



universität
wien

Diplomarbeit

Titel der Arbeit

Einstellungen zu Suizid, Religiosität und Health Beliefs:

Ein interkultureller Vergleich zwischen Ungarn und UngarInnen in Österreich

Verfasser

Csaba Éger

Angestrebter akademischer Grad

Magister der Naturwissenschaften (Mag. rer. nat.)

Wien, 2014

Studienkennzahl lt. Studienblatt A 298

Studienrichtung lt. Studienblatt Diplomstudium Psychologie

Betreuer Assoz. Prof. MMag. DDDr. Martin Voracek, Privatdoz.

DANKSAGUNG

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

Besonderer Dank an Edina Eger für die Unterstützung beim übersetzen der Fragebögen, und Veronika Kiss für die grammatikalische Korrektur meiner Arbeit.

INHALTSVERZEICHNIS

DANKSAGUNG	3
ABSTRACT	9
EINLEITUNG.....	11
THEORETISCHER HINTERGRUND	13
1.1 UNGARN.....	15
<i>1.1.1 Suizidraten in Ungarn</i>	<i>15</i>
1.2 MIGRATION UND SUIZIDALITÄT.....	19
1.3 RELIGION UND SUIZIDALITÄT.....	20
<i>1.3.1 Religion in Ungarn und Österreich</i>	<i>20</i>
<i>1.3.2 Einfluss von Religion auf Suizidalität</i>	<i>21</i>
1.4 EINSTELLUNG UND AKZEPTANZ VON SUIZID ODER EINER SUIZIDGEFÄHRDETEN PERSON	21
1.5 LAIENTHEORIEN ÜBER DER URSACHEN VON SUIZID.....	22
1.6 GENETIK UND SUIZID	23
1.7 INANSPRUCHNAHME PROFESSIONELLE PSYCHOLOGISCHE HILFE	24
1.8 HYPOTHESEN.....	25
METHODEN.....	27
2.1 STICHPROBE	29
<i>2.1.1 Stichprobenerhebung</i>	<i>29</i>
<i>2.1.2 Stichprobe und demographische Daten</i>	<i>32</i>
2.2 STICHPROBENGROÖÖE UND TESTSTÄRKENANALYSE.....	33
2.3 ERHEBUNGSINSTRUMENTE.....	34
<i>2.3.1 Fragebogenbatterie</i>	<i>34</i>
2.4 AUSWERTUNG	39

2.5 RÜCKLAUFQUOTE DER FRAGEBÖGEN	40
2.6 STICHPROBENGROÖE	40
ERGEBNISSE.....	43
3.1 SOZIODEMOGRAPHISCHER VERGLEICH.....	45
3.2 RELIABILITÄTSPRÜFUNG.....	45
3.3. HYPOTHESENPRÜFUNG	46
3.3.1 Ursachen für Suizid	46
3.3.2 Religiosität	48
3.3.3 Glaube an den Einfluss genetischer Faktoren auf den Suizid	50
3.3.4 Inanspruchnahme von professioneller Hilfe	51
3.3.5 Einstellung zu Suizid	52
3.3.6 Einstellung gegenüber einem suizidgefährdeten Freund	54
DISKUSSION	57
4.1 LAIENTHEORIEN ÜBER URSACHEN FÜR SUIZID	59
4.2 RELIGION UND SUIZIDALITÄT.....	60
4.3 GENETIK UND SUIZID	61
4.4 INANSPRUCHNAHME PROFESSIONELLER PSYCHOLOGISCHER HILFE	62
4.5 EINSTELLUNG ZU SUIZID	63
4.6 VERHALTEN GEGENÜBER EINEM SUIZIDGEFÄHRDETEN FREUND.....	64
4.7 LIMITIERUNGEN.....	65
4.8 ZUKÜNFTIGE FORSCHUNG.....	66
LITERATURVERZEICHNIS	69
EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG	79
CURRICULUM VITAE	81

ABSTRACT

Background Suicidal behavior is one of the most important social and psychological problems nowadays. Attitudes and beliefs of suicide differ from culture to culture. There are many theories about possible reasons and triggers which try to explain the systematicism regarding to suicide. One of the best known theory is the stigma hypotheses of Eskin. It differentiates cultures depending on their attitudes to suicide and points this attitude as a reason for low or high suicidal rates in the given culture. In Hungary suicide rates are extremely high although before the 1960s this country was not even close to have one of the highest suicide rates worldwide. Between the 1960s and 1988 the number of suicides has increased much. The question, why Hungary gained this very high rate is still partially unanswered.

