.

Eine weitere Studie verglich Einstellung zu Suizid von SüdkoreanerInnen mit AmerikanerInnen, in Hinblick auf die Suizidrate in den Ländern. In Südkorea lag die Suizidrate 2013 bei 33.5 per 100.000, verglichen mit 12 per 100.000 in den Vereinigten Staaten von Amerika, also eine deutlich höhere Suizidrate in Südkorea. Die Ergebnisse

zeigten, dass SüdkoreanerInnen Suizidalität signifikant mehr akzeptierten als AmerikanerInnen (Kim & Park, 2014).

Eine Erklärung, warum Offenheit gegenüber Suizid positiv mit Suizidraten in Ländern korreliert, liefert die *Stigma-Hypothese* (Eskin, Voracek, Stieger, & Altinyazar, 2011). Diese besagt, dass Menschen in Ländern mit höherer Offenheit gegenüber Suizid in Krisensituationen auch schneller an Suizid denken und diesen in Betracht ziehen, sowie offener darüber kommunizieren. In Ländern mit geringer Offenheit gegenüber Suizid allerdings, wo psychische Beschwerden und Suizidalität stigmatisiert werden, werden eher Zurückweisung und Isolation erfahren und Suizid somit auch weniger in Betracht gezogen.

In einer großangelegten Studie in 12 Ländern von Eskin et al. (2016) wurde sowohl die Einstellung zu Suizid als auch zu suizidalen Menschen erhoben. Auch hier fand sich die geringste Suizidakzeptanz in muslimischen Ländern. In vier der fünf Ländern, welche die höchste Suizidakzeptanz aufwiesen, war auch die Suizidrate bzw. Rate an Suizidversuchen am höchsten verglichen mit den anderen Ländern. Bezogen auf die Einstellung gegenüber einer suizidgefährdeten Person zeigten sich in Ländern mit höherer Suizidrate bzw. Suizidversuchsrate die geringsten Werte bezüglich Akzeptanz, Hilfe für eine suizidale Person und emotionaler Involvierung. Insgesamt korreliert die Einstellung zu Suizid negativ mit der Einstellung gegenüber einer suizidgefährdeten Person. Dies bedeutet, dass Menschen, welche offener gegenüber Suizid sind, suizidgefährdete Personen weniger akzeptieren und weniger gewillt sind, diesen zu helfen.

#### **1.4.4 Laientheorien über die Ursachen von Suizid**

Gründe für Suizidalität sind, wie oben näher erläutert, vielseitig. Doch welche Ursachen schreibt die Allgemeinbevölkerung Suizid zu und wie unterscheiden sich unterschiedliche Kulturgruppen und Schichten in dieser Ursachenzuschreibung? Lester und Bean (1992) entwickelten diesbezüglich ein Instrument, welches drei Dimensionen erfasst: intrapsychische (z.B. Depression), interpersonelle (z.B. Scheidung) und soziale Ursachen (z.B. Diskriminierung) für Suizid. Diese Skala wurde in einigen Artikeln verwendet, um Gruppen hinsichtlich der Ursachenzuschreibung für Suizid zu vergleichen. In einer Studie etwa wurden türkische mit amerikanischen StudentInnen verglichen, zwei unterschiedlich religiös geprägte Kulturen (muslimisch und christlich). Es fanden sich signifikante Unterschiede, wobei türkische StudentInnen verglichen mit amerikanischen StudentInnen interpersonelle Ursachen als weniger wichtig ansahen, soziale Ursachen dagegen als wichtiger. Bezüglich der intrapsychischen Ursachen gab es keine Unterschiede. In beiden Gruppen gab es aber einen positiven Zusammenhang zwischen Religiosität und

intrapyschischer Ursachenzuschreibung (Vatan, Gençöz, Walker, & Lester, 2010). Auch in einer Studie mit österreichischen StudentInnen konnte dieser Zusammenhang gefunden werden (Voracek, Loibl, & Lester, 2007). Eine weitere Studie von Walker, Lester und Joe (2006) verglich AfroamerikanerInnen mit Europäischen AmerikanerInnen. Die Ergebnisse zeigten, dass AfroamerikanerInnen Suizid weniger interpersonellen Ursachen zuschrieben als Europäische AmerikanerInnen, allerdings eher intrapsychische und soziale Gründe annahmen. Diese Ergebnisse legen nahe, dass Kultur, sowie damit zusammenhängende Faktoren wie Religion, einen Einfluss auf die Ursachenzuschreibung für Suizid hat.

#### **1.4.5 Genetische Faktoren von Suizid**

Neben den bereits genannten Einflussfaktoren auf suizidales Verhalten können auch genetische Faktoren einen entscheidenden Einfluss auf suizidales Verhalten haben. In mehreren Studien wurden positive Zusammenhänge zwischen genetischer Ähnlichkeit und Suizidverhalten gefunden. Etwa in Familien-, Zwillings-, oder Adoptionsstudien. In einer Meta-Analyse zeigte Voracek (2007), dass in biologischen Familien von suizidalen, schizophrenen oder psychisch kranken Adoptivkindern signifikant häufiger Suizid vorkommt, als in deren Adoptivfamilie bzw. bei gesunden, nicht suizidalen Adoptivkindern und deren biologischen Familien. Hier sei allerdings zu erwähnen, dass die Ergebnisse auch psychische Erkrankungen miteinbeziehen. Unabhängig von der Vererbung psychiatrischer Erkrankungen, konnten Voracek und Loibl (2007) in einem systematischen Review mit 32 Studien aus 13 Ländern zeigen, dass eineiige Zwillinge deutlich kongruentere Suizidraten aufweisen als zweieiige Zwillinge. Der Einfluss genetischer Faktoren auf suizidales Verhalten sei hier 30-55%.

Wie diese Studien zeigen, gibt es einen Zusammenhang zwischen Genetik und Suizidalität. Bei der Betrachtung unterschiedlicher Regionen, sind auch divergente Häufungen an Genen zu finden (Cavalli-Sforza, Menozzi, & Piazza, 1994; Menozzi, Piazza, & Cavalli-Sforza, 1978). Naheliegend ist somit folglich, dass es in unterschiedlichen Regionen auch unterschiedliche Suizidraten gibt, abhängig von den genetischen Häufungen. Dies zeigt insbesondere die sog. *Finno-Ugrian suicide hypothesis*. Diese besagt, dass bestimmte Genhäufungen unter finno-ugrischen Ethnien, in diesem Fall geographisch bezogen auf Osteuropa von Finnland bis Österreich, mit einer höheren Suizidrate einhergehen (Voracek, Loibl, & Kandrychyn, 2007; Voracek, Vintila, & Muranyi, 2007).

Auch die bereits erwähnten migrant studies zeigen den Einfluss der Genetik auf Suizidalität. So scheinen MigrantInnen das Suizidrisiko ihres Heimatlandes im Migrationsland beizubehalten (Voracek & Loibl, 2007). Diese Effekte seien laut der

AutorInnen auch in der zweiten Generation der MigrantInnen noch messbar und unabhängig von der Größe der MigrantInnengruppe. Bei einer Studie mit MigrantInnen aus 22 Ländern in Österreich konnten diese Ergebnisse ebenfalls bestätigt werden. So hatten z.B. TürkInnen (bzw. JapanerInnen) in Österreich die geringste (bzw. höchste) Suizidrate, entsprechend der Suizidrate der jeweiligen Heimatländer (Voracek et al., 2009).

Bezüglich der Annahmen der Allgemeinbevölkerung über diese genetischen Komponenten, welche eine Rolle bzgl. Suizidalität spielen, wurde eine kulturvergleichende Studie zwischen Kanada und Österreich durchgeführt. Hier fanden sich allerdings keine Unterschiede hinsichtlich der Annahmen über genetische Komponenten von Suizid zwischen den Kulturen, trotz unterschiedlicher Suizidraten in den Ländern (Voracek, Fisher, Loibl, Tan, & Sonneck, 2008). Auch in vielen der bisherigen Diplomarbeiten, welche dasselbe Thema untersucht haben wie die vorliegende Studie, fanden sich keine Unterschiede zwischen den Kulturen (Demean-Dumulesc, 2014; Éger, 2014; Fink, 2013; Mikulic, 2014; Svedova, 2013).

#### **1.4.6 Bereitschaft zur Inanspruchnahme professioneller psychologischer Hilfe**

Aufgrund des starken Einflusses von psychischen Störungen auf Suizidalität sind Diagnose und Therapie suizidalen Verhaltens ein wesentlicher Faktor in der Suizidprävention (Innamorati et al., 2012). Notwendig für diese Hilfe in Form von Therapie ist auch vorerst die Bereitschaft professionelle psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen (Mann et al., 2005).

Laut einer Studie in Australien haben Suizidgedanken allerdings einen negativen Einfluss auf hilfesuchendes Verhalten (Deane, Wilson, & Ciarrochi, 2001). So präferierten junge Menschen mit psychischen Problemen wie Depression oder Angststörungen ihre Probleme eher für sich zu behalten und professionelle Hilfe abzulehnen (Gould et al., 2004; Rickwood, Deane, Wilson, & Ciarrochi, 2005).

Wie in vielen Studien gezeigt werden konnte, hat das Geschlecht einen signifikanten Einfluss auf die Inanspruchnahme professioneller psychologischer Hilfe. Demnach sind Frauen offener als Männer (Fischer & Turner, 1970; Leong & Zachar, 1999; Ang, Lim, Tan, & Yau, 2004; Nam et al., 2010). Sheikh und Furnham (2000) fanden neben diesem Geschlechtereffekt heraus, dass auch Bildungsniveau und Religion einen Einfluss auf professionelle Hilfesuche haben. So sind Menschen mit niedrigerem Bildungsniveau diesbezüglich weniger offen, verglichen mit Menschen mit höherem Bildungsabschluss. Bezüglich der Religion fanden sie heraus, dass MuslimInnen eine weniger positive Einstellung gegenüber Inanspruchnahme professioneller Hilfe hatten als z.B. ChristInnen, während sich Menschen ohne Religionszugehörigkeit demgegenüber am offensten zeigten. Hatfield, Mohamad, Rahim und Tanweer (1996) zeigten ähnliche Ergebnisse. Laut diesen

nutzten MuslimInnen eher das Gebet als Hilfe für psychische Störungen. Dieses Ergebnis konnte auch in arabischen Ländern bestätigt werden, in denen TeilnehmerInnen angaben, in Zeiten psychischen Stresses zu Gott zu beten (Al-Krenawi, Graham, Dean, & Eltaiba, 2004).

Bezüglich verschiedener kultureller Hintergründe fanden die AutorInnen keine signifikanten Unterschiede (Sheikh & Furnham, 2000).

Ebenso hängt die Bereitschaft zur Inanspruchnahme professioneller Hilfe mit dem wahrgenommenen Zugang dazu zusammen. Gibt es beispielsweise keine Einrichtungen dieser Art im Umkreis, sinkt die Bereitschaft diese in Anspruch zu nehmen (Sheffield, Fiorenza, & Sofronoff, 2004; Fung & Wong, 2007).

### **1.5 Hypothesenformulierung**

Religion spielt in Syrien sowohl sozial als auch politisch eine wichtige Rolle. Österreich ist im Gegensatz zu Syrien ein christliches Land, wobei allerdings in Wien nach einer Volkszählung 2001 rund 398.000 Menschen ohne Bekenntnis lebten (Statistik Austria, 2007), laut Schätzungen sind es jetzt noch mehr. In Syrien ist konfessionslos zu sein gesellschaftlich wenig akzeptiert. Daher lautet Hypothese 1: *Es gibt einen Unterschied hinsichtlich der Religiosität und der Häufigkeit des Kirchgangs/Moscheebesuchs zwischen syrischen ImmigrantInnen in Österreich und SyrerInnen in Syrien.*

Die Einstellung gegenüber Suizid hängt mit Faktoren wie Suizidrate im Umfeld und Religiosität zusammen. In Syrien ist die Suizidrate verglichen mit Österreich um das etwa achtfache niedriger und wie oben beschrieben ist Religion ein zentraler Faktor in Syriens Gesellschaft und Politik. Da die Einstellung gegenüber Suizid mit Suizidrate und Religiosität direkt zusammenhängt, lautet Hypothese 2: *ImmigrantInnen in Österreich haben eine liberalere und positivere Einstellung zu Suizid als Menschen in Syrien.*

Islam und Christentum unterscheiden sich hinsichtlich des Denkens im Sinne von weltlichen und religiösen Gedanken. Nicht nur in Syrien, in muslimischen Ländern generell, sind die Suizidraten verglichen mit anderen Ländern sehr gering, weshalb es naheliegend ist, dass es auch einen Unterschied hinsichtlich der Konfessionen bezüglich der Einstellung gegenüber Suizid gibt. Darauf basierend entsteht Hypothese 2.1: *Es gibt einen Unterschied bzgl. der Akzeptanz von Suizid zwischen Islam und Christentum.* Aufgrund dieser Erläuterungen wird auch Hypothese 3 formuliert: *Es besteht ein negativer Zusammenhang zwischen Religiosität und der Offenheit gegenüber Suizid.*

Basierend auf den oben beschriebenen Ergebnissen, gibt es einen negativen Zusammenhang zwischen der Einstellung zu Suizid und der Einstellung gegenüber einem suizidgefährdeten Freund/einer suizidgefährdeten Freundin. Da bspw. bei StudentInnen aus

nicht-säkularen Bildungseinrichtungen eine positivere Einstellung gegenüber einem suizidalen Freund/einer suizidalen Freundin zeigten und in Syrien Religion und Religiosität eine bedeutende Rolle spielt, lautet Hypothese 4: *SyrerInnen haben eine positivere Einstellung gegenüber einem suizidgefährdeten Freund/einer suizidgefährdeten Freundin als syrische MigrantInnen in Österreich.*

Da, wie oben dargelegt wurde, drei unterschiedliche Ursachenzuschreibungen zu Suizid angenommen werden und in kulturvergleichenden Studien stets Unterschiede gefunden wurden, sowie intrapsychische Ursachenzuschreibung z.B. positiv mit Religiosität korreliert, kann angenommen werden, dass es einen Unterschied zwischen den Gruppen gibt. Daher wird Hypothese 5 wie folgt formuliert: *Syrische ImmigrantInnen unterscheiden sich im Glauben an Ursachen für Suizid von SyrerInnen in Syrien.*

Faktoren wie Zugang zu professionellen psychologischen Hilfsangeboten und Religiosität beeinflussen die Bereitschaft professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen. Da es in Syrien wenige TherapeutInnen und psychosoziale Einrichtungen gibt und die Religion eine wichtige Rolle spielt, lautet Hypothese 6: *Es gibt einen Unterschied zwischen SyrerInnen in Syrien und syrischen ImmigrantInnen in Österreich bezüglich der Bereitschaft professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen.* Damit einher geht direkt Hypothese 7: *Es besteht ein Zusammenhang zwischen Religiosität und der Bereitschaft professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen.*

Bisherige Studien zeigten keine Kulturunterschiede hinsichtlich der genetischen Ursachenzuschreibung von Suizidalität, woraus Hypothese 8 entsteht: *Es gibt keinen Unterschied bezüglich der Annahmen genetischer Ursachen von Suizidalität zwischen den Gruppen.*

## **Methoden**

### **2.1 Ausschlusskriterien**

Als Einschlusskriterium galt das Herkunftsland Syrien. Das Geburtsland wurde hier nicht beachtet, da davon ausgegangen wurde, dass insbesondere das so definierte Herkunftsland kulturell geprägt hat. Des Weiteren wurden nur Flüchtlinge in die Studie eingeschlossen, was mit einer Kontrollfrage garantiert wurde. Da der Hauptanteil der in Österreich lebenden SyrerInnen während der Flüchtlingswelle ab 2015 nach Österreich gekommen ist und Kriegs- bzw. Fluchterfahrungen möglicherweise einen Einfluss auf die Einstellungen haben, sollte hierdurch eine gewisse Homogenität gewährleistet werden.

## 2.2 Datenerhebung

Sowohl in Österreich, als auch in Syrien, fand die Erhebung in Papier-Bleistift-Form statt. In Österreich fand die Erhebung zwischen November 2018 und März 2019 ausschließlich in Wien statt. Die arabischen Fragebögen wurden einerseits mittels Schneeballsystem im Freundes- und Bekanntenkreis verteilt, andererseits über KursleiterInnen des Arbeitsmarktservice (AMS) und direkt bei Deutsch- und Integrationskursen der Caritas. Ebenfalls wurden bei syrischen Geschäften Fragebögen verteilt. Es war stets ein Übersetzer anwesend, um etwaige Fragen zu Hintergrund und Zweck der Studie klären zu können, da großes Misstrauen gegenüber Befragungen herrschte.