Purpose The present study is conducted as a cross-cultural study which relates data from hungarians from Hungary and hungarian migrants, living in Austria. Different attitudes towards suicide, reactions to imagined suicidal friend, religiosity, lay theories of suicide, beliefs in the inheritance of risk factors for suicide and attitudes towards seeking professional help were the targets of the current study.

Method Data collection was carried out by an online survey including six questionnaires in a group of hungarians from Hungary ($n = 243$) and a group of migrant hungarians in Austria ($n = 183$).

Results Hungarians from Hungary show a higher acceptance for suicide than their counterparts in Austria do whereas Hungarians in Austria believe more in punishment after death in case of

suicide. Migrants to Austria show higher religiosity than Hungarians in Hungary. There could not be found any cultural differences in case of the reaction to an imagined suicidal friend. As expected, no differences regarding the influence of genetics on suicide were found.

Conclusion Important cultural differences were found between Hungarians in Hungary and migrants in Austria but not all the questions and reasons for unexpected outcomes have been answered. Possible reasons and implications for future research are discussed.

EINLEITUNG

Diese Diplomarbeit befasst sich mit einem interkulturellen Vergleich, die in Ungarn lebende Ungarn mit in Österreich lebende Ungarn vergleicht. Die Vergleichsaspekte beziehen sich auf Einstellung zu Suizid, Religiosität und Health beliefs. In den vergangenen Jahren untersuchten Dogus (2011), Kadluczka (2012), Aninilkumparambil(2012), Fink (2013), Santillan (2013) und Svedova (2013) diese Aspekte in verschiedenen Ländern. Der Ablauf und die Durchführung der oben genannten beziehungsweise vorliegenden Studie sind annähernd ident, damit wird hohes Maß an Vergleichbarkeit erzielt.

Suizid ist ein wichtiges Problem im Bereich des Sozial- und Gesundheitswesens, nachdem jedes Jahr ungefähr eine Million Menschen Suizid begehen. Ungarn befindet sich hinter den führenden Ländern der Welt, wenn Suizidrate in Betracht genommen wird. Derzeit gibt es nur fünf Nationen weltweit, die eine höhere Suizidrate aufweisen. Im Jahr 2009 haben insgesamt 24.6/100000 Personen Suizid begangen KSH (2010), wobei in Österreich wesentlich niedrigere Suizidraten (15/100000 Personen im Jahr 2010) zu beobachten sind (World Health Organisation, 2010).

Um Suizidraten und deren Veränderungen verstehen zu können beziehungsweise effektive präventive Methoden entwickeln zu können, ist es wichtig, Einstellungen und Glauben beziehungsweise Vermutungen an Auslösern von Suizid in der gegebenen Population zu untersuchen.

Die vorliegende Studie besteht aus zwei Teilen: das Ziel des theoretischen Teiles ist es soweit wie möglich, Klarheit zum Thema Suizid und diesbezügliche Forschungen zu schaffen.

Im zweiten Teil wird eine aktuell durchgeführte empirische Studie zum Thema Einstellung zu Suizid und deren Ergebnisse präsentiert.

THEORETISCHER HINTERGRUND

1.1 Ungarn

Ungarn befindet sich in Mitteleuropa und gilt mit seinen 10 Millionen Einwohnern als ein vergleichsweise kleiner Staat auf dem Kontinent. Obwohl Ungarn einst sowohl von der Größe als auch Bedeutung in der europäischen Politik maßgebend und führend war, hat es heutzutage vergleichbar wenig Einfluss in der Region. Das ist vor allem auf Ungarns Geschichte zurückzuführen. Seit 1920 (Vertrag von Trianon) verfügt das Land nur mehr über 1/3 seiner damaligen Fläche. Nach dem zweiten Weltkrieg war Ungarn unter den Verliererstaaten und die spätere kommunistische Diktatur stärkte diese, politisch gesehene, Verliererposition in den darauf folgenden 50 Jahren (Bencsik et al., 2006).

1.1.1 Suizidraten in Ungarn

Der Anzahl der durchgeführten Suizide in Ungarn ist heutzutage leider eine der höchsten weltweit. Das war jedoch nicht immer so. In den ersten Jahre des XX. Jahrhunderts führten die ostdeutsche Region bzw. Österreich diese Liste in Europa. Am Anfang des II. Weltkriegs war Österreich Ungarn noch etwas überlegen. In der zweiten Hälfte des XX. Jahrhunderts hat Ungarn, Österreich eingeholt, und auch den Rest Europas überholt. Seit 1968 ist Ungarn immer weit vorne auf der europaweiten und weltweiten Suizidratenliste (World Health Organisation, 2009).

Im Jahre 1967 betrug die Anzahl der erfolgreichen Suizide 30/100000 Personen. Von 1967 bis 1987 stieg dieser Anzahl ständig und erreichte 45/100000 Personen pro Jahr.

Interessant ist, und der Grund ist bis heute nicht geklärt, dass zwischen 1988 und 2006 die Anzahl der verübten Suizide kontinuierlich zurückgegangen ist. Wobei zu erwähnen ist, dass es in Ungarns gesellschaftlicher und politischer Situation zu größten Veränderungen durch das Ende des kommunistischen Regierung kam. Insgesamt wurde in der oben genannten Periode ein

Rückgang von 44.8% festgestellt (Männer 37.9%; Frauen 59.4%) (KSH, 2010). Obwohl der Rückgang beachtlich ist, ist er jedoch nicht ausreichend um die weltweit führenden Positionen, im Bezug auf verübte Suizide zu verlassen. Zwischen 2006 und 2010 stagnierten die Suizidraten in Ungarn, zwischen 2010 und 2013 setzte sich der positive Prozess weiter fort.

1.1.1.2 Geschlecht und Suizid in Ungarn

Den internationalen Häufigkeiten entsprechend begehen wesentlich mehr Männer Suizid in Ungarn als Frauen. In den Jahren zwischen 1970 und 1988 (Anstiegsperiode der durchgeführten Suizide) war diese Rate durchschnittlich 2.5 : 1 (Männer : Frauen). Dieser Anteil hat sich in dem Zeitraum von 1989 bis 2006 (Rückfallperiode der erfolgreichen Suizide) auf 3.93 : 1 geändert. Diese Veränderung zeigt, dass der Rückgang nach 1988 vor allem bei Frauen zu beobachten war. Zwischen den Ungarn, die 49 Jahre oder jünger sind, liegt diese Rate im Durchschnitt bei 3.7:1 , bei über 70jährigen bei 2.6 : 1. Aus diesem Grund kann man davon ausgehen, dass sich die Suizidraten der Geschlechter mit zunehmendem Alter einander nähern.

Unterschiede zwischen Männer und Frauen sind vermehrt in Dörfern und Kleinstädten beobachtbar. In Budapest ist die Verteilung zwischen den Geschlechtern im Durchschnitt 1.5:1, im Gegensatz dazu in Kleinstädten 2.9 : 1 und in Dörfer 3.8:1 (Zonda, Paksi & Veres, 2013).

1.1.1.3 Alter und Suizid in Ungarn

Frühere Studien (Lester, 2001) deuten darauf hin, dass die altersverteilungsbezogenen Suizidraten in Ungarn ein U-förmiges Muster hat. Dieses Muster (je älter eine Person ist, desto höher ist der Suizidrisiko) ist weltweit bekannt und nicht nur für Ungarn charakteristisch, aber Ungarn verfügt über weitaus höhere Suizidraten in den älteren Generationen als in den meisten

Ländern. In der Altersgruppe der 60-64jährigen beträgt die Anzahl der verübten Suizide im Durchschnitt 64.96/100000 Personen und 128.6 in der Gruppe der *über 80 jährigen* (KSH, 2010).