In Syrien fand die Erhebung zwischen November 2018 und Januar 2019 statt, hauptsächlich in Homs, Damaskus und Umgebung. Ein in Syrien lebender Bekannter der Autorin hat die Fragebögen mittels Schneeballsystem in seinem Freundes- und Bekanntenkreis verteilt. Da aufgrund des Bürgerkriegs derzeit schwere Lebensbedingungen herrschen, war es sehr kompliziert TeilnehmerInnen zu finden, welche sich Zeit für die Umfrage nehmen wollten und konnten. Der Bekannte holte sich somit wiederum Hilfe im Freundeskreis, welche einen Großteil der Fragebögen verteilten und dann an den Bekannten zurückgaben. Anschließend gab er die Antworten in elektronische Fragebögen per pdf ein und schickte diese online nach Österreich, da postalische Zustellung aufgrund des Bürgerkriegs in Syrien zu riskant gewesen wäre. Somit gibt es keine vollständigen Informationen z.B. an welchen Orten genau die Akquirierung stattfand, oder unter welchen Umständen.

## 2.3 Übersetzung des Fragebogens

Die deutsche Version des Fragebogens wurde mit Hilfe der *parallel blind technique* (Behling & Law, 2000) übersetzt. Hierfür übersetzten zwei arabische Muttersprachler unabhängig voneinander den Fragebogen. Die Übersetzer leben seit vielen Jahren in Österreich, sprechen und schreiben fließend Deutsch und haben bereits diverse Ausbildungen auf Deutsch absolviert. Die zwei Versionen wurden dann miteinander verglichen und in eine endgültige Lösung integriert. Bei der Übersetzung wurde darauf geachtet, Verständlichkeit zu gewährleisten. Viele direkte Übersetzungen hätten laut den Übersetzern nur sehr gebildete TeilnehmerInnen verstanden, weshalb versucht wurde diese auf ein allgemein verständliches Niveau anzupassen, wobei Struktur und Sinn an sich nicht verändert wurden. So wurden beispielsweise einige Wörter aus dem syrischen Dialekt verwendet und nicht dem Hocharabischen. Negativ formulierte Fragen wurden auch so übernommen.

## 2.4 Aufbau des Fragebogens

Der Fragebogen bestand aus acht Seiten und wurde beiden Gruppen auf Arabisch vorgelegt. Die erste Seite enthielt eine Erklärung des Zwecks der vorliegenden Studie, eine Anleitung zur Durchführung, sowie die Zusicherung der Anonymität. Des Weiteren war eine extra für die Studie angelegte Mailadresse angegeben, falls TeilnehmerInnen Fragen oder Anmerkungen hatten. Daraufhin folgten die sechs verwendeten Verfahren, die im Folgenden näher beschrieben werden. Die Auswahl der Fragebögen wurde von den bisher durchgeführten Diplomarbeiten bezüglich des gleichen Themas übernommen um Vergleichbarkeit zu gewährleisten.

Am Ende des Fragebogens wurden noch soziodemographische Daten abgefragt, auf welche ebenfalls im Folgenden genauer eingegangen wird.

### 2.4.1 Meinungen und Einstellung zu Suizid

Die *Attitude Towards Suicide Scale - ATTS* wurde von Eskin (2004) erstellt und umfasst 24 Items zum Thema Meinungen und Einstellung zu Suizid. Eskin et al. (2011) extrahierte anhand einer explorativen Faktorenanalyse der 24 Items insgesamt sieben Faktoren, welche 73.4% der gesamten Varianz erklärten. Diese Faktoren sind:

- Glaube an Bestrafung nach dem Tod
- Akzeptanz von Suizid
- Suizid als Zeichen psychischer Erkrankung
- Mitteilen psychischer Probleme
- Verstecken suizidalen Verhaltens
- Suizid als Lösung
- die offene Berichterstattung und Diskussion über Suizid.

Diese Version wurde auch in der vorliegenden Studie übernommen. Antworten wurden auf einer 5-stufigen Skala vorgegeben, von *stimme gar nicht zu* bis *stimme vollkommen zu*. Die Antworten wurden mit den Zahlen von 1 bis 5 kodiert, wobei hohe Zahlen für hohe Zustimmung stehen und vice versa. Für die Auswertung wurde für jede Subskala ein Summenscore gebildet.

### 2.4.2 Verhalten gegenüber einem vorgestellten suizidgefährdeten Freund

Die *Reactions to an Imagines Suicidal Friend – RISF* wurde ebenfalls von Eskin (1999) entwickelt und misst Reaktionen und Verhalten gegenüber einem vorgestellten suizidgefährdeten Freund/einer suizidgefährdeten Freundin. In einer Validierungsstudie von Eskin et al. (2011) konnten anhand von österreichischen und türkischen Medizinstudierender

5 Faktoren extrahiert werden, welche insgesamt 61.3 % der Varianz erklärten. Diese Faktoren sind:

- Soziale Akzeptanz
- Emotionale Beteiligung
- Hilfe für den/die suizidale/n Freund/Freundin
- Ablehnung der Bekanntgabe einer Suizidgefährdung
- Genaues Ermitteln des suizidalen Verhaltens

Die Skala enthält 20 Items, welche anhand einer 5-stufigen Skala beantwortet und mit den Zahlen 1-5 kodiert wurden. Niedrige Zahlen standen hier für geringe Zustimmung. Für die Auswertung wurde für jede Subskala ein Summenscore gebildet.

#### **2.4.3 Glaube an Ursachen von Suizid**

Die *Attribution of Causes to Suicide Scale – ACCS* wurde von Lester und Bean (1992) entwickelt und erfasst die Ursachenzuschreibung zu Suizid anhand von drei Skalen:

- Intrapsychische Ursachen
- Interpersonelle Ursachen
- Soziale Ursachen

Mit sechs Items pro Subskala gab es insgesamt 18 Items, welche auf einer 6-stufigen Likert-Skala erhoben wurden. Die Antwortmöglichkeiten reichten von 1 = *stimme überhaupt nicht zu* bis 6 = *stimme stark zu*. Die Antworten wurden mit 1-6 kodiert, wobei niedrige Zahlen für Ablehnung der Aussagen standen. Für die Auswertung wurde für jede Subskala ein Summenscore gebildet.

#### **2.4.4 Religiöse und spirituelle Einstellungen**

Das Instrument *System of Belief Inventory – SBI – 15R-D* wurde von Holland et al. (1998) erstmals konstruiert und schließlich von Albani et al. (2002) in einer deutschen Version validiert. Der Fragebogen erfasst religiöse und spirituelle Einstellungen unabhängig von der Religionszugehörigkeit. Die zwei extrahierten Subskalen, *religiöse Überzeugungen und Praktiken* (10 Items), sowie *soziale Unterstützung in der Glaubensgemeinschaft* (5 Items), erklären insgesamt 80.9 % der Varianz. Der SBI-15R-D besteht aus 15 Items, welche auf einer 4-stufigen Likert-Skala bewertet werden sollten, von *trifft gar nicht zu* bis *trifft vollständig zu*. Kodiert wurden die Antworten mit Werten von 1-4, wobei niedrige Werte für Ablehnung der Aussagen standen. Für die Auswertung wurde für jede Subskala ein Summenscore gebildet.

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

Die *Beliefs in the Inheritance of Risk Factors for Suicide Scale – BIRFSS* wurde von Voracek, Loibl und Sonneck (2007) entwickelt und erfasst als erste Skala dieser Art den Glauben daran, ob genetische Faktoren einen Einfluss auf suizidales Verhalten haben. Die Skala enthält 22 Items, welche sich auf verschiedene Themenfelder beziehen. Diese sind:

- Familien-Studien (5 Items)
- Geographische Studien (4 Items)
- Zwillings-Studien (4 Items)
- Adoptions-Studien (2 Items)
- ImmigrantInnen-Studien (2 Items)
- Nachnamen-Studien (2 Items)
- Molekulargenetische Studien (1 Item)
- Allgemeine Aussagen (2 Items)

Die Items konnten mit *falsch* bzw. *wahr* bewertet werden und wurden mit 0 bzw. 1 kodiert. Insgesamt waren 16 der 22 Aussagen tatsächlich richtig, die restlichen Aussagen waren falsch und wurden demnach umkodiert. Für die Auswertung wurde ein Summenscore über den gesamten Fragebogen gebildet, welcher folglich zwischen 0 und 22 erreichen konnte.

### 2.4.6 Bereitschaft professionelle psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen

Die *Attitudes Towards Seeking Professional Psychological Help Scale - ATSPPH* wurde ursprünglich von Fischer und Turner (1970) erstellt und erfasst die Bereitschaft professionelle psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen. Die AutorInnen Ang, Lau, Tan und Lim (2007) verkürzten die Skala von zehn auf neun Items, woraus eine verkürzte Fassung (short form – SF) entstand, die ATSPPH-SF, welche auch in der vorliegenden Studie verwendet wurde. Antworten wurden mit Hilfe einer 4-stufigen Likert-Skala erhoben, von *stimme gar nicht zu* bis *stimme völlig zu*. Kodiert wurden die Items von 1-4, wobei kleine Werte für niedrige Zustimmung standen. Für die Auswertung wurde ein Summenscore über die gesamte Skala gebildet.

## 2.5 Demographische Daten

Es wurden die demographischen Daten *Geschlecht, Alter, höchste abgeschlossene Schulbildung, Häufigkeit des Moschee- bzw. Kirchgangs, Religiosität, Konfession, Geburts- und Heimatland*, sowie *derzeitiger Wohnort* abgefragt. In der Version für SyrerInnen in Österreich wurde außerdem eruiert, ob diese als *Flüchtlinge* nach Österreich kamen und deren

*Aufenthaltsdauer* abgefragt. Zudem wurde das *höchste abgeschlossene Deutschniveau* und die *Herkunft des Freundeskreises* erhoben.

Bei der Variable *höchste abgeschlossene Schulbildung* wurden Pflichtschule, Lehre, Matura und Universität/Fachhochschule auf syrische Verhältnisse übertragen und dementsprechend als Auswahlmöglichkeiten geboten. Zusätzlich gab es die Möglichkeit bei Anderes einen sonstigen Abschluss einzutragen. Die Kodierung erfolgte hier von 1 (= Pflichtschule) bis 4 (= Universität).

Bei *Häufigkeit des Moschee- bzw. Kirchgangs* hatten die TeilnehmerInnen folgende Antwortmöglichkeiten zur Auswahl: gar nicht, einmal im Jahr, nur zu besonderen Anlässen (Islamisches Opferfest, Weihnachten, etc.), ein paar Mal im Jahr, einmal im Monat, einmal pro Woche und mehrmals pro Woche. Kodiert wurde hier von 0 (= gar nicht) bis 6 (= mehrmals pro Woche).

*Religiosität* wurde auf einer Skala von 1 bis 6 erhoben, welche auch so kodiert wurde, wobei 1 wenig religiös entsprach.

Bei der Variable *Konfession* wurden Islam und Christentum zur Auswahl angeboten, sowie ein freies Feld, wo andere Konfessionen eingetragen werden konnten. Auf eine weitere Einteilung des Islam in bspw. sunnitisch und schiitisch, wurde auf Anraten Einheimischer verzichtet, da das als respektlos aufgefasst werden könnte. Kodiert wurde mit 1 (= Islam) und 2 (= Christentum).

Bei der Variable *Geburts- bzw. Heimatland* konnten TeilnehmerInnen händisch ihre Antworten eintragen. Das Heimatland galt als wichtiges Ausschlusskriterium, weshalb nur TeilnehmerInnen eingeschlossen wurden, welche Syrien als Heimatland angaben.

*Derzeitiger Wohnort* wurde in Österreich nur mit Österreich (= 1) und Anderer (= 3) erhoben, bzw. in Syrien mit Syrien (= 2) und Anderer (= 3), wobei TeilnehmerInnen, welche Anderer als Wohnort angegeben haben, aus der Studie ausgeschlossen wurden.

Bei der erhobenen Stichprobe in Österreich wurde zudem erfragt, ob diese als *Flüchtlinge* nach Österreich kamen (1= ja, 2= nein), wobei nur Flüchtlinge eingeschlossen wurden. Ebenso wurde die *Aufenthaltsdauer* (entsprechend des Datums des Asylantrags) in Österreich erhoben. Des Weiteren wurde erfragt, welches abgeschlossene *Deutschniveau* die TeilnehmerInnen besaßen, mit den Antwortmöglichkeiten A1, A2, B1, B2 und keine Deutschkenntnisse. Da Flüchtlinge in Österreich zu Deutschkursen verpflichtet werden, sind diesen die Stufen laut Europäischem Referenzrahmen bekannt. Zudem wurde noch der *Freundeskreis* erhoben. Hier wurde gefragt, ob dieser hauptsächlich aus Menschen aus dem

Heimatland (= 1), hauptsächlich aus Menschen aus Österreich (= 2) oder aus beiden zu gleichen Teilen bestand (= 3).

## **2.6 Auswertung**

Die statistische Auswertung erfolgte mit Version 25 von IBM SPSS Statistics (2017). Die demographischen Daten wurden hinsichtlich Mittelwert und Standardabweichung ausgewertet. Unterschiede zwischen den Gruppen syrische ImmigrantInnen und SyrerInnen wurden auf der Variable Geschlecht, Konfession und Bildungsgrad m. H. eines Chi-Quadrat-Homogenitätstests, bzw. das Alter mittels t-Test, auf Signifikanz untersucht. Die Reliabilitätsprüfung der einzelnen Skalen (ATTS, RISF, BIRFSS, SBI-15R-D, ACCS und ATSPPH-SF) erfolgte mittels Cronbach's Alpha, sowohl für syrische ImmigrantInnen als auch für SyrerInnen in Syrien.

Zum Vergleich der zwei Stichproben wurden multivariate Varianzanalysen (MANOVAs), sowie univariate Varianzanalysen (ANOVAs) gerechnet. Unabhängige Variablen waren Geschlecht, Wohnort und Konfession. Überprüft wurden die Voraussetzungen für ANOVA und MANOVA mittels Balkendiagrammen zur Überprüfung der Normalverteilung, Levene-Test zur Prüfung der Varianzhomogenität und Box's Test zwecks Homogenität der Varianz-Kovarianz-Matrizen. Auch bei Verletzung dieser Voraussetzungen wurden die Varianzanalysen gerechnet, da diese bei ausreichend großen Stichproben als robuste Verfahren gelten (Finch, 2005).

Des Weiteren wurden zur Überprüfung von Zusammenhängen Produkt-Moment-Korrelationen nach Pearson gerechnet.

Das Signifikanzniveau wurde auf  $p < .05$  (2-seitig) festgelegt. Zusätzlich wurde die jeweilige Effektstärke angegeben, um die Relevanz der Ergebnisse interpretieren zu können und mit anderen Studien vergleichbar zu machen (Field, 2013, S. 79). Laut Cohen (1988) gilt .01 als kleiner Effekt, .06 als mittlerer und .14 als großer Effekt.

## **Ergebnisse**

### **3.1 Rücklaufquote der Fragebögen**

In Syrien betrug die Rücklaufquote der ausgeteilten Fragebögen 92.3 %. Von 130 ausgeteilten Fragebögen wurden 120 retourniert. Von diesen 120 Fragebögen musste keiner ausgeschlossen werden.

In Österreich betrug die Rücklaufquote 41.2 %. Von 250 Fragebögen wurden 103 retourniert. Von diesen mussten allerdings 14 ausgeschlossen werden, da die TeilnehmerInnen entweder Syrien nicht als Heimatland angaben, mehrere Seiten nicht ausgefüllt waren, oder sie nicht als Flüchtlinge nach Österreich kamen.

### 3.2 Stichprobengröße und soziodemographische Daten

Die soziodemographischen Daten werden in Tabelle 1 dargestellt. Die Stichprobe besteht insgesamt aus 209 Personen. 120 sind SyrerInnen, welche noch in Syrien leben (57.4%), die übrigen 89 sind syrische ImmigrantInnen, welche in Österreich leben (42.6%). Insgesamt haben 136 Männer (65.1%) teilgenommen, davon 70 in Österreich und 66 in Syrien. Von 73 teilnehmenden Frauen (34.9%) haben 19 in Österreich und 54 in Syrien teilgenommen. Hinsichtlich des Geschlechts sind die Gruppen signifikant verschieden ( $\chi^2(1) = 12.58, p < .001$ ). Das Durchschnittsalter der Gesamtstichprobe beträgt 33.39 Jahre ( $SD = 13.59$ ), in Österreich 27.36 ( $SD = 9.53$ ) und in Syrien 37.77 ( $SD = 14.43$ ) Jahre. Die Gruppen unterscheiden sich signifikant voneinander ( $t(205) = -5.86, p < .001$ ).