In der Rückgangsperiode seit 1988 ist bei beiden Geschlechtern zu sehen, dass die Altersgruppe zwischen *20 und 39 Jahre alt* am meisten zu dieser Verminderung beigetragen hat. Seit 1987 ist bei den Männern der oben genannten Altersgruppe 64% und bei den Frauen 78% (ausgehend von den Daten von 1987) Senkung zu verzeichnen. Mit Ausnahme der Frauen und Männer zwischen 40-49 Jahren wurde aber in allen Altersgruppen mindestens 50% Rückfall registriert.

Zwischen 2006 und 2010 konnte eine Diversifikation festgestellt werden, nachdem die Suizidraten der männlichen Population (außer der Altersgruppe *40-49 Jahre alt*) zugenommen, und die der weiblichen Population (außer die Altersgruppen *unter 30jährigen* und *70-79 Jahre alt*) weiterhin abgenommen haben. (Központi Statisztikai Hivatal, 2008).

1.1.1.4 Familienstand und Suizid in Ungarn

Der von (Durkheim, 1983) postulierter Ansatz, dass Familie als protektiver Faktor gegen Suizid wirkt, ist auch in Ungarn feststellbar. Sowohl bei Männern als auch bei Frauen ist zu beobachten, dass verheiratete Personen weniger Selbstmord begehen als ledige, geschiedene oder verwitwete der selben Population. Bei Frauen scheint es nicht wichtig zu sein, ob man verwitwet oder geschieden ist, die Selbstmordraten unterscheiden sich im Wesentlichen nicht. Männer im Gegensatz dazu vertragen *verwitwet sein* wesentlich schlechter als wenn sie *geschieden* sind und begehen gehäuft Selbstmord.

Zwischen den Jahren 1970 und 2010 war immer *geschieden sein* der wichtigste Risikofaktor aus dem Blickpunkt des Familienstandes. Jedoch näherte sich das Ausmaß der

Suizide unter den Geschiedenen zu den anderen Familienstandsmöglichkeiten. Es hat seine Rolle, der wichtigste Risikofaktor zu sein nicht verloren. Diese Annäherung wird gesellschaftlichen Veränderungen zugeschrieben (Zonda, Paksi, & Veres, 2013).

1.1.1.5 Suizidraten und Wohnort

Aus den Angaben des Ungarischen Statistischen Zentrums ist ersichtlich, dass Suizidraten in der Hauptstadt Budapest zwischen den Jahren 1970-1980 kontinuierlich gestiegen sind und somit dort die höchste Anzahl an erfolgreiche Suiziden zu verzeichnen waren. Diese Tendenz wendete sich. Im Jahre 2005 war Budapest mit den niedrigsten Selbstmordraten zwischen *Budapest; Großstadt; Kleinstadt; Dorf* ausgezeichnet.

Die Großstädte hatten im Durchschnitt die niedrigste Anzahl an Suiziden im Jahr 1970. Es gab zwar ein Anstieg in den 1980er Jahren, jedoch senkte sich dieser und näherte sich somit den Raten von Budapest an. Kleinstädte und Dörfer scheinen das größte Risiko für Suizid in Ungarn zu sein, wenn die Anzahl der erfolgreich durchgeführten Suizide bezogen auf den Wohnort betrachtet wird (KSH, 2010).

1.1.1.6 Suizid und Methoden in Ungarn

In Ungarn ist *Erhängen* die primäre Methode (57.4%) im Falle von Suizid. Die sekundäre Methode ausgehend von den Häufigkeiten ist *Vergiftung* (24.2%). Weitere Methoden sind z.B.: *Sturz in die Tiefe; Erschießen; sich vor den Zug oder Auto werfen*. (Zonda, 2006).

1.1.1.5 Regionale Unterschiede der Suizidraten in Ungarn

Seit 1864 gibt es in Ungarn Berichte bezüglich der regionalen Häufigkeiten von Suizid. Seit knapp 150 Jahren hat es keine groben Veränderungen in der Verteilung von verübten Suiziden gegeben. Veränderungen von Staatsgrenzen konnten auch keinen Wechsel bringen. Die

einst zu Ungarn gehörige Regionen haben die Suizidraten vom „Migrationsland“ nicht übernommen, sondern die ehemaligen beibehalten.