Insgesamt gaben 126 TeilnehmerInnen an dem Islam anzugehören (60.2%), davon 77 in Österreich und 49 in Syrien. 75 TeilnehmerInnen gehörten dem Christentum an (35.9%), davon 5 in Österreich und 70 in Syrien. 8 gaben an, anderen Konfessionen anzugehören (3.9%), davon 7 in Österreich und 1 in Syrien. Auch hier sind die Gruppen unterschiedlich ( $\chi^2(1) = 58.39, p < .001$ ).

Bei der Frage nach dem höchsten abgeschlossenen Bildungsabschluss zeigte sich, dass 78.3% der SyrerInnen in Syrien mindestens Matura haben, während es in Österreich 50% sind. 10% der SyrerInnen in Syrien absolvierten nur die Pflichtschule, während es in Österreich 32.2% sind. Die Gruppen unterscheiden sich auch diesbezüglich signifikant ( $\chi^2(3) = 20.09, p < .001$ ).

Bezüglich des Freundeskreises gaben 80.2% der ImmigrantInnen an, dass deren Freundeskreise zu gleichen Teilen aus Leuten aus deren Heimatland und ÖsterreicherInnen bestehen. Die mittlere Aufenthaltsdauer der syrischen ImmigrantInnen in Österreich in Monaten beträgt 42.91 ( $SD = 11.41$ ), was etwa 3.5 Jahren entspricht. 51.1% der TeilnehmerInnen in Österreich gaben an, zumindest B1 in der deutschen Sprache zu haben.

Tabelle 1

*Soziodemographische Daten.*

	Syrische ImmigrantInnen ( <i>n</i> = 89)			SyrerInnen in Syrien ( <i>n</i> = 120)		
	<i>n</i>	%	<i>M</i> ( <i>SD</i> )	<i>n</i>	%	<i>M</i> ( <i>SD</i> )
Geschlecht						
Frauen	19	21.3		54	45.0	
Männer	70	78.7		66	55.0	

<b>Konfession</b>				
Islam	77	86.5	49	40.8
Christentum	5	5.6	70	58.3
<hr/>				
Alter	27.36 (9.53)		37.77 (14.43)	
<hr/>				
<b>Ausbildung</b>				
Pflichtschule	29	32.2	12	10.0
Berufsschule	12	13.3	14	11.7
Matura	26	28.9	48	40.0
Hochschule	19	21.1	46	38.3
<hr/>				
<b>Deutschkenntnisse</b>				
A1	14	15.6		
A2	26	28.9		
B1	29	32.2		
B2	17	18.9		
Keine	2	2.2		

$N = 209$ ;  $M =$  Mittelwert;  $SD =$  Standardabweichung

### 3.3 Reliabilitätsprüfung

Die internen Konsistenzen der verwendeten Skalen wurden mittels Cronbach's Alpha für beide Stichproben berechnet und sind in Tabelle 2 aufgelistet. Die Ergebnisse zeigen im Allgemeinen akzeptable bis sehr gute Werte zwischen .62 und .98, was für eine ausreichende bis sehr gute innere Konsistenz der Verfahren spricht und sich diese somit gut für die Verwendung von Gruppenvergleichen eignen. Lediglich bei der Stichprobe in Österreich ergab das Cronbach's Alpha bei den Skalen BIRFSS und ATSPPH-SF Werte von .32 und .39, sowie auf der Skala Soziale Ursachenzuschreibung des ACCS in Syrien einen Wert von .43. Auf Ursachen und Interpretationen dieser niedrigen Reliabilitäten wird in der Diskussion genauer eingegangen.

Tabelle 2

*Cronbach's  $\alpha$  für ATTS, RISF, ACCS, SBI-15R-D, BIRFSS und ATSPPH-SF.*

	Österreich	Syrien
<b>ATTS</b>		
Glaube an Bestrafung nach dem Tod	.82	.95
Akzeptanz von Suizid	.85	.92

Suizid als Zeichen psychischer Erkrankung	.94	.97
Mitteilen psychischer Probleme	.80	.89
Verstecken suizidalen Verhaltens	.87	.96
Suizid als Lösung	.81	.92
Offenes Berichten & Diskussion über Suizid	.62	.79
RISF	.77	.91
ACCS	.81	.63
Intrapsychisch	.78	.84
Interpersonell	.69	.71
Sozial	.70	.43
SBI-15R-D	.90	.97
Religiöse Überzeugungen und Praktiken	.91	.98
Soziale Unterstützung in der Glaubensgemeinschaft	.84	.95
BIRFSS	.32	.78
ATSPPH-SF	.39	.84

---

### 3.4 Hypothesenprüfung

Im Folgenden wird schrittweise auf die Prüfung der einzelnen Hypothesen eingegangen.

#### 3.4.1 Religiosität

Hypothese 1: *Es gibt einen Unterschied hinsichtlich der Religiosität und der Häufigkeit des Kirchgangs/Moscheebesuchs zwischen syrischen ImmigrantInnen in Österreich und SyrerInnen in Syrien.*

Für die Berechnung wurde eine MANOVA durchgeführt, mit Geschlecht, Wohnort und Konfession als unabhängige Variable (UV). Die abhängigen Variablen (AV) waren die beiden Subskalen des SBI-15-RD: (1) *religiöse Praktiken und Überzeugung* und (2) *soziale Unterstützung in der Glaubensgemeinschaft*. Des Weiteren wurden die demographisch erhobenen Daten zur Häufigkeit des Kirchgangs/Moscheebesuchs und die Religiosität mit einbezogen. Die deskriptiven Statistiken sind in Tabelle 3 und 3.1 ersichtlich. Box's Test sowie der Levene's Test ergaben signifikante Ergebnisse auf allen Skalen.

Tabelle 3

*Deskriptivstatistik der religiösen und spirituellen Einstellungen (SBI-15R-D).*

	Religiöse Überzeugung und Praktiken <i>M (SD)</i>	Soziale Unterstützung in der Glaubensgemeinschaft <i>M (SD)</i>
SyrerInnen in Syrien ( <i>n</i> =120)		
MuslimInnen	36.45 (5.94)	16.00 (3.60)
ChristInnen	31.11 (9.06)	13.09 (4.06)
Frauen	35.24 (6.90)	15.14 (3.64)
Männer	31.74 (9.02)	13.62 (4.33)
Gesamt	33.32 (8.29)	14.28 (4.10)
SyrerInnen in Österreich ( <i>n</i> =89)		
MuslimInnen	35.83 (4.49)	14.19 (4.36)
ChristInnen	19.33 (10.69)	10.50 (3.79)
Frauen	35.71 (7.16)	14.00 (4.46)
Männer	33.67 (7.13)	13.94 (4.30)
Gesamt	34.14 (7.14)	13.97 (4.28)

Tabelle 3.1

*Deskriptivstatistik Religiosität und Häufigkeit des Kirchgangs/Moscheebesuchs.*

	Religiosität <i>M (SD)</i>	Häufigkeit des Kirchgangs/Moscheebesuchs <i>M (SD)</i>
SyrerInnen in Syrien ( <i>n</i> =120)		
MuslimInnen	4.73 (1.47)	4.67 (1.60)
ChristInnen	4.09 (1.56)	3.77 (1.85)
Frauen	4.74 (1.23)	4.56 (1.49)
Männer	4.05 (1.71)	3.82 (1.96)
Gesamt	4.35 (1.55)	4.15 (1.80)
SyrerInnen in Österreich ( <i>n</i> =89)		
MuslimInnen	3.54 (1.45)	3.38 (2.20)
ChristInnen	3.20 (2.05)	2.20 (2.28)
Frauen	3.78 (1.40)	2.74 (2.26)
Männer	3.30 (1.57)	3.19 (2.29)
Gesamt	3.41 (1.53)	3.09 (2.28)

Es konnte ein signifikanter Interaktionseffekt zwischen Wohnort und Konfession gefunden werden ( $\lambda = .93$ ,  $F(4,168) = 2.96$ ,  $p < .05$ ,  $\eta_p^2 = .07$ ). Bei Berechnung der univariaten Varianzanalysen konnte der Interaktionseffekt allerdings nur auf der ersten Subskala des SBI-15-RD gefunden werden ( $F(1,171) = 8.87$ ,  $p < .01$ ,  $\eta_p^2 = .05$ ), wie auf Abbildung 1 ersichtlich. Syrische ChristInnen in Österreich erreichten auf dieser Skala höhere Werte als syrische ChristInnen in Syrien, wodurch es einen deutlicheren Unterschied zwischen den Konfessionen in Österreich gab, im Vergleich zu Syrien. Die Effektstärke entspricht einem kleinen Effekt.

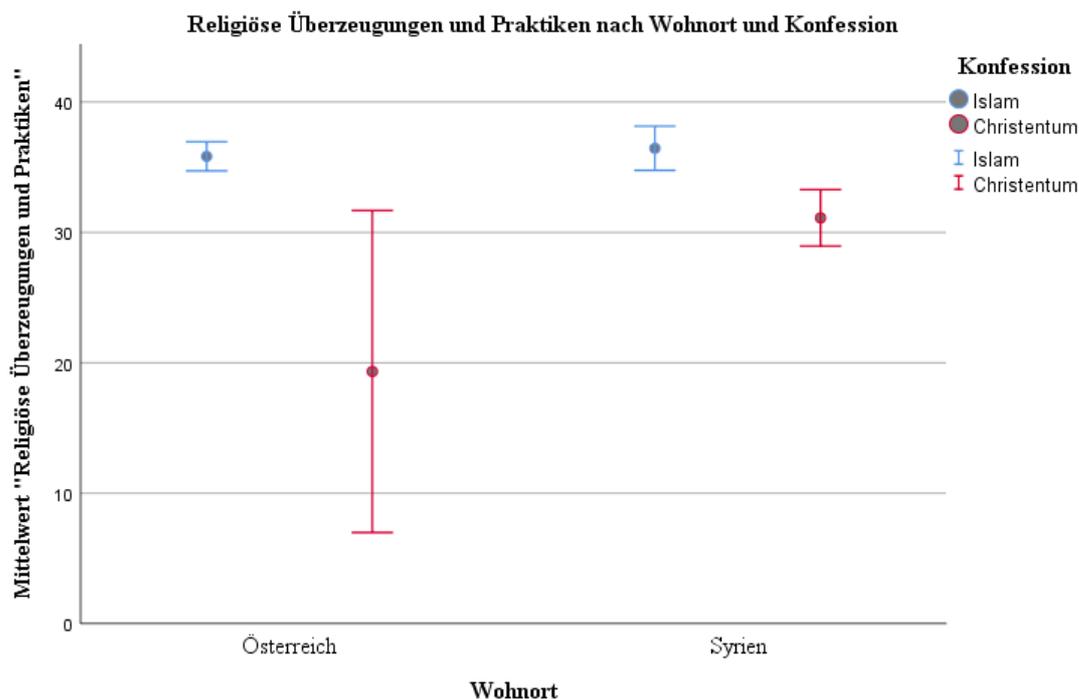


Abbildung 1. Mittelwertsunterschiede hinsichtlich der ersten Subskala des SBI-15-RD *Religiöse Überzeugungen und Praktiken* +/- 2 SEM, getrennt nach Wohnort und Konfession.

Weder der Interaktionseffekt zwischen Geschlecht und Wohnort ( $\lambda = .96$ ,  $F(4,168) = 1.93$ ,  $p = .10$ ,  $\eta_p^2 = .04$ ), noch zwischen Geschlecht und Konfession waren signifikant ( $\lambda = .98$ ,  $F(4,168) = .53$ ,  $p = .58$ ,  $\eta_p^2 = .02$ ).

Die MANOVA zeigte einen signifikanten Effekt für Wohnort ( $\lambda = .17$ ,  $F(4,168) = 3.45$ ,  $p < .05$ ,  $\eta_p^2 = .08$ ). Die Effektstärke entspricht einem mittleren Effekt.

Univariate Varianzanalysen zeigten, dass SyrerInnen in Syrien sowohl auf der Skala *religiöse Praktiken und Überzeugungen* ( $F(1,171) = 10.38$ ,  $p < .01$ ,  $\eta_p^2 = .06$ ), als auch auf der zweiten Subskala *soziale Unterstützung in der Glaubensgemeinschaft* ( $F(1,171) = 4.73$ ,  $p <$

.05,  $\eta_p^2 = .03$ ) höhere Werte erzielten, als SyrerInnen in Österreich. Beide Effektstärken entsprechen einem kleinen Effekt. Hinsichtlich *Religiosität* konnte das Gleiche beobachtet werden, auch hier erzielten Nicht-ImmigrantInnen höhere Werte ( $F(1,171) = 12.64, p < .01, \eta_p^2 = .07$ ), was einem mittleren Effekt entspricht. Auch hinsichtlich der *Häufigkeit des Kirchgangs/Moscheebesuchs* zeigten SyrerInnen in Syrien höhere Werte ( $F(1,171) = 7.03, p < .01, \eta_p^2 = .04$ ). Die Ergebnisse entsprechen einem kleinen Effekt.

Es gab ebenfalls einen signifikanten Effekt Konfession ( $\lambda = .83, F(4,168) = 8.86, p < .001, \eta_p^2 = .17$ ). Die Effektstärke entspricht einem mittleren bis großen Effekt. Univariate Varianzanalysen ergaben, dass MuslimInnen auf beiden Skalen des SBI-15-RD höhere Werte zeigten als ChristInnen ((1):  $F(1,171) = 31.91, p < .001, \eta_p^2 = .16$ ; (2):  $F(1,171) = 11.45, p < .01, \eta_p^2 = .06$ ). Die Effektstärke auf der ersten Subskala *religiöse Praktiken und Überzeugungen* entspricht einem großen Effekt, während die Effektstärke auf der zweiten Subskala einem mittleren Effekt entspricht. Hinsichtlich der *Religiosität* zeigten MuslimInnen ebenfalls höhere Werte als ChristInnen ( $F(1,171) = 6.93, p < .01, \eta_p^2 = .04$ ). Auch hinsichtlich *Häufigkeit des Kirchgangs/Moscheebesuchs* berichteten MuslimInnen höhere Werte als ChristInnen ( $F(1,171) = 4.35, p < .01, \eta_p^2 = .03$ ). Beide Effektstärken zeigen einen kleinen Effekt.

Die multivariate Varianzanalyse zeigte keinen Effekt Geschlecht ( $\lambda = .99, F(4,168) = .64, p = .63, \eta_p^2 = .02$ ).

### 3.4.2 Meinungen und Einstellung zu Suizidalität

Hypothese 2: *ImmigrantInnen in Österreich haben eine liberalere und positivere Einstellung zu Suizid als Menschen in Syrien.*

Hypothese 2.1: *Es gibt einen Unterschied bzgl. der Offenheit gegenüber Suizid zwischen Islam und Christentum.*

Zur Berechnung der Unterschiede zwischen den Gruppen wurde eine MANOVA durchgeführt, mit Kultur, Geschlecht und Konfession als UV. AV waren die sieben Subskalen des ATTS – Meinungen und Einstellungen zu Suizid: *Glaube an Bestrafung nach dem Tod, Akzeptanz von Suizid, Suizid als Zeichen psychischer Erkrankung, Mitteilung psychischer Probleme, Verheimlichen suizidalen Verhaltens, Suizid als Lösung und offene Berichterstattung und Diskussion über Suizid*. Mittelwerte und Standardabweichungen der Subskalen sind für beide Kulturgruppen in Tabelle 4 ersichtlich.

Der Box's Test war signifikant. Der Levene's Test ergab signifikante Ergebnisse auf fünf von sieben Skalen.