Im Allgemeinen kann man feststellen, dass die nord-westlichen Regionen des Landes über die niedrigsten, und die süd-östliche Hälfte des Landes über die höchsten Selbstmordraten verfügt. Das Verhältnis zwischen den einzelnen Teilen dieser Bereiche variiert. Es kann postuliert werden, dass es im Durchschnitt ein 2:1 Verhältnis in der Anzahl an Suizid gibt (Zonda, 2002).

1.2 Migration und Suizidalität

„Wanderungsbewegungen von Menschen (Arbeitskräften) zwischen Staaten oder administrativen Untereinheiten eines Staates (Binnenwanderung), die zu einem längerfristigen oder dauernden Wechsel des ständigen Aufenthaltsortes der daran beteiligten Personen führen. Häufig durch politische, soziale oder wirtschaftliche Not der sogenannten *Migranten* hervorgerufen. „ (Weerth, 2013)

In den vergangenen Jahrzehnten nimmt Migration in Europa stetig zu, vor allem steigt diese Tendenz seit dem Jahr 2000. Innerhalb Europas gibt es aber beträchtliche regionale Unterschiede. In den Jahren 2000-2008 nahm die Migration in Süd-Europa (z.B.: Spanien) stark zu, jedoch konnte man in anderen Regionen, wie Ost- und Zentral-Europa, leichten Rückgang feststellen. In den Jahren 1980-2008 war die netto Migrationsrate in Europa 28.4 Millionen, wovon 22.2 Millionen netto Migrationen in der Europäischen Union dokumentiert wurden. Das ist insgesamt mehr als die Anzahl der Migrationen der davor liegenden vier Jahrzehnte zusammen.

Obwohl aufgrund der wirtschaftlichen Rezession gewisse Zeit eine negative Tendenz beobachtbar war ist diese Tendenz schon wieder verschwunden (Sobotka, 2009).

Obwohl Studien zeigen, dass sich die Suizidraten von MigrantInnen den Suizidraten des Herkunftslandes angleichen (Schneider & Jürgen, 2008), wird auch festgestellt, dass Migration zu erhöhtem Suizidrisiko führen kann. Dieses Phänomen wird in den Studien vermehrtem Stress (Grube, 2004), dem sogenannten „acculturative stress“ (Khan & Waheed, 2006) beziehungsweise folgernd aus den oben genannten Faktoren, dem erhöhten Maß an psychischer Erkrankung, die als einer der wichtigsten Auslöser von Suizid betrachtet wird (Durkheim, 1983), zugeschrieben.

1.3 Religion und Suizidalität

1.3.1 Religion in Ungarn und Österreich

Ungarn ist sehr stark vom katholischen Glauben geprägt. Schon der erste König von Ungarn (Stephan I.) legte das Fundament für die katholische Religion im Land. Laut der Volkszählung in Jahr 2001 bekannten sich 54.5% der Bevölkerung als katholisch, und 19% als protestantisch. Die restlichen 26.5% gaben andere Glaubensrichtungen an (0.5%), wollten keine Auskunft geben (11.5%) oder gaben an, dass sie ungläubig sind (14.5%). Weiters wird auch festgestellt, dass Traditionen und Feste im Leben von UngarInnen eine wichtige Rolle spielen (Tomka, 2006).

In Österreich gehören circa 62.4% der ÖsterreicherInnen der katholischen Kirche und 0,5% den protestantischen Kirchen an (Reichel, 2011).

1.3.2 Einfluss von Religion auf Suizidalität

Religion hat einen wesentlichen Einfluss auf das Leben der Einzelnen und der Gemeinschaft. Durkheim (1983) postuliert, dass die Zugehörigkeit zu einer Glaubensgemeinschaft protektive Auswirkungen hat, und findet, dass religiöse Überzeugungen lebenserhaltend sind. Vijayakumar (2002) „ergänzt“ dies noch mit dem Gedanken, dass der Grad der lebenserhaltenden protektiven Faktoren von den Konsequenzen für den Suizid der einzelnen Religionen abhängt (Aninilkumparambil, 2012). Die katholische Kirche sieht Suizid als eine der größten Sünden an. Die 10 Gebote sind einer der wichtigsten Anhaltspunkte der katholischen Kirche (Magyar Katolikus Püspöki Konferencia, 2006). Eines dieser Gebote lautet: „*Du sollst nicht töten!*“. Daraus folgend kann in Ungarn keine kirchliche Bestattung für Suizidopfer stattfinden. (Brühwiler, 2006). Diese Tatsache könnte auch, in Übereinstimmung mit den Befunden von Eskin (2004), dazu führen, dass Personen mit starker religiöser Überzeugung vor Suizid geschützt sind als jene ohne.