Tabelle 4

*Deskriptivstatistik der Einstellung zu Suizid (ATTS).*

		SyrerInnen/Österreich	SyrerInnen/Syrien
		<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>
Glaube an Bestrafung nach dem Tod	Männer	18.20 (5.13)	18.15 (5.66)
	Frauen	17.00 (5.29)	20.30 (4.10)
	Islam	18.61 (4.76)	21.57 (4.36)
	Christentum	14.00 (6.29)	17.33 (4.89)
	Gesamt	17.99 (5.15)	19.12 (5.11)
Akzeptanz von Suizid	Männer	10.41 (4.36)	13.12 (5.91)
	Frauen	9.18 (2.79)	11.91 (4.97)
	Islam	9.66 (3.45)	10.29 (4.70)
	Christentum	11.25 (6.65)	14.23 (5.54)
	Gesamt	10.14 (4.10)	12.58 (5.52)
Suizid als Zeichen psychischer Erkrankung	Männer	9.84 (3.67)	11.61 (2.80)
	Frauen	9.56 (4.11)	12.85 (2.61)
	Islam	9.70 (3.78)	13.12 (2.26)
	Christentum	10.00 (4.69)	11.49 (2.93)
	Gesamt	9.77 (3.72)	12.17 (2.78)
Mitteilen psychischer Probleme	Männer	16.24 (3.83)	14.75 (3.05)
	Frauen	17.00 (2.00)	15.49 (2.94)
	Islam	16.64 (3.36)	15.55 (3.06)
	Christentum	12.40 (5.18)	14.73 (2.95)
	Gesamt	16.44 (3.52)	15.09 (3.01)
Verstecken suizidalen Verhaltens	Männer	5.78 (2.37)	7.52 (2.03)
	Frauen	5.53 (2.85)	7.76 (2.20)
	Islam	5.89 (2.51)	7.90 (2.18)
	Christentum	6.20 (2.68)	7.43 (2.05)
	Gesamt	5.78 (2.49)	7.63 (2.10)
Suizid als Lösung	Männer	3.19 (1.66)	4.58 (2.08)
	Frauen	2.63 (1.12)	3.85 (1.82)
	Islam	3.08 (1.61)	3.59 (1.79)
	Christentum	2.33 (0.58)	4.73 (2.01)
	Gesamt	3.06 (1.57)	4.25 (1.99)

Offene Berichterstattung über Suizid	Männer	6.36 (2.39)	4.85 (1.95)
	Frauen	6.79 (2.30)	5.50 (1.86)
	Islam	6.40 (2.25)	4.55 (1.98)
	Christentum	5.00 (2.12)	5.56 (1.81)
	Gesamt	6.45 (2.35)	5.14 (1.93)

Es gab keine signifikanten Interaktionseffekte zwischen Wohnort und Geschlecht ( $\lambda = .98$ ,  $F(7,169) = .41$ ,  $p = .90$ ,  $\eta_p^2 = .02$ ), Wohnort und Konfession ( $\lambda = .94$ ,  $F(7,169) = 1.60$ ,  $p = .14$ ,  $\eta_p^2 = .06$ ) und Geschlecht und Konfession ( $\lambda = .99$ ,  $F(7,169) = .36$ ,  $p = .92$ ,  $\eta_p^2 = .02$ ).

Die MANOVA zeigte einen signifikanten Haupteffekt bei Wohnort ( $\lambda = .77$ ,  $F(7,169) = 7.12$ ,  $p < .001$ ,  $\eta_p^2 = .23$ ). Die Effektstärke deutet auf einen großen Effekt hin. Univariate Varianzanalysen zeigten auf vier Subskalen signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen. Auf all diesen Subskalen hatten SyrerInnen in Syrien höhere Werte als syrische ImmigrantInnen. Bei *Glaube an Bestrafung* ( $F(1,182) = 5.04$ ,  $p < .05$ ,  $\eta_p^2 = .03$ ), *Verstecken suizidalen Verhaltens* ( $F(1,182) = 5.13$ ,  $p < .05$ ,  $\eta_p^2 = .03$ ) und *Suizid als Lösung* ( $F(1,182) = 4.78$ ,  $p < .05$ ,  $\eta_p^2 = .03$ ) zeigten die Effektstärken einen kleinen Effekt. Bei der Subskala *Suizid als Zeichen psychischer Erkrankung* ( $F(1,182) = 17.83$ ,  $p < .001$ ,  $\eta_p^2 = .09$ ) entspricht die Effektstärke einem mittleren Effekt.

Auf den Skalen *Akzeptanz* ( $F(1,182) = .28$ ,  $p = .60$ ,  $\eta_p^2 = .002$ ), *Mitteilen psychischer Probleme* ( $F(1,182) = .77$ ,  $p = .38$ ,  $\eta_p^2 = .004$ ) und *offene Berichterstattung über Suizid* ( $F(1,182) = 2.67$ ,  $p = .10$ ,  $\eta_p^2 = .02$ ) konnten keine signifikanten Unterschiede gefunden werden.

Die MANOVA zeigte ebenfalls einen Haupteffekt Konfession ( $\lambda = .88$ ,  $F(7,169) = 3.38$ ,  $p < .01$ ,  $\eta_p^2 = .12$ ). Die Effektstärke entspricht einem mittleren Effekt. Nach Berechnung von univariaten Varianzanalysen konnten auf den Subskalen *Glaube an Bestrafung nach dem Tod* ( $F(1,175) = 10.57$ ,  $p < .01$ ,  $\eta_p^2 = .06$ ), *Akzeptanz von Suizid* ( $F(1,175) = 6.55$ ,  $p < .05$ ,  $\eta_p^2 = .04$ ) und *Suizid als Zeichen psychischer Erkrankung* ( $F(1,175) = 8.26$ ,  $p < .01$ ,  $\eta_p^2 = .05$ ) signifikante Gruppenunterschiede gefunden werden. Die Effektstärken entsprechen kleinen Effekten. MuslimInnen zeigten höhere Werte auf den Skalen *Glaube an Bestrafung nach dem Tod* und *Suizid als Zeichen psychischer Erkrankung* als ChristInnen. Auf der Skala *Akzeptanz von Suizid* erreichten ChristInnen höhere Werte.

Auf den Skalen *Mitteilen psychischer Probleme* ( $F(1,175) = 1.10$ ,  $p = .30$ ,  $\eta_p^2 = .01$ ), *Verstecken suizidalen Verhaltens* ( $F(1,175) = .08$ ,  $p = .78$ ,  $\eta_p^2 = .001$ ), *Suizid als Lösung* ( $F(1,175) = .62$ ,  $p = .43$ ,  $\eta_p^2 = .004$ ) und *offene Berichterstattung über Suizid* ( $F(1,175) = .07$ ,

$p = .79$ ,  $\eta_p^2 = .001$ ) konnten keine signifikanten Gruppenunterschiede zwischen den Konfessionen gefunden werden.

Hinsichtlich des Geschlechts konnte kein Effekt gefunden werden ( $\lambda = .94$ ,  $F(7,169) = 1.55$ ,  $p = .15$ ,  $\eta_p^2 = .06$ ).

Bezüglich der Konfessionen sind ChristInnen offener gegenüber Suizid als MuslimInnen. Zwischen den Kulturen lässt sich auf manchen Skalen dieser Zusammenhang ebenfalls erkennen, allerdings nicht bezüglich der Skala *Suizid als Lösung*. Dort gibt es einen umgekehrten Zusammenhang, demnach sehen SyrerInnen in Syrien Suizid eher als Lösung.

### 3.4.3 Religiosität und Einstellung zu Suizid

Hypothese 3: *Es besteht ein negativer Zusammenhang zwischen Religiosität und der Offenheit gegenüber Suizid.*

Es wurde eine einseitige Pearson-Korrelation berechnet, mit den sieben Subskalen des ATTS und den zwei Subskalen des SBI-15-RD und Religiosität und der Häufigkeit des Kirchgangs/Moscheebesuchs. Der Zusammenhang wurde getrennt für beide Länder analysiert und in Tabelle 5 dargestellt. Es wurden die sieben Skalen des ATTS mit den beiden Skalen des SBI-15-RD, sowie Religiosität und Häufigkeit des Kirchgangs/Moscheebesuchs in die Korrelation einbezogen. In Österreich fanden sich positive Zusammenhänge zwischen den Faktoren bzgl. Religiosität und dem Glauben an Bestrafung nach dem Tod, sowie negative Zusammenhänge zwischen Religiosität und der Akzeptanz von Suizid. Je gläubiger und religiöser SyrerInnen in Österreich demnach sind, desto eher glauben sie an eine Bestrafung nach dem Tod und desto weniger akzeptieren sie Suizid.

In Syrien fanden sich auf allen Subskalen des ATTS, außer auf der Skala *offene Berichterstattung über Suizid*, signifikante Zusammenhänge mit den Faktoren für Religiosität. Positive Korrelationen gab es mit den Skalen *Glaube an Bestrafung nach dem Tod*, *Suizid als Zeichen psychischer Erkrankung*, *Mitteilen psychischer Probleme* und *Verstecken suizidalen Verhaltens*. Demnach glauben SyrerInnen in Syrien eher an Bestrafung nach dem Tod, je religiöser und gläubiger sie sind, sehen Suizid eher als Zeichen psychischer Erkrankung, würden eher ihre psychischen Probleme mitteilen und das suizidale Verhalten verstecken. Einen negativen Zusammenhang gab es mit der Subskala *Akzeptanz von Suizid* und *Suizid als Lösung*. Demnach akzeptieren SyrerInnen in Syrien Suizid weniger, je religiöser und gläubiger sie sind, und sehen Suizid weniger als Lösung.

Es gibt insgesamt deutliche Zusammenhänge zwischen den Subskalen des ATTS mit den Faktoren bzgl. Religiosität.

Tabelle 5

*Pearson-Korrelation zwischen Subskalen des ATTS und Skalen hinsichtlich Religiosität für SyrerInnen in Österreich und Syrien.*

		Österreich	Syrien
Glaube an Bestrafung nach dem Tod	SBI_Religiose Überzeugungen und Praktiken	.47**	.74**
	SBI_Soziale Unterstützung in Glaubensgemeinschaft	.26*	.70**
	Religiosität	.33**	.65**
	Häufigkeit Moschee-/Kirchbesuch	.44**	.68**
Akzeptanz von Suizid	SBI_Religiose Überzeugungen und Praktiken	-.50**	-.73**
	SBI_Soziale Unterstützung in Glaubensgemeinschaft	-.03	-.70**
	Religiosität	-.28*	-.64**
	Häufigkeit Moschee-/Kirchbesuch	-.18	-.62**
Suizid als Zeichen psychischer Erkrankung	SBI_Religiose Überzeugungen und Praktiken	.12	.74**
	SBI_Soziale Unterstützung in Glaubensgemeinschaft	.00	.64**
	Religiosität	.17	.63**
	Häufigkeit Moschee-/Kirchbesuch	.16	.63**
Mitteilen psychischer Probleme	SBI_Religiose Überzeugungen und Praktiken	-.02	.10
	SBI_Soziale Unterstützung in Glaubensgemeinschaft	-.01	.29**
	Religiosität	.08	.21*
	Häufigkeit Moschee-/Kirchbesuch	.04	.28**
Verstecken suizidalen Verhaltens	SBI_Religiose Überzeugungen und Praktiken	.15	.24**
	SBI_Soziale Unterstützung in Glaubensgemeinschaft	-.06	.39**
	Religiosität	.14	.39**
	Häufigkeit Moschee-/Kirchbesuch	.17	.40**
Suizid als Lösung	SBI_Religiose Überzeugungen und Praktiken	-.11	-.73**
	SBI_Soziale Unterstützung in Glaubensgemeinschaft	.07	-.62**
	Religiosität	-.10	-.59**
	Häufigkeit Moschee-/Kirchbesuch	.05	-.54**

Offene Berichterstattung über Suizid	SBI_Religiose Überzeugungen und Praktiken	-.12	-.13
	SBI_Soziale Unterstützung in Glaubensgemeinschaft	-.12	-.15
	Religiosität	-.11	-.16
	Häufigkeit Moschee-/Kirchbesuch	-.11	-.06

\*  $\alpha = .05$

\*\*  $\alpha = .01$

### 3.4.4 Einstellung gegenüber einem suizidalem Freund/einer suizidalen Freundin

Hypothese 4: *SyrerInnen haben eine positivere Einstellung gegenüber einem suizidgefährdeten Freund als syrische MigrantInnen in Österreich.*

Es wurde eine MANOVA gerechnet mit Geschlecht, Wohnort und Konfession als UV. Die AVs waren die fünf Subskalen des RISF: *Soziale Akzeptanz, Emotionale Beteiligung, Hilfe für einen suizidalen Freund/eine suizidale Freundin, Ablehnung der Bekanntgabe einer Suizidgefährdung* und *Genaues Ermitteln des suizidalen Verhaltens*. Die Mittelwerte und Standardabweichungen sind in Tabelle 6 aufgelistet.

Der Box's Test war signifikant. Der Levene's Test war lediglich für die Subskala *Emotionale Beteiligung* signifikant.

Es gab keine Interaktionseffekte zwischen Geschlecht und Konfession ( $\lambda = .98$ ,  $F(5,178) = .85$ ,  $p = .52$ ,  $\eta_p^2 = .02$ ), zwischen Geschlecht und Wohnort ( $\lambda = .98$ ,  $F(5,178) = .91$ ,  $p = .48$ ,  $\eta_p^2 = .02$ ) und zwischen Wohnort und Konfession ( $\lambda = .94$ ,  $F(5,178) = 2.18$ ,  $p = .06$ ,  $\eta_p^2 = .06$ ).

Es gab einen Haupteffekt Wohnort ( $\lambda = .94$ ,  $F(5,178) = 2.34$ ,  $p < .05$ ,  $\eta_p^2 = .06$ ), die Effektstärke entspricht einem kleinen Effekt. Univariate Varianzanalysen zeigten, dass nur auf der Subskala *Soziale Akzeptanz* ( $F(1,182) = 7.28$ ,  $p < .01$ ,  $\eta_p^2 = .04$ ) signifikante Unterschiede zwischen den Kulturen zu sehen sind. SyrerInnen in Syrien akzeptieren einen suizidgefährdeten Freund/Freundin demnach weniger, als SyrerInnen in Österreich. Die Effektstärke entspricht einem kleinen Effekt. Die Subskalen *Emotionale Beteiligung* ( $F(1,182) = 1.57$ ,  $p = .21$ ,  $\eta_p^2 = .01$ ), *Hilfe für einen suizidalen Freund/eine suizidale Freundin* ( $F(1,182) = .74$ ,  $p = .39$ ,  $\eta_p^2 = .004$ ), *Ablehnung der Bekanntgabe einer Suizidgefährdung* ( $F(1,182) = .003$ ,  $p = .95$ ,  $\eta_p^2 = .001$ ) und *Genaues Ermitteln des suizidalen Verhaltens* ( $F(1,182) = .11$ ,  $p = .74$ ,  $\eta_p^2 = .001$ ) zeigten keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen.

Es gab einen Haupteffekt beim Geschlecht ( $\lambda = .92$ ,  $F(5,178) = 3.17$ ,  $p < .01$ ,  $\eta_p^2 = .08$ ). Die Effektstärke entspricht einem mittleren Effekt. Laut univariaten Varianzanalysen

gibt es nur auf der Subskala *Hilfe für einen suizidalen Freund/Freundin* ( $F(1,182) = 4.05, p < .05, \eta_p^2 = .02$ ) Unterschiede zwischen den Geschlechtern. Demnach würden Frauen einem suizidalen Freund/Freundin eher helfen als Männer. Die Effektstärke entspricht einem kleinen Effekt. Die Subskalen *Soziale Akzeptanz* ( $F(1,182) = 1.36, p = .25, \eta_p^2 = .01$ ), *Emotionale Beteiligung* ( $F(1,182) = 1.05, p = .31, \eta_p^2 = .01$ ), *Ablehnung der Bekanntgabe einer Suizidgefährdung* ( $F(1,182) = 2.15, p = .14, \eta_p^2 = .01$ ) und *Genaueres Ermitteln des suizidalen Verhaltens* ( $F(1,182) = .59, p = .44, \eta_p^2 = .003$ ) zeigten keine Unterschiede zwischen den Geschlechtern.

Es gab keinen Effekt Konfession ( $\lambda = .95, F(5,178) = 1.77, p = .12, \eta_p^2 = .05$ ).