1.4 Einstellung und Akzeptanz von Suizid oder einer suizidgefährdeten Person

Eskin beschäftigt sich mit dem Thema „Akzeptanz von Suizid“ in eine Reihe von Studien (Eskin, 1995, 1996, 1997, 1999). Diese Studien stellen Großteils einen Vergleich zwischen türkischen und schwedischen Studenten dar und untersuchen kulturelle und gesellschaftliche Unterschiede in Relation mit Suizid. So gilt, laut Aussage von Eskin (1995), Schweden als ein hoch säkularisiertes Land. Im Gegensatz dazu ist die Türkei ein eher konservatives, von seinem

Glauben (Islam) stark geprägtes Land. Der Islam spielt im Alltag der TürkInnen eine wichtige Rolle, wobei in dieser Religion Suizid streng verboten ist.

Eskin (2004) zeigte nicht nur, dass religiöse Umgebung zu niedrigeren Suizidraten und weniger Suizidgedanken führt, sondern auch, dass es eine positive Auswirkung auf die Akzeptanz gegenüber einem suizidgefährdeten Freund, hat.

Ausgehend von den Befunden dieser Studien konstruierte Eskin die *Stigmahypothese*, die aussagt, dass in einem sozialen Kontext, wo Suizid von der Gesellschaft eher angenommen wird und liberalere Einstellung herrscht, Personen in Krisensituationen eher an Suizid denken werden beziehungsweise sich in den suizidalen Prozess begeben als in sozialen Umgebungen, wo Suizid weniger angenommen wird. In einem gegenüber Suizid konservativ eingestellten Umfeld werden Personen mit suizidalen Gedanken von der Gesellschaft mit größerer Wahrscheinlichkeit isoliert und abgelehnt. Diese Tatsache führt dazu, dass suizidale Gedanken weniger als „Option“ betrachtet werden. (Eskin, Voracek, Stieger, & Altinyazar, 2011).

Interkulturelle Studien (Eskin, 1995, 1999; Voracek, Stieger, & Altinyazar, 2011) zeigen, dass -sterreichische beziehungsweise schwedische StudentInnen zwar liberalere Einstellung zu Suizid zeigen (als türkische StudentInnen) jedoch suizidgefährdete Personen weniger akzeptieren. TürkInnen zeigen im Gegensatz dazu höhere Akzeptanz gegenüber einer suizidgefährdeten Person.

1.5 Laientheorien über der Ursachen von Suizid

Um kulturelle Unterschiede bezüglich Suizid und seine Ursachen näher untersuchen zu können, ist es von Nöten, dass Ursachenzuschreibungen aufgedeckt werden.

Lester & Bean (1992) konstruierten ein Erhebungsinstrument mit dem Ziel, den Glauben an Ursachen von Suizid erfassen zu können. Die Autoren haben drei Faktoren angeführt: *Suizid als Ergebnis intrapsychischer Probleme*, *Suizid als Ergebnis interpersoneller Konflikte* und *Suizid als Ergebnis sozialer Ursachen*. (Voracek, Loibl, & Lester, 2007b) Sie führten später eine Studie mit Psychologiestudenten durch und fanden positive Interkorrelationen zwischen allen drei Dimensionen. Lester & Bean (1992) und Walker, Lester, & Joe (2006) hatten davor schon ähnliche Ergebnisse erzielt. Die Autoren folgerten aus diesen Ergebnissen, dass Laien an bestimmte Ursache von Suizid glauben, unabhängig von der Art der Ursache (intrapsychisch, interpersonal, sozial).

Walker, Lester, & Joe (2006) entdeckten weiters, dass es kulturelle Unterschiede in Ursachenzuschreibungen von Suizid zwischen afrikanisch und europäisch abstammenden Amerikanern gibt. Weitere Studien (Loibl & Voracek, 2007; Loibl, Tran, & Voracek, 2008) zeigten, dass Religiosität mit intrapsychischen Problemen am stärksten korrelierte.