Tabelle 6

*Deskriptivstatistik bzgl. Einstellung gegenüber einem imaginären suizidgefährdeten Freund/einer Freundin.*

		SyrerInnen/Österreich	SyrerInnen/Syrien
		<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>
Soziale Akzeptanz	Männer	26.13 (3.77)	23.12 (3.98)
	Frauen	25.22 (4.62)	22.43 (3.47)
	Islam	18.61 (4.76)	21.57 (4.36)
	Christentum	14.00 (6.29)	17.33 (4.89)
	Gesamt	25.95 (3.93)	22.81 (3.76)
Emotionale Beteiligung	Männer	15.55 (4.25)	17.32 (2.63)
	Frauen	13.53 (3.76)	17.46 (1.94)
	Islam	9.66 (3.45)	10.29 (4.70)
	Christentum	11.25 (6.65)	14.23 (5.54)
	Gesamt	15.12 (4.19)	17.38 (2.33)
Hilfe für suizidale/n FreundIn	Männer	22.17 (2.57)	20.66 (3.16)
	Frauen	22.53 (1.87)	21.76 (2.89)
	Islam	9.70 (3.78)	13.12 (2.26)
	Christentum	10.00 (4.69)	11.49 (2.93)
	Gesamt	22.27 (2.42)	21.16 (3.08)
Abneigung ggü. Bekanntgabe der Suizidgefährdung	Männer	7.24 (2.02)	7.00 (1.92)
	Frauen	6.26 (2.16)	7.07 (1.71)
	Islam	16.64 (3.36)	15.55 (3.06)

	Christentum	12.40 (5.18)	14.73 (2.95)
	Gesamt	7.01 (2.07)	7.03 (1.82)
Genaueres Ermitteln des suizidalen Verhaltens	Männer	8.97 (1.36)	8.41 (1.20)
	Frauen	9.00 (1.11)	8.61 (1.52)
	Islam	5.89 (2.51)	7.90 (2.18)
	Christentum	6.20 (2.68)	7.43 (2.05)
	Gesamt	8.97 (1.30)	8.50 (1.35)

### 3.4.5 Glaube an Ursachen von Suizid

Hypothese 5: *Syrische ImmigrantInnen unterscheiden sich im Glauben an Ursachen für Suizid von SyrerInnen in Syrien.*

Es wurde eine MANOVA gerechnet mit Geschlecht, Wohnort und Konfession als UVs. AVs waren die drei Subskalen des ACCS: *intrapsychische Ursachen*, *interpersonelle Ursachen* und *soziale Ursachen*. Mittelwerte und Standardabweichungen der verschiedenen Gruppen sind in Tabelle 7 aufgelistet. Der Box's Test war signifikant, der Levene's Test war signifikant auf den Subskalen *intrapsychische* und *soziale Ursachen*.

Die MANOVA zeigte keine signifikanten Interaktionseffekte zwischen Geschlecht und Wohnort ( $\lambda = .99$ ,  $F(3,175) = .32$ ,  $p = .81$ ,  $\eta_p^2 = .01$ ), zwischen Wohnort und Konfession ( $\lambda = .99$ ,  $F(3,175) = .75$ ,  $p = .52$ ,  $\eta_p^2 = .01$ ) oder zwischen Konfession und Geschlecht ( $\lambda = .99$ ,  $F(3,175) = .64$ ,  $p = .59$ ,  $\eta_p^2 = .01$ ).

Es gibt einen Haupteffekt Wohnort ( $\lambda = .92$ ,  $F(3,175) = 5.06$ ,  $p < .01$ ,  $\eta_p^2 = .08$ ). Die Effektstärke entspricht einem mittleren Effekt. Univariate ANOVAs zeigen signifikante Unterschiede auf den Subskalen *intrapsychische Ursachen* ( $F(1,177) = 8.66$ ,  $p < .01$ ,  $\eta_p^2 = .05$ ) und *interpersonelle Ursachen* ( $F(1,177) = 5.31$ ,  $p < .05$ ,  $\eta_p^2 = .03$ ). Beide Effektstärken entsprechen einem kleinen Effekt. Auf beiden Subskalen zeigten SyrerInnen in Syrien höhere Werte als syrische ImmigrantInnen in Österreich. Auf der Subskala *soziale Ursachen* ( $F(1,177) = 1.67$ ,  $p = .20$ ,  $\eta_p^2 = .01$ ) fanden sich keine Unterschiede zwischen den Gruppen.

Es gab einen Haupteffekt Geschlecht ( $\lambda = .92$ ,  $F(3,175) = 4.78$ ,  $p < .01$ ,  $\eta_p^2 = .08$ ), die Effektstärke entspricht einem mittleren Effekt. Univariate Varianzanalysen zeigten einen Unterschied auf der Subskala *intrapsychische Ursachen* ( $F(1,177) = 14.47$ ,  $p < .001$ ,  $\eta_p^2 = .08$ ). Frauen zeigten hier höhere Werte als Männer. Auf den Subskalen *interpersonelle Ursachen* ( $F(1,177) = .90$ ,  $p = .34$ ,  $\eta_p^2 = .01$ ) und *soziale Ursachen* ( $F(1,177) = .02$ ,  $p = .88$ ,  $\eta_p^2 = .001$ ) fanden sich keine Unterschiede zwischen den Geschlechtern.

Es gab einen Haupteffekt Konfession ( $\lambda = .91$ ,  $F(3,175) = 5.77$ ,  $p < .01$ ,  $\eta_p^2 = .09$ ). Die Effektstärke entspricht einem mittleren Effekt. Univariate Varianzanalysen zeigten einen

signifikanten Unterschied auf der Subskala *intrapsychische Ursachen* ( $F(1,177) = 11.94, p < .01, \eta_p^2 = .06$ ). Die Effektstärke entspricht einem mittleren Effekt. MuslimInnen zeigten höhere Werte auf dieser Skala als ChristInnen. Auf der Subskala *soziale Ursachen* ( $F(1,177) = 3.92, p < .05, \eta_p^2 = .02$ ) gab es einen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen. Die Effektstärke entspricht einem kleinen Effekt. ChristInnen glaubten hier eher an soziale Ursachen für Suizid als MuslimInnen. Auf der Subskala *interpersonelle Ursachen* ( $F(1,177) = .98, p = .32, \eta_p^2 = .01$ ) gab es keinen Unterschied zwischen den Gruppen.

Tabelle 7

*Deskriptivstatistik zum Glauben an die Ursachen von Suizid (ACCS).*

		SyrerInnen/Österreich	SyrerInnen/Syrien
		<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>
Intrapsychische Ursachen	Männer	25.69 (7.81)	27.21 (7.00)
	Frauen	29.00 (5.29)	30.52 (4.81)
	Islam	27.16 (7.03)	30.47 (5.37)
	Christentum	17.20 (5.54)	27.58 (6.66)
	Gesamt	26.48 (7.38)	28.74 (6.28)
Interpersonelle Ursachen	Männer	18.82 (5.75)	23.35 (5.43)
	Frauen	19.94 (6.60)	23.81 (5.58)
	Islam	18.64 (6.31)	22.94 (5.26)
	Christentum	18.60 (4.04)	24.10 (5.61)
	Gesamt	18.90 (6.06)	23.56 (5.48)
Soziale Ursachen	Männer	21.00 (6.16)	21.14 (3.65)
	Frauen	20.44 (8.77)	20.67 (3.70)
	Islam	20.44 (7.05)	20.20 (4.09)
	Christentum	24.50 (1.92)	21.10 (5.61)
	Gesamt	20.88 (6.75)	20.93 (3.67)

### 3.4.6 Bereitschaft professionelle psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen

Hypothese 6: *Es gibt einen Unterschied zwischen SyrerInnen in Syrien und syrischen ImmigrantInnen in Österreich bezüglich der Bereitschaft professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen.*

Es wurde eine ANOVA gerechnet, mit Geschlecht, Wohnort und Konfession als UVs. AV war die Skala ATSPPH-SF. Mittelwerte und Standardabweichungen werden für die Gruppen in Tabelle 8 dargestellt.

Die Interaktionseffekte Geschlecht und Wohnort ( $F(1,178) = .08, p = .78, \eta_p^2 = .001$ ), Geschlecht und Konfession ( $F(1,178) = .89, p = .35, \eta_p^2 = .01$ ) und Wohnort und Konfession ( $F(1,178) = .11, p = .74, \eta_p^2 = .001$ ) waren nicht signifikant.

Es gab keinen signifikanten Effekt Wohnort ( $F(1,178) = 1.37, p = .24, \eta_p^2 = .01$ ). Auch Geschlecht ( $F(1,178) = .14, p = .71, \eta_p^2 = .001$ ) und Konfession ( $F(1,178) = 1.46, p = .23, \eta_p^2 = .01$ ) waren nicht signifikant. Es gab keine Unterschiede zwischen den Gruppen. SyrerInnen in Syrien unterscheiden sich nicht hinsichtlich der Bereitschaft professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen von SyrerInnen in Österreich.

Tabelle 8

*Deskriptivstatistik über die Bereitschaft professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen (ATSPPH-SF).*

	SyrerInnen in Syrien <i>M (SD)</i>	SyrerInnen in Österreich <i>M (SD)</i>
Frauen	23.68 (4.54)	23.56 (3.31)
Männer	23.17 (4.82)	24.31 (3.47)
MuslimInnen	22.74 (4.51)	23.94 (3.18)
ChristInnen	23.81 (4.79)	25.00 (6.67)
Gesamt	23.41 (4.68)	24.13 (3.42)

### 3.4.7 Bereitschaft zur Inanspruchnahme professioneller Hilfe und Religiosität

*Hypothese 7: Es besteht ein Zusammenhang zwischen Religiosität und der Bereitschaft professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen.*

Es wurde eine Pearson-Korrelation berechnet, mit dem Gesamtscore des ATSPPH-SF und Religiosität, bestehend aus den zwei Subskalen des SBI-15-RD, der Selbsteinschätzung *Religiosität* und der *Häufigkeit des Kirchgangs/Moscheebesuchs*. In Österreich finden sich keine Zusammenhänge zwischen der Bereitschaft professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen und Religiosität.

In Syrien gibt es deutliche negative Zusammenhänge, diese sind ersichtlich in Tabelle 9. Demnach sind SyrerInnen in Syrien eher bereits professionelle psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen, je weniger sie soziale Unterstützung in der Glaubensgemeinschaft erfahren, je weniger sie sich als religiös einschätzen und je weniger sie in die Kirche/Moschee gehen.

Auch hinsichtlich der Konfession finden sich negative Zusammenhänge, allerdings nur beim Islam, nicht beim Christentum, wie in Tabelle 9 zu sehen. MuslimInnen sind demnach

weniger bereit professionelle psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen, je mehr Unterstützung sie in der Glaubensgemeinschaft erfahren, je religiöser sie sich einschätzen und je häufiger sie die Moschee besuchen.

Tabelle 9

*Pearson-Korrelation zwischen ATSPPH-SF und Skalen hinsichtlich Religiosität in Österreich und Syrien, bzw. im Islam und Christentum.*

		Österreich	Syrien	Islam	Christentum
ATSPPH-SF	SBI_Religiöse Überzeugungen und Praktiken	-.12	-.06	.00	-.03
	SBI_Soziale Unterstützung in Glaubensgemeinschaft	-.16	-.32**	-.28**	-.21
	Religiosität	.03	-.21*	-.21*	-.05
	Häufigkeit Moschee-/Kirchbesuch	-.03	-.27**	-.23*	-.11

\*  $\alpha = .05$

\*\*  $\alpha = .01$

### 3.4.8 Glaube an genetische Ursachen von Suizidalität

Hypothese 8: *Es gibt keinen Unterschied bezüglich der genetischen Ursachenzuschreibung von Suizidalität zwischen den Gruppen.*

Es wurde eine ANOVA mit Geschlecht, Wohnort und Konfession als UVs gerechnet. AV war die Skala BIRFFS. Mittelwerte und Standardabweichungen sind in Tabelle 10 ersichtlich.

Tabelle 10

*Deskriptivstatistik für den Glauben an den Einfluss genetischer Faktoren auf Suizid (BIRFSS).*

	SyrerInnen in Syrien <i>M (SD)</i>	SyrerInnen in Österreich <i>M (SD)</i>
Frauen	9.94 (4.46)	7.89 (2.49)
Männer	8.89 (4.23)	8.33 (3.20)
MuslimInnen	10.49 (4.62)	7.84 (3.00)
ChristInnen	8.49 (3.96)	10.80 (1.30)
Gesamt	9.36 (4.34)	8.24 (3.04)

Der Interaktionseffekt Konfession und Wohnort war signifikant ( $F(1,191) = 4.48, p < .05, \eta_p^2 = .02$ ). Wie in Grafik 2 abgebildet, hatten MuslimInnen in Syrien einen höheren Score als MuslimInnen in Österreich, während ChristInnen einen niedrigeren Score in Syrien hatten, verglichen mit ChristInnen in Österreich.

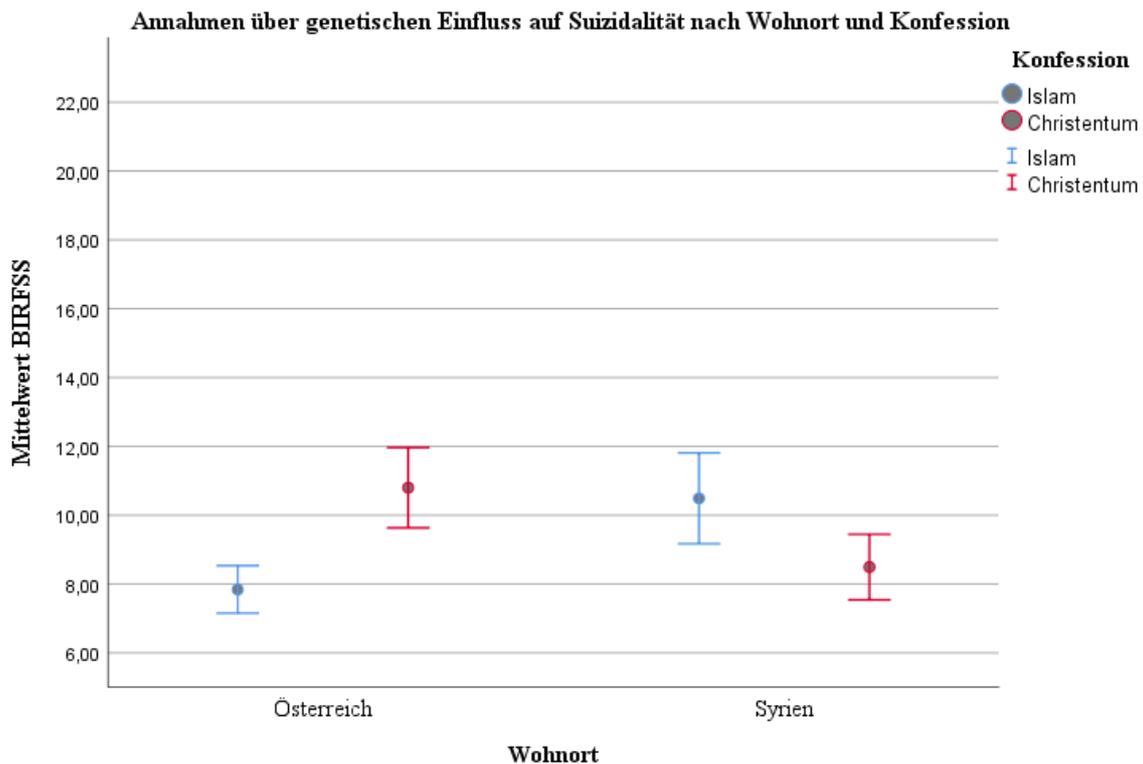


Abbildung 2. Mittelwerte hinsichtlich der Annahmen über genetischen Einfluss auf Suizidalität +/- 2 SEM, getrennt nach Wohnort und Konfession.

Die Interaktionseffekte Geschlecht und Konfession ( $F(1,191) = .01, p = .92, \eta_p^2 = .001$ ) und Geschlecht und Wohnort ( $F(1,191) = .63, p = .43, \eta_p^2 = .003$ ) waren nicht signifikant.

Es gab keinen signifikanten Effekt des Wohnorts ( $F(1,191) = .13, p = .72, \eta_p^2 = .001$ ). Auch Geschlecht ( $F(1,191) = .10, p = .75, \eta_p^2 = .001$ ) und Konfession ( $F(1,191) = .05, p = .82, \eta_p^2 = .001$ ) waren nicht signifikant. Die Gruppen unterscheiden sich somit nicht hinsichtlich des Glaubens an genetischen Einfluss auf Suizidalität.

### Diskussion

In dieser Studie wurden die zwei Gruppen SyrerInnen in Syrien und SyrerInnen in Österreich hinsichtlich Religiosität, Einstellung zu Suizid und verschiedener Einflussfaktoren auf Suizidalität verglichen. Die Ergebnisse sollen dem besseren Verständnis des kulturellen Einflusses dienen und werden im Folgenden thematisch gegliedert diskutiert.

#### 4.1 Religiosität und Einstellung gegenüber Suizidalität

In Syrien sind Staat und Religion nicht absolut getrennt und der Islam spielt eine wesentliche Rolle in der Gesetzgebung, was die Bedeutung der Religion noch verstärkt. Österreich hingegen ist ein säkularer und westlicher Staat, in welchem Religion weniger Bedeutung hat. Daraus entstand die erste Hypothese: *Es gibt einen Unterschied hinsichtlich der Religiosität und der Häufigkeit des Kirchgangs/Moscheebesuchs zwischen syrischen ImmigrantInnen in Österreich und SyrerInnen in Syrien.* Diese konnte hinsichtlich der Kultur des aktuellen Wohnortes bestätigt werden. SyrerInnen in Syrien sind laut Eigeneinschätzung und SBI-15-RD religiöser, gehen häufiger in die Kirche/Moschee und gaben an, größere soziale Unterstützung in der Glaubensgemeinschaft zu erfahren. Bezüglich des Geschlechts konnte kein Unterschied gefunden werden. Allerdings hinsichtlich der Konfession: der Islam gilt als konservativere Religion als das Christentum und ist strenger in der Auslegung des heiligen Buches. In den Ergebnissen konnte das auch deutlich werden. So waren MuslimInnen auf allen der beschriebenen Skalen religiöser und gingen häufiger in die Moschee, als ChristInnen. Es gab mittlere bis große Effekte.

Je religiöser die Menschen sind, desto weniger offen sind sie laut Literatur gegenüber Suizid (Eskin, 2004). Die Hypothese *Es besteht ein negativer Zusammenhang zwischen Religiosität und der Offenheit gegenüber Suizid*, hat eben das geprüft und kann aufgrund der vorliegenden Studienergebnisse angenommen werden. Insbesondere in Syrien gibt es einen signifikanten Zusammenhang zwischen Religiosität und Offenheit gegenüber Suizid. Auch in Österreich konnte der Zusammenhang gesehen werden, allerdings auf weniger Skalen des ATTS als in Syrien. In Syrien zeigten sehr hohe Korrelationen bspw. dass Menschen, welche häufiger in die Kirche bzw. Moschee gingen, eher an eine Bestrafung nach dem Tod glaubten, sowie Suizid weniger als Lösung sahen. Ein weiteres Beispiel ist, je überzeugter sie von ihrer Religion sind und je mehr sie diese ausüben, desto weniger akzeptieren sie Suizid.

Wie vorher erwähnt, sind SyrerInnen in Syrien religiöser als SyrerInnen in Österreich. Auch deshalb wäre zu erwarten, dass diese weniger offen gegenüber Suizid sind, wie die eben beschriebene Hypothese zeigte, gibt es einen negativen Zusammenhang zwischen Religiosität und Offenheit gegenüber Suizid. Zudem geht Offenheit gegenüber Suizid mit einer höheren Suizidrate im Umfeld einher. Laut WHO (2018) betrug die Suizidrate in Österreich im Jahr 2016 15.6 per 100 000 Menschen. In Syrien hingegen betrug diese im selben Jahr lediglich 1.9 per 100 000. Die Hypothese, welche aus diesen Überlegungen entstand, lautet *ImmigrantInnen in Österreich haben eine liberalere und positivere Einstellung zu Suizid als Menschen in Syrien.* Laut der Ergebnisse zeigten SyrerInnen in Syrien auf vier der sieben

Skalen des ATTS signifikant höhere Werte als SyrerInnen in Österreich, was einen Unterschied bezüglich der Offenheit gegenüber Suizid unterstreicht. So glauben Nicht-ImmigrantInnen eher an eine Bestrafung nach dem Tod, würden suizidales Verhalten eher verstecken und sehen Suizid eher als Zeichen psychischer Erkrankung als SyrerInnen in Österreich. Sie sind also weniger offen gegenüber Suizid auf diesen Skalen. Auf der Skala Suizid als Lösung erreichten SyrerInnen in Syrien allerdings höhere Werte als SyrerInnen in Österreich, was bedeutet, dass diese Suizid eher als Lösung in Betracht ziehen würden. Dieser Zusammenhang steht eher mit Offenheit in Verbindung und somit kann die Hypothese nur für manche Subskalen angenommen werden. Ähnliche Ergebnisse zeigte ein Kulturvergleich zwischen PolInnen in Österreich und Polen (Kadluczka, 2012). Eine Erklärung hierfür wäre, dass die Skala *Suizid als Lösung* womöglich weniger für die Offenheit an sich steht. Da in Syrien weniger professionelle Hilfsangebote zur Verfügung stehen und suizidales Verhalten eher versteckt wird, wäre auch möglich, dass suizidale Menschen für ihre Probleme keine andere Lösung sehen, da sie diese nicht nach außen tragen können und somit Suizid als einzigen Ausweg betrachten. Diese Erklärung bedarf allerdings weiterer Forschung.

In Syrien ist der Islam die größte Glaubensgemeinschaft, es gibt allerdings auch ChristInnen. Der Islam gilt als eher konservative Religion und ist sehr strikt gegenüber Suizid. In vielen muslimischen Ländern steht Suizid sogar unter Strafe. Zwar werden ChristInnen, welche in muslimischen Ländern leben, von dieser eher weniger offenen Kultur beeinflusst, dennoch wachsen diese in einer anderen Religionsgemeinschaft und mit anderen Werten auf. Daher war die Hypothese, dass es einen *Unterschied zwischen den beiden Konfessionen hinsichtlich der Offenheit gegenüber Suizid* gibt. Das konnte in dieser Studie vorläufig bestätigt werden. So glaubten Glaubensangehörige des Islam signifikant mehr an Bestrafung nach dem Tod und sahen Suizid eher als Zeichen psychischer Erkrankung. ChristInnen hingegen akzeptierten Suizid eher als MuslimInnen, was ebenfalls die Hypothese bekräftigt.

#### **4.2 Offenheit gegenüber einem suizidalen Freund oder einer suizidalen Freundin**

Zwar sind Menschen, welche in nicht-säkularen Staaten leben, weniger offen gegenüber Suizid, allerdings zeigten Eskin et al. (2016), dass eben diese offener gegenüber suizidgefährdeten FreundInnen sind. Sie zeigten diesen mehr Unterstützung und wollten das suizidale Verhalten nicht akzeptieren. Daraus entstand die Hypothese *SyrerInnen haben eine positivere Einstellung gegenüber einem suizidgefährdeten Freund/einer suizidgefährdeten Freundin als syrische MigrantInnen in Österreich*. In dieser Studie konnte das nicht bestätigt werden. Es fanden sich lediglich auf der Skala *Akzeptanz für einen suizidalen Freund/eine suizidale Freundin* Unterschiede zwischen den Kulturen, allerdings entgegengesetzt der

Hypothese. SyrerInnen in Syrien waren demnach weniger offener gegenüber einem suizidalen Freund/einer suizidalen Freundin als SyrerInnen in Österreich. Beim Geschlecht fand sich ebenfalls ein Unterschied, welcher besagt, dass Frauen einem suizidalen Freund/einer suizidalen Freundin eher helfen würden als Männer.

#### **4.3 Laientheorien über die Ursachen von Suizid**

Laut Literatur gibt es Unterschiede bezüglich der Ursachenzuschreibung von Suizidalität, welche sich zwischen Kulturen und Geschlecht unterscheiden (Vatan, et al., 2010; Voracek, Loibl, & Lester, 2007). Daher wurde folgende Hypothese formuliert: *Syrische ImmigrantInnen unterscheiden sich im Glauben an Ursachen für Suizid von SyrerInnen in Syrien*. Laut der erhobenen Daten zeigten SyrerInnen in Syrien sowohl mehr intrapsychische Ursachenzuschreibung, als auch interpersonelle. In vorherigen Studien wurde wiederholt ein Zusammenhang zwischen Religiosität bzw. säkularer Bildung und intrapsychischer Ursachenzuschreibung gefunden (Vatan et al., 2010; Voracek, Loibl, & Lester, 2007). Die Ergebnisse der vorliegenden Studie unterstützen diese Hypothese. Demnach schreiben SyrerInnen in Syrien Suizid intrapsychischen Ursachen wie z.B. psychischen Störungen oder dem verlorenen Glauben an Gott, zu. Diese Ergebnisse passen auch zu dem vorherig diskutierten Ergebnis bzgl. der Einstellung gegenüber Suizidalität, dass SyrerInnen in Syrien Suizid eher als Zeichen psychischer Erkrankung ansehen als SyrerInnen in Österreich. Auf ebendieser Skala intrapsychische Ursachen wurde zudem ein signifikanter Unterschied zwischen den Religionen gefunden. MuslimInnen zeigen demnach höhere Werte hinsichtlich intrapsychischer Ursachenzuschreibung als ChristInnen, was ebenfalls der Literatur entspricht (Voracek, Loibl, & Lester, 2007). Allerdings wurden in den bisherigen Studien verschiedene Religionen zwischen verschiedenen Ländern verglichen und nicht im gleichen Land, wie es in dieser Studie der Fall war. Die Ergebnisse zeigten ebenfalls, dass ChristInnen eher soziale Ursachen für Suizid sahen verglichen mit MuslimInnen. Doğuş (2011), welche die gleiche Thematik mit einer türkischen Stichprobe (muslimisch) untersuchte, fand ebenfalls Gruppenunterschiede hinsichtlich sozialer Ursachenzuschreibung. In ihrer Stichprobe zeigten TürkInnen in der Türkei signifikant mehr soziale Ursachenzuschreibung als die verglichene MigrantInnengruppe. In der vorliegenden Studie konnten keine Unterschiede diesbezüglich zwischen Syrien und Österreich gefunden werden.

#### **4.4 Inanspruchnahme professioneller Hilfe**

Wie zuvor beschrieben, haben Studien verschiedene Einflussfaktoren auf die Offenheit gegenüber professioneller Hilfe gefunden. So die Zugänglichkeit, das Geschlecht oder die Religiosität. Die darauf basierende Hypothese *Es gibt einen Unterschied zwischen SyrerInnen*

*in Syrien und syrischen ImmigrantInnen in Österreich bezüglich der Bereitschaft professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen* konnte nicht bestätigt werden. Das Angebot professioneller Hilfe ist für SyrerInnen in Wien nur begrenzt, insbesondere auf Arabisch, was wiederum die wahrgenommene Zugänglichkeit einschränken könnte. Hier wäre ein Vergleich mit ÖsterreicherInnen interessant, um zu untersuchen, wie offen womöglich SyrerInnen gegenüber professioneller Hilfe generell im Vergleich mit westlichen Kulturen bereits sind. Auch die häufigen psychischen Erkrankungen von Flüchtlingen könnten ein Grund hierfür sein, da laut diverser Quellen die Bereitschaft professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen, mit psychischen Leiden wie Depressionen oder Angststörungen weniger vorhanden ist (Gould et al., 2004; Rickwood et al., 2005). Ebenso gibt es in Syrien seit Kriegsbeginn vermehrt psychosoziale Angebote, womit deren Bereitschaft professionelle psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen womöglich auch steigt.

#### **4.5 Annahmen über genetischen Einfluss auf Suizidalität**

Da laut Voracek et al. (2008) kein Unterschied hinsichtlich der Annahmen von genetischem Einfluss auf Suizidalität zwischen verschiedenen Kulturgruppen gefunden werden konnte, wurde die Hypothese *8 Es gibt keinen Unterschied bezüglich der Annahmen über genetische Ursachenzuschreibung von Suizidalität zwischen den Gruppen*, aufgestellt. Diese Hypothese konnte laut vorliegenden Ergebnissen vorläufig bestätigt werden. Weder zwischen den Kulturen, noch zwischen Geschlecht oder Konfession fanden sich Unterschiede. Hier muss man allerdings erwähnen, dass es bei diesem Fragebogen in Österreich die meisten fehlenden Daten gab. Fehlende Daten wurden hier als falsch bewertet. Zwar könnte man argumentieren, dass Menschen, welche die Fragen nicht beantwortet haben, schlicht die Antwort nicht wussten. Dennoch ist es auch möglich, dass SyrerInnen in Österreich die Fragen nicht verstanden, da diese sehr kompliziert zu verstehen waren, was auch oft als Rückmeldung kam. SyrerInnen in Österreich hatten ein signifikant niedrigeres Bildungsniveau als SyrerInnen in Syrien, was ebenfalls das Verständnis beeinflusst haben könnte. Die Komplexität und das damit einhergehende Verständnis/ Nicht-Verständnis der Frage repräsentiert dennoch nicht das Wissen oder Nicht-Wissen der Frage.

Vorherige Diplomarbeiten fanden ähnliche Ergebnisse, untersuchten allerdings v.a. christlich geprägte Länder. Doğuş (2011), welche ebenfalls eine muslimische Stichprobe untersuchte, fand Unterschiede hinsichtlich der Annahmen bezüglich genetischen Einflusses auf Suizidalität. In ihrer Untersuchung zeigten türkische MigrantInnen in Österreich signifikant mehr richtige Annahmen als TürkInnen in der Türkei. Auch bei Doğuş (2011)

zeigte die österreichische Stichprobe allerdings ähnlich unzureichende Reliabilitätswerte, was die Autorin ebenfalls kritisierte.

#### **4.6 Limitationen**

Es gibt diverse Limitationen in dieser Studie, welche die Interpretation der Ergebnisse einschränken. Vorerst lässt sich sagen, dass die beiden Stichproben sehr unterschiedlich sind. So gibt es in der österreichischen Stichprobe signifikant mehr Männer als Frauen, sowie signifikant mehr MuslimInnen als ChristInnen, womit sich diese Stichprobe signifikant von der syrischen unterscheidet. Diese ungleichen Gruppengrößen führen zu einem deutlichen Powerverlust. Zwar wurden die beiden Gruppengrößen zwecks Kultur (Syrien vs. Österreich) etwa gleich groß gewählt und mittels G\*Power, Version 3.1 (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) im Vorhinein berechnet, allerdings stellte sich die Akquirierung der Teilnehmenden als sehr schwer heraus, weshalb nicht darauf geachtet werden konnte eine ausreichende Power betreffend Geschlecht und Konfession innerhalb der beiden Stichproben zu gewährleisten.

Ebenso unterscheiden sich Durchschnittsalter und Bildungsniveau der beiden Stichproben. Beide Faktoren könnten einen bedeutenden Einfluss auf Einstellungen und Religiosität haben.

Die Reliabilitätswerte des BIRFSS waren bei der österreichischen Stichprobe ungenügend. Das könnte verschiedene Gründe haben. Es gab viele fehlende Daten, welche als falsch gewertet wurden. Zudem könnte die ungenügende Reliabilität auf Verständnisschwierigkeiten zurück zu führen sein. Die Übersetzung gestaltete sich beim BIRFSS am schwierigsten, da die Items sehr kompliziert waren. Die Übersetzer gaben bereits während der Übersetzung an, dass wenig gebildete Menschen manche Aussagen nicht verstehen könnten. Um eine möglichst genaue Übersetzung gewährleisten zu können, musste auf eine absolute Vereinfachung allerdings verzichtet werden. Laut Chi-Quadrat-Test unterscheiden sich syrische ImmigrantInnen von SyrerInnen in Syrien signifikant hinsichtlich des Bildungsniveaus. Dies könnte folglich einen Einfluss gehabt haben auf das Verständnis der Fragen.

Generell könnten die teilweise schlechten Reliabilitätswerte auch an der geringen Variabilität im Antwortverhalten liegen. Wenn alle die gleiche Einstellung haben, fällt das Cronbach's Alpha eher schlecht aus, da keine Varianz erzeugt wird und somit keine Zusammenhänge sichtbar werden. Die eher geringe Varianz wurde auch an den Daten erkennbar anhand von Decken- bzw. Bodeneffekten.

Zudem ist Suizidalität ein sehr sensibles Thema. Insbesondere in Österreich haben einige der TeilnehmerInnen von eigenen Suizidgedanken und –versuchen berichtet. Andere wiederum wollten aufgrund der Sensibilität nicht teilnehmen. Das könnte zu einer Verzerrung der Stichprobe geführt haben, da eventuell vorwiegend Menschen teilgenommen haben, welche von vornherein offener gegenüber der Thematik waren.

Die Kontrolle über die Stichprobe in Syrien war zudem nicht komplett gegeben. Da die Akquisition der TeilnehmerInnen sehr schwierig war, halfen zwei weitere Syrer die Fragebögen zu verteilen. Somit war zunehmend unklar unter welchen Umständen und an welche Personen die Fragebögen verteilt wurden. Auch da die syrische Kontaktperson Christ ist und der weite Bekanntenkreis dessen kaum sehr konservative MuslimInnen enthält, wurden jene beispielsweise nicht angesprochen. Da auch seit dem Bürgerkrieg in Syrien ein hohes Misstrauen zwischen bestimmten religiösen Untergruppen, insbesondere der konservativ Gläubigen, herrscht, konnte keine repräsentative Stichprobe akquiriert werden.

Die Ergebnisse dieser Studie sollten demnach vor dem Hintergrund der dargelegten Limitationen interpretiert werden.

#### **4.7 Ausblick**

Diese Studie war die erste dieser Art, welche SyrerInnen mit Hilfe einer Migrant Study zum Thema Einstellung zu Suizidalität und Religiosität untersuchte. Die Stichprobe in Österreich bestand nur aus Flüchtlingen, die Aufenthaltsdauer betrug im Durchschnitt 3.5 Jahre. Interessant wäre zu untersuchen welche Unterschiede es vielleicht zwischen syrischen Flüchtlingen und SyrerInnen gibt, welche bereits länger in Österreich leben und nicht als Flüchtlinge gekommen sind. Ein weiterer interessanter Faktor in diesem Zusammenhang wäre, den Einfluss eventueller psychischer Erkrankungen miteinzubeziehen. Da die Menschen in Syrien in den letzten Jahren massiv unter dem Bürgerkrieg gelitten und noch immer mit den Folgen zu kämpfen haben, könnten Depressionen, PTBS oder andere psychische Probleme einen Einfluss auf das Antwortverhalten haben. Insbesondere bei ProbandInnen, welche nur aus Flüchtlingen bestehen, kommen noch weitere Faktoren wie Diskriminierung und Einsamkeit hinzu. Auf diese Faktoren könnte bei weiteren Studien eingegangen werden.

Lester (1993) beschrieb, dass Suizidraten während des Krieges niedriger sind, als in Zeiten von Frieden. In Syrien ist die Suizidrate seit Kriegsbeginn konstant bei 1.9 per 100.000 EinwohnerInnen geblieben (WHO, 2018), allerdings ist nicht klar, wie vollständig die Daten sind. Derzeit ist zwar noch nicht abzusehen, wann Syrien sich von dem Krieg erholt hat, eine Erhebung nach dem Krieg könnte aber interessant sein und mit den vorliegenden Ergebnissen verglichen werden.

#### 4.8 Zusammenfassung

Der Vergleich von SyrerInnen in Syrien mit SyrerInnen in Österreich brachte verschiedene Ergebnisse, welche dem besseren Verständnis von Suizidalität im interkulturellen Vergleich dienen sollen. Insbesondere hinsichtlich Religiosität, Ursachenzuschreibung zu Suizid und Einstellung gegenüber Suizid konnten deutliche Unterschiede gefunden werden. So sind SyrerInnen in Syrien wie erwartet religiöser, gehen häufiger in die Kirche/Moschee, haben stärkere religiöse Überzeugungen und erfahren mehr Unterstützung durch die Glaubensgemeinschaft. Hinsichtlich der Einstellung gegenüber Suizid konnten teilweise Unterschiede gefunden werden, welche dafür sprechen, dass SyrerInnen in Syrien weniger offen gegenüber Suizid sind, diese allerdings Suizid eher als Lösung sehen. SyrerInnen in Syrien sehen zudem verglichen mit SyrerInnen in Österreich erwartungsgemäß eher intrapsychische Ursachen, wie z.B. psychische Erkrankungen als Auslöser für Suizid, was mutmaßlich mit höherer Religiosität zusammenhängt.

Nicht nur zwischen den Kulturen, auch zwischen den Konfessionen wurden Unterschiede deutlich. So sind MuslimInnen religiöser und zeigen eine weniger offene Einstellung gegenüber Suizid als ChristInnen. MuslimInnen zeigten zudem eher intrapsychische Ursachenzuschreibung als ChristInnen.

Entgegen der Erwartungen zeigten SyrerInnen in Österreich eine höhere Akzeptanz gegenüber einem suizidgefährdeten Freund/einer Freundin. Durch die geringe Suizidrate in Syrien könnte es sein, dass womöglich wenig Kontakt zu suizidalen Menschen besteht und sich somit als schwierig erweist sich vorzustellen, wie man konkret reagieren würde. Aufgrund der höheren Suizidrate in Österreich, sowie unter Flüchtlingen, könnte dies ein besseres Verständnis der vorzustellenden Situation hervorrufen. Allerdings müsste man diese Hypothese näher untersuchen.

Viele der bisherigen Studien untersuchten MigrantInnen, welche bereits mehrere Jahrzehnte oder sogar als zweite Generation im Migrationsland lebten. Hier ist zu beachten, dass die in Österreich lebenden SyrerInnen alle Flüchtlinge sind und im Durchschnitt erst seit 3.5 Jahren in Österreich leben. Die diskutierten Unterschiede der Gruppen zeigen somit auch einen beachtlichen Einfluss des kulturellen Umfeldes, welches in kurzer Zeit solche Unterschiede hervorbringt.

Eine ebenfalls sehr interessante Erweiterung zu bisherigen Studien ist der Vergleich verschiedener Konfessionen der gleichen Kultur, doch in unterschiedlichen kulturellen Umfeldern. Zusätzlich zu der dargestellten Relevanz von Religiosität als Schutzfaktor gegen

Suizidalität wird deutlich, welche Rolle die Konfession spielt und kann somit in mögliche Interventionsstrategien miteinbezogen werden.

### Literaturverzeichnis

- Albani, C., Bailer, H., Blaser, G., Geyer, M., Brähler, E., & Grulke, N. (2002). 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.  
<https://doi.org/10.1177/0020764004040957>
- Ang, R. P., Lau, S., Tan, A., & Lim, K. M. (2007). Refining the attitudes toward seeking professional psychological help scale: Factorial invariance across two Asian samples. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, *40*, 130-141.  
<https://doi.org/10.1080/07481756.2007.11909810>
- Ang, R. P., Lim, K. M., Tan, A. G., & Yau, T. Y. (2004). Effects of gender and sex role orientation on help-seeking attitudes. *Current Psychology*, *23*, 203–214.  
<https://doi.org/10.1007/s12144-004-1020-3>
- Assalman, I., Alkhalil, M., & Curtice, M. (2008). Mental health in the Syrian Arab Republic. *International Psychiatry*, *5*, 64-66. <https://doi.org/10.1192/S1749367600002095>
- Auswärtiges Amt. (2018). Syrien. Abgerufen von <https://www.auswaertiges-amt.de/de/aussenpolitik/laender/syrien-node/syrien/204260>
- Bayerischer Landtag. (2017, 30. Mai). Antwort des Staatsministeriums für Arbeit und Soziales, Familie und Integration. Abgerufen von [https://www.bayern.landtag.de/www/ElanTextAblage\\_WP17/Drucksachen/Schriftliche%20Anfragen/17\\_0016121.pdf](https://www.bayern.landtag.de/www/ElanTextAblage_WP17/Drucksachen/Schriftliche%20Anfragen/17_0016121.pdf)
- Behling, O., & Law, K. S. (2000). *Translating questionnaires and other research instruments: problems and solutions*. Thousand Oaks, CA: Sage.  
<https://dx.doi.org/10.4135/9781412986373>
- Blaschke, B. (2018, 16. September). *Syrien - Wählen im Krieg*. Die Tagesschau. Abgerufen von <https://www.tagesschau.de/ausland/syrien-kommunalwahl-101.html>
- Braam, A. W., van den Eeden, P., Prince, M. J., Beekman, A. T. F., Kivelä, S. L., Lawlor, B. A., ... Copeland, J. R. M. (2001). Religion as a cross-cultural determinant of depression in elderly Europeans: Results from the EURODEP collaboration. *Psychological Medicine*, *31*, 803-814. <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291701003956>

- Bundesministerium für Inneres. (2015). Asylstatistik 2015. Abgerufen von [https://www.bmi.gv.at/301/Statistiken/files/Jahresstatistiken/Asyl\\_Jahresstatistik\\_2015.pdf](https://www.bmi.gv.at/301/Statistiken/files/Jahresstatistiken/Asyl_Jahresstatistik_2015.pdf)
- Bundesministerium für Inneres. (2016). Asylstatistik 2016. Abgerufen von [https://www.bmi.gv.at/301/Statistiken/files/Jahresstatistiken/Jahresstatistik\\_Asyl\\_2016.pdf](https://www.bmi.gv.at/301/Statistiken/files/Jahresstatistiken/Jahresstatistik_Asyl_2016.pdf)
- Bundesministerium für Inneres. (2017). Asylstatistik 2017. Abgerufen von [https://www.bmi.gv.at/301/Statistiken/files/Jahresstatistiken/Asyl-Jahresstatistik\\_2017.pdf](https://www.bmi.gv.at/301/Statistiken/files/Jahresstatistiken/Asyl-Jahresstatistik_2017.pdf)
- Bundesministerium für Inneres. (2018). Asylstatistik 2018. Abgerufen von [https://www.bmi.gv.at/301/Statistiken/files/Jahresstatistiken/Asyl-Jahresstatistik\\_2018.pdf](https://www.bmi.gv.at/301/Statistiken/files/Jahresstatistiken/Asyl-Jahresstatistik_2018.pdf)
- Bundespsychotherapeutenkammer. (2015, 16. September). Mindestens die Hälfte der Flüchtlinge ist psychisch krank. BPtK-Standpunkt „Psychische Erkrankungen bei Flüchtlingen“. Abgerufen von <https://www.bptk.de/mindestens-die-haelfte-der-fluechtlinge-ist-psychisch-krank/>
- Bundesregierung Österreich. (2019). Beratung und Betreuung für Asylwerber, anerkannte Flüchtlinge sowie Migranten. Abgerufen von <https://www.oesterreich.gv.at/themen/soziales/armut/2/Seite.1694400.html>
- Cavalli-Sforza, L. L., Menozzi, P., & Piazza, A. (1994). *The history and geography of human genes*. Princeton: Princeton University Press. <https://doi.org/10.2307/2058750>
- Chesney, E., Goodwin, G. M., & Fazel, S. (2014). Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review. *World Psychiatry, 13*, 153-160. <https://doi.org/10.1002/wps.20128>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.)*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Deane, F. P., Wilson, C. J., & Ciarrochi, J. (2001). Suicidal ideation and help-negation: Not just hopelessness or prior help. *Journal of Clinical Psychology, 57*, 901-914. <https://doi.org/10.1002/jclp.1058>
- Demean-Dumulesc, C. (2014). *Einstellungen zu Suizid, Religiosität und Health Beliefs: Interkultureller Vergleich zwischen Rumänien und Rumänen in Österreich* (Unveröffentlichte Diplomarbeit). Faculty of Psychology, University of Vienna.
- Doğuş, F. E. (2011). *Psychometrische Analyse und Validierung der Beliefs in the Inheritance of Risk Factors for Suicide Scale (BIRFSS) im Kontext der Migration: Türkei und*

- türkische MigrantInnen in Österreich*. M.Sc. thesis, Faculty of Psychology, University of Vienna.
- Éger, C. (2014). *Einstellungen zu Suizid, Religiosität und Health Beliefs: Ein interkultureller Vergleich zwischen Ungarn und UngarInnen in Österreich* (Unveröffentlichte Diplomarbeit). Faculty of Psychology, University of Vienna.
- 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. <https://doi.org/10.1007/s001270050225>
- 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. <https://doi.org/10.1007/s00127-004-0769-x>
- Eskin, M., Kujan, O., Voracek, M., Shaheen, A., Carta, M. G., Sun, J.-M., ... Tsuno, K. (2016). Cross-national comparisons of attitudes towards suicide and suicidal persons in university students from 12 countries. *Scandinavian Journal of Psychology*, *57*, 554-563. <https://doi.org/10.1111/sjop.12318>
- 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. <https://doi.org/10.1007/s00127-010-0254-7>
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G\*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, *39*, 175-191. <https://doi.org/10.3758/bf03193146>
- Fearon, P., & Morgan, C. (2006). Environmental factors in schizophrenia: The role of migrant studies. *Schizophrenia Bulletin*, *32*, 405-408. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbj076>
- Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS Statistics (4th ed.)*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Finch, H. (2005). Comparison of the performance of nonparametric and parametric MANOVA test statistics when assumptions are violated. *Methodology*, *1*, 27-38. <https://doi.org/10.1027/1614-1881.1.1.27>
- Fink, E. (2013). *Einstellungen zu Suizid, Religiosität und Health Beliefs: Ein interkultureller Vergleich zwischen Russland/Kasachstan und RussInnen /KasachInnen in Mitteleuropa* (Unveröffentlichte Diplomarbeit). Faculty of Psychology, University of Vienna.

- Fischer, E. H., & Turner, J. I. (1970). Orientations to seeking professional help: Development and research utility of an attitude scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 35*, 79-90. <https://doi.org/10.1037/h0020198>
- Fung, K., & Wong, Y. 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. <https://doi.org/10.1177/0020764006074541>
- Gale, C. R., & Martyn, C. N. (1995). Migrant studies in multiple sclerosis. *Progress in Neurobiology, 47*, 425-448. [https://doi.org/10.1016/0301-0082\(95\)80008-V](https://doi.org/10.1016/0301-0082(95)80008-V)
- Gearing, R. E., & Lizardi, D. (2009). Religion and suicide. *Journal of Religion and Health, 48*, 332-341. <https://doi.org/10.1007/s10943-008-9181-2>
- Gould, M. S., Velting, D., Kleinman, M., Lucas, C., Thomas, J. G., & Chung, M. (2004). Teenagers' attitudes about coping strategies and help-seeking behavior for suicidality. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 43*, 1124-1133. <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000132811.06547.31>
- Hatfield, B., Mohamad, H., Rahim, Z., & Tanweer, H. (1996). Mental health and the Asian communities: A local survey. *British Journal of Social Work, 26*, 315-336.
- Hawton, K. (2000). Sex and suicide. Gender differences in suicidal behaviour. *British Journal of Psychiatry, 177*, 484-485. <https://doi.org/10.1192/bjp.177.6.484>
- Holland, J. C., Kash, K. M., Passik, S., Gronert, M. K., Sison, A., Lederberg, M., ... Fox, B. (1998). A brief spiritual inventory for the use in quality of life research in life-threatening illness. *Psycho-Oncology, 7*, 460-469. [http://dx.doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1611\(199811/12\)7:6<460::AID-PON328>3.0.CO;2-R](http://dx.doi.org/10.1002/(SICI)1099-1611(199811/12)7:6<460::AID-PON328>3.0.CO;2-R)
- IBM SPSS Statistics for Windows, Version 25.0. (2017). Armonk, NY: IBM Corp.
- Innamorati, M., Pompili, M., Lester, D., Yang, B., Amore, M., Di Vittorio, C., & Girardi, P. (2012). Economic crises and suicide. In M. Pompili (Ed.), *Suicide: A global perspective* (pp. 30-39). Sharjah: Bentham e-books.
- Kadluczka, K. (2012). *Einstellungen zu Suizid, Religiosität und Health Beliefs: Ein interkultureller Vergleich zwischen ÖsterreicherInnen, PolInnen und polnischen ImmigrantInnen* (Unveröffentlichte Diplomarbeit). Faculty of Psychology, University of Vienna.
- Khan, M. M. (1971). *The Translation of the meanings of Sahih Al Bukhari Arabic English*. Houston: Darussalam Publications.

- Kim, K., & Park, J. I. (2014). Attitudes toward suicide among college students in South Korea and the United States. *International Journal of Mental Health Systems*, 8(17).  
<https://doi.org/10.1186/1752-4458-8-17>
- Kleiman, E., Riskind, J. H., & Schaefer, K. E. (2014). Social support and positive events as suicide resiliency factors: Examination of synergistic buffering effects. *Archives of Suicide Research*, 18, 144-155. <https://doi.org/10.1080/13811118.2013.826155>
- Kolonel, L. N., & Wilkens, L. R. (2006). Migrant studies. In D. Schottenfeld, & J. F. Fraumeni (Ed.), *Cancer epidemiology and prevention* (3rd ed., pp. 189-201). Oxford: Oxford University Press.
- Koopmans, R. (2013). Fundamentalismus und Fremdenfeindlichkeit. Muslime und Christen im europäischen Vergleich. *WZB Mitteilungen*, 142, 21-25.
- Krysinska, K., & Lester, D. (2010). Post-traumatic stress disorder and suicide risk. *Archives of Suicide Research*, 14, 1-23. <https://doi.org/10.1080/13811110903478997>
- Lawrence, R. E., Oquendo, M. A., & Stanley, B. (2015). Religion and suicide risk: A systematic review. *Archives of Suicide Research*, 20, 1-21.  
<https://doi.org/10.1080/13811118.2015.1004494>
- Leong, F. T. L., & Zachar, P. (1999). Gender and opinions about mental illness as predictors of attitudes toward seeking professional psychological help. *British Journal of Guidance & Counselling*, 27, 123-132. <https://doi.org/10.1080/03069889908259720>
- Lester, D. (1993). The effect of war on suicide rates. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 242, 248-249.
- Lester, D., & Bean, J. (1992). Attribution of causes to suicide. *Journal of Social Psychology*, 132, 679-680. <https://doi.org/10.1080/00224545.1992.9713907>
- Mann, J. J., Apter, A., Bertolote, J., Beautrais, A., Currier, D., Haas, A., ... Hendin, H. (2005). Suicide prevention strategies: A systematic review. *The Journal of the American Medical Association*, 294, 2064-2074.  
<https://doi.org/10.1001/jama.294.16.2064>
- McSpadden, L. A. (1987). Ethiopian refugee resettlement in the western United States: Social context and psychological well-being. *International Migration Review*, 21, 796-819.  
<https://doi.org/10.2307/2546623>
- Menziozzi, P., Piazza, A., & Cavalli-Sforza, L. L. (1978). Synthetic maps of human gene frequencies in Europeans. *Science*, 201, 186-192.  
<https://doi.org/10.1126/science.356262>

- Mikulic, I. (2014). *Einstellungen zu Suizid, Religiosität und Health Beliefs: Ein interkultureller Vergleich zwischen Kroatien und KroatInnen in Österreich* (Unveröffentlichte Diplomarbeit). Faculty of Psychology, University of Vienna.
- Miller, L., Warner, V., Wickramaratne, P., & Weissman, M. (1999). Religiosity as a protective factor in depressive disorder. *American Journal of Psychiatry*, *156*, 808-809. <https://doi.org/10.1176/ajp.156.5.808a>
- Milo, R., & Kahana, E. (2009). Multiple sclerosis: Geoepidemiology, genetics and the environment. *Autoimmunity Reviews*, *9*, 387-394. <https://doi.org/10.1016/j.autrev.2009.11.010>
- Nam, S. K., Chu, H. J., Lee, M. K., Lee, J. H., Kim N., & Lee, S. M. (2010). A meta-analysis of gender differences in attitudes toward seeking professional psychological help. *Journal of American College Health*, *59*, 110–116. <https://doi.org/10.1080/07448481.2010.483714>
- Pritchard, C., & Amanullah, S. (2007). An analysis of suicide and undetermined deaths in 17 predominantly Islamic countries contrasted with the UK. *Psychological Medicine*, *37*, 421-430. <https://doi.org/10.1017/S0033291706009159>
- Ramos, P. P. S. (2013). *Einstellungen zu Suizid, Religiosität und Health Beliefs: Ein interkultureller Vergleich zwischen in Peru lebenden PeruanerInnen und in Österreich lebenden PeruanerInnen* (Unveröffentlichte Diplomarbeit). Faculty of Psychology, University of Vienna.
- Rickwood, D., Deane, F. P., Wilson, C. J., & Ciarrochi, J. V. (2005). Young people's help-seeking for mental health problems. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, *4*, 1-34. <https://doi.org/10.5172/jamh.4.3.218>
- Rihmer, Z. (2011). Depression and suicidal behaviour. In R. C. O'Conner, S. Platt, & J. Gordon (Ed.), *International handbook of suicide prevention: Research, policy and practice* (1st ed., pp. 59-73). New Jersey: Wiley. <https://doi.org/10.1002/9781119998556>
- The Syrian Arab News Agency. (2012, 28. Februar). Constitution of the Syrian Arab Republic approved in popular referendum on February 27, 2012. Abgerufen von <https://web.archive.org/web/20121014034300/http://sana.sy/eng/370/2012/02/28/401178.htm>
- Schulze, R. (1996). Was ist die islamische Aufklärung? *Die Welt des Islams*, *36*, 276-325.

- Shah, A., & Chandia, M. (2010). The relationship between suicide and Islam: A cross-national study. *Journal of Injury and Violence Research*, 2. <https://doi.org/10.5249/jivr.v2i2.60>
- Sheffield, J. K., Fiorenza, E., & Sofronoff, K. (2004). Adolescents' willingness to seek psychological help: Promoting and preventing factors. *Journal of Youth and Adolescence*, 33, 495-507.
- 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. <http://dx.doi.org/10.1007/s001270050246>
- Spuler-Stegemann, U. (2017). *Islam. Die 101 wichtigsten Fragen*. München: C.H. Beck.
- Stadt Wien. (2018). Daten und Fakten zur Migration 2018 – Wiener Bevölkerung. Abgerufen von <https://www.wien.gv.at/menschen/integration/daten-fakten/bevoelkerung-migration.html>
- Staehr, M. A., & Munk-Andersen, E. (2006). Suicide and suicidal behavior among asylum seekers in Denmark during the period 2001-2003. A retrospective study. *Ugeskrift for laeger*, 168, 1650-1653.
- Statista. (2016, 11. August). Verteilung der Bevölkerung in Syrien nach Konfessionen. Abgerufen von <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/589723/umfrage/verteilung-der-bevoelkerung-in-syrien-nach-konfessionen/>
- Statista. (2019, 21. Mai). Anzahl der Ausländer in Österreich nach den zehn wichtigsten Staatsangehörigkeiten am 1. Januar 2019. Abgerufen von <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/293019/umfrage/auslaender-in-oesterreich-nach-staatsangehoerigkeit/>
- Statistik Austria. (2007, 01. Juni). Bevölkerung nach dem Religionsbekenntnis und Bundesländern 1951 bis 2001. Abgerufen von [http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/menschen\\_und\\_gesellschaft/bevoelkerung/volkzaehlungen\\_registerzaehlungen\\_abgestimmte\\_erwerbsstatistik/bevoelkerung\\_nach\\_demographischen\\_merkmalen/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/volkzaehlungen_registerzaehlungen_abgestimmte_erwerbsstatistik/bevoelkerung_nach_demographischen_merkmalen/index.html)
- Statistik Austria. (2019, 28. Juni). Bevölkerung 2017 nach detailliertem Geburtsland, Geschlecht und Bundesland. Abgerufen von [http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/menschen\\_und\\_gesellschaft/bevoelkerung/volkzaehlungen\\_registerzaehlungen\\_abgestimmte\\_erwerbsstatistik/bevoelkerung\\_nach\\_demographischen\\_merkmalen/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/volkzaehlungen_registerzaehlungen_abgestimmte_erwerbsstatistik/bevoelkerung_nach_demographischen_merkmalen/index.html)

- Svedova, V. (2013). *Einstellungen zu Suizid, Religiosität und Health Beliefs: Ein interkultureller Vergleich zwischen SlowakInnen und slowakischen ImmigrantInnen in Österreich* (Unveröffentlichte Diplomarbeit). Faculty of Psychology, University of Vienna.
- Syrian Ministry of Health. (o.D.). Abgerufen von <http://www.moh.gov.sy/Default.aspx?tabid=254&language=en-US>
- United Nations. (o. D.). Refugees and migrants. *Definitions*. Abgerufen von <https://refugeesmigrants.un.org/definitions>
- United Nations. (2019). World population prospects 2019. Abgerufen von <https://population.un.org/wpp/>
- Van Praag, H. M. (2009). The role of religion in suicide prevention. In D. Wasserman, & C. Wasserman (Ed.), *Suicidology and suicide prevention* (pp.7-12). Oxford: Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med/9780198570059.003.0002>
- Vatan, S., Gençöz, F., Walker, R., & Lester, D. (2010). Lay theories of suicide in Turkish and American students. *Suicidology Online, 1*, 28-33.
- Vierhaus, R. (1995). *Was war Aufklärung?* Göttingen: Wallstein.
- Vijayakumar, L., & Jotheeswaran, A. T. (2010). Suicide in refugees and asylum seekers. In D. Bugra, T. Craig, & K. Bhui (Ed.), *Mental health of refugees and asylum seekers* (pp. 195-208). Oxford: Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med/9780199557226.003.0014>
- Voracek, M. (2007). Genetic factors in suicide: Reassessment of adoption studies and individuals' beliefs about adoption study findings. *Psychiatria Danubina, 19*, 139-153.
- Voracek, M., Fisher, M., L., Loibl, L., M., Tan, H., & Sonneck, G. (2008). Beliefs about the genetics of suicide in Canadian students: Cross-language validation of the Beliefs in the Inheritance of Risk Factors for Suicide Scale (BIRFSS). *Psychiatry and Clinical Neurosciences, 62*, 271-278. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2008.01793.x>.
- Voracek, M., & Loibl, L. M. (2007). Genetics of suicide: A systematic review of twin studies. *Wiener Klinische Wochenschrift, 119*, 463-475.
- Voracek, M., & Loibl, L. M. (2008). Consistency of immigrant and country-of-birth suicide rates: A meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 118*, 259-271.
- Voracek, M., Loibl, L. M., Dervic, K., Kapusta, N., Niederkrotenthaler, T., & Sonneck, G. (2009). Consistency of immigrant suicide rates in Austria with country-of-birth suicide rates: A role for genetic risk factors for suicide? *Psychiatry Research, 170*, 286-289.

- Voracek, M., Loibl, L. M., & 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.  
<https://doi.org/10.2466/pms.104.3.985-994>
- Voracek, M., Loibl, L. M., & Lester, D. (2007). Lay theories of suicide among Austrian psychology undergraduates. *Crisis, 28*, 204-206. <https://doi.org/10.1027/0227-5910.28.4.204>
- Voracek, M., Loibl, L. M., & Sonneck, G. (2007). Beliefs in the Inheritance of Risk Factors for Suicide Scale: Development, reliability, stability, and convergent and discriminant validity. *Psychological Reports, 101*, 107-116. <https://doi.org/10.2466/pr0.101.1.107-116>
- Voracek, M., Vintila, M., & Muranyi, D. (2007). A further test of the Finno-Ugrian suicide hypothesis: County suicides rates in Romania correspond to the population proportion of ethnic Hungarians. *Perceptual and Motor Skills, 105*, 1209-1222.  
<https://doi.org/10.2466/PMS.105.7.1209-1222>
- Walker, R. L., Lester, D. & Joe, S. (2006). Lay theories of suicide: An examination of culturally relevant suicide beliefs and attributions among African Americans and European Americans. *Journal of Black Psychology, 32*, 320-334.  
<https://doi.org/10.1177/0095798406290467>
- Wolfersdorf, M., & Etzersdorfer, E. (2011). *Suizid und Suizidprävention*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Wolfersdorf, M., & Franke, C. (2006). *Suizidalität – Suizid und Suizidprävention*. Stuttgart: Thieme.
- World Health Organization. (2017). Mental Health Atlas-2017. *Country profiles*. Abgerufen von [https://www.who.int/mental\\_health/evidence/atlas/profiles-2017/SYR.pdf?ua=1](https://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/profiles-2017/SYR.pdf?ua=1)
- World Health Organization. (2018, 27. März). Addressing the silent impact of war: WHO expands mental health care services across Syria. Abgerufen von <http://www.emro.who.int/syr/syria-news/who-expands-mental-health-care-services-across-syria.html>
- World Health Organization. (2018, 05. April). Suicide rates, crude. Data by country. Abgerufen von <http://apps.who.int/gho/data/node.main.MHSUICIDE>

### Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. Mittelwertsunterschiede hinsichtlich der ersten Subskala des SBI-15-RD *Religiöse Überzeugungen und Praktiken* +/- 2 SEM, getrennt nach Wohnort und Konfession.

Abbildung 2. Mittelwerte hinsichtlich der Annahmen über genetischen Einfluss auf Suizidalität +/- 2 SEM, getrennt nach Wohnort und Konfession.

### Tabellenverzeichnis

Tabelle 1. Soziodemographische Daten

Tabelle 2. Cronbach's  $\alpha$  für ATTS, RISF, ACCS, SBI-15R-D, BIRFSS und ATSPPH-SF

Tabelle 3. Deskriptivstatistik der religiösen und spirituellen Einstellungen (SBI-15R-D)

Tabelle 3.1. Deskriptivstatistik Religiosität und Häufigkeit des Kirchgangs/Moscheebesuchs.

Tabelle 4. Deskriptivstatistik der Einstellung zu Suizid (ATTS)

Tabelle 5. Pearson-Korrelation zwischen Subskalen des ATTS und Skalen hinsichtlich Religiosität für SyrerInnen in Österreich und Syrien.

Tabelle 6. Deskriptivstatistik bzgl. Einstellung gegenüber einem imaginären suizidgefährdeten Freund/einer Freundin

Tabelle 7. Deskriptivstatistik zum Glauben an die Ursachen von Suizid (ACCS)

Tabelle 8. Deskriptivstatistik über die Bereitschaft professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen (ATSPPH-SF)

Tabelle 9. Pearson-Korrelation zwischen ATSPPH-SF und Skalen hinsichtlich Religiosität in Österreich und Syrien, bzw. im Islam und Christentum.

Tabelle 10. Deskriptivstatistik für den Glauben an den Einfluss genetischer Faktoren auf Suizid (BIRFSS)

## Anhang

### Abstract

Suiciderates and suicide ideation differ depending on the country and culture. It has been shown that migrants take the suiciderisk from their country of origin to the country migrating to, indicating that suicidality is strongly influenced by genetic components. Factors like religion or attitude towards suicide seem to have an influence as well. In countries with higher suicide rates, people are more liberal towards suicide compared to countries with lower suicide rates. Religion serves as a protecting factor. Genetics and cultural surroundings both seem to have an impact on suicidal behavior. By migrant study designs it is possible to investigate the impact of genetics and environmental components by comparing migrants with locals or non-migrants from their homecountry. In this migrant study design connected factors like religiosity, spirituality, attitude towards suicide, reaction towards an imagined suicidal friend, lay theories of suicide, attitudes towards seeking professional help as well as the beliefs in the inheritance of risk factors for suicide were assessed by using six questionnaires translated to arabic. Data was retrieved from Syrian refugees living in Austria ( $n = 89$ ) and Syrians living in Syria ( $n = 120$ ). Results showed, that Syrians in Syria were more religious than Syrians in Austria, same with Muslims compared to Christians. Apart from seeing suicide as a solution, Syrians in Austria were more open towards suicide on some scales compared to Syrians in Syria. Muslims were less open towards suicide than Christians. Concerning the attitude towards a suicidal friend, Syrians in Austria were more accepting than Syrians in Syria. There was no difference between the groups in openness towards seeking professional psychological help. The findings suggest that cultural surroundings have an impact on attitudes towards suicide in Syrians and that they show changes in their attitudes towards Austrians in some parts. It also shows differences between Islam and Christianity.

### Zusammenfassung

Suizid und Suizidgedanken unterscheiden sich je nach Land und Kultur. Es hat sich gezeigt, dass MigrantInnen das Suizidrisiko ihres Herkunftslandes in das Land mitnehmen, in das sie migrieren, was auf starke genetische Komponenten von Suizidalität hinweist. Faktoren wie Religiosität oder Einstellung zu Suizidalität scheinen ebenfalls einen Einfluss auf die Suizidrate zu haben. In Ländern mit höheren Suizidraten etwa, sind Menschen offener gegenüber Suizid als in Ländern mit niedrigeren Suizidraten. Religion dient als Schutzfaktor. Genetik und kulturelle bzw. umweltbezogene Komponenten scheinen somit einen Einfluss auf

Suizidalität zu haben. Mithilfe von migrant study designs können die Auswirkungen von Genetik und Umweltkomponenten untersucht werden, indem MigrantInnen mit Einheimischen oder Nicht-MigrantInnen aus ihrem Heimatland verglichen werden. In diesem migrant study design wurden zusammenhängende Faktoren wie Religiosität, Spiritualität, Einstellung zu Suizid, Reaktion auf einen suizidalen Freund oder eine suizidale Freundin, Ursachenzuschreibung für Suizid, Offenheit gegenüber professioneller Hilfe, sowie Annahmen über genetische Risikofaktoren für Suizid anhand von sechs in arabisch übersetzte Fragebögen abgefragt. Daten wurden von in Österreich lebenden syrischen Flüchtlingen ( $n = 89$ ) und in Syrien lebenden SyrerInnen ( $n = 120$ ) erhoben und verglichen. Die Ergebnisse zeigen, dass SyrerInnen in Syrien religiöser waren als SyrerInnen in Österreich, ebenso wie MuslimInnen im Vergleich zu ChristInnen. Abgesehen von der Skala Suizid als Lösung, waren SyrerInnen in Österreich in einigen Bereichen offener für Suizid als SyrerInnen in Syrien. MuslimInnen standen Suizid weniger offen gegenüber als ChristInnen. In Bezug auf die Einstellung zu einer/m suizidaler/n FreundIn waren SyrerInnen in Österreich akzeptabler als SyrerInnen in Syrien. Es gab keinen Unterschied zwischen den Gruppen in Bezug auf die Offenheit gegenüber professioneller psychologischer Hilfe. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass das kulturelle Umfeld einen Einfluss auf die Einstellung zu Suizidalität und Religiosität hat. Es zeigen sich auch Unterschiede zwischen Islam und Christentum.