1.6 Genetik und Suizid

Nicht nur Laien-Ursachenzuschreibung sollte in kultureller Unterscheidung von Suizid in Betracht genommen werden sondern auch genetische Einflussfaktoren. Cavalli-Sforza, Menozzi, & Piazza (1996) bzw. Menozzi, Piazza, & Cavalli-Sforza (1978) zeigen, dass unterschiedliche Regionen unterschiedliche Häufung an Genen besitzen.

Voracek, Loibl, & Kandrychyn (2007c) und Voracek, Vintila, & Muranyi (2007) fanden, dass es genetische Häufungen gibt, bei denen Suizid häufiger vorkommt. Im osteuropäischen

Raum befinden sich die finno-ugrischen Ethnien, die ähnliche genetische Systeme zeigen und über eine höhere Suizidrate verfügen.

Obwohl es zu solchen Häufungen kommt, zeigten Validierungsstudien der BIRFFS (Beliefs in the Inheritance of Risk Factors for Suicide Scale) von Voracek, Loibl, Egle, & Schleicher (2007a), dass es keine signifikante Unterschiede zwischen einzelnen Ländern bezüglich dem Glauben an genetische Ursachen für Suizid gibt (Voracek, Fisher, Loibl, Tan, & Sonneck, 2008).

1.7 Inanspruchnahme professionelle psychologische Hilfe

Ein wichtiger präventiver Faktor gegen suizidales Handeln kann professionelle psychologische Hilfe sein. Obwohl psychosoziale Dienstleistungen in den untersuchten Ländern verbreitet und für alle zugänglich sind, führt die Inanspruchnahme professioneller psychologischer Hilfe zu Stigmatisierung (Kopp, 2005).

Seikh & Furnham (2000) finden in ihrer Studie, dass Personen mit unterschiedlichem kulturellem Hintergrund keine Unterschiede in der Bereitschaft professionelle psychologische Hilfe anzunehmen zeigen. Jedoch können bezogen auf Geschlecht und Ausbildungsjahren Unterscheidungen auftreten. Studien Fisher & Turner (1970) zeigen, dass Frauen eher bereit sind psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen als Männer. Weiters ist zu beachten, dass es Zusammenhänge zwischen Religiosität und der Bereitschaft für psychologische Hilfe gibt. Personen die sich selber zu keinem Glauben bekannten bzw. keine Religionszugehörigkeit hatten, waren am ehesten bereit Hilfe in Anspruch zu nehmen, während Muslime sehr ablehnend bezüglich professioneller Hilfe waren. (Seikh & Furnham, 2000).

Retterstøl & Ekeberg (2009) beschreiben dieses Phänomen und sagen, dass es nicht wichtig ist zu welcher Religion eine Person gehört, sondern, dass eine Religionszugehörigkeit vorhanden ist. Denn diese Zugehörigkeit in sich könnte schon dazu führen, dass man im Falle von suizidalen Gedanken professionelle Hilfe abweist beziehungsweise keine Hilfe sucht.

1.8 Hypothesen

Entstehungstheorien für Suizid stehen unter kultureller Beeinflussung. Um Kulturen besser verstehen zu können, ist es notwendig, Einstellungen zu Suizid zu untersuchen. Es wurde starker Zusammenhang zwischen Religiosität und *intrapsychische Ursachen* aufgedeckt (s. 1.5). Ungarn gehört zu den religiösen Ländern. Deshalb wird vermutet, dass es Unterschieden in den Dimensionen *interpersonelle Ursachen* und *soziale Ursachen* geben wird, nachdem sich in Ungarn die Suizidrate zeitgleich mit den gesellschaftlichen Entwicklungen Ungarns verändert hat. So entsteht die erste Hypothese: **„UngarInnen in Ungarn zeigen höhere Werte in den Subskalen *soziale Ursachen* und *interpersonelle Ursachen* als UngarInnen in Österreich.“** Weiters wird generell angenommen, dass **„Frauen höhere Werte erzielen in den Subskalen *soziale Ursachen* und *interpersonelle Ursachen* als Männer“.**

Im Alltag der ungarischen Bevölkerung in Ungarn spielte Religion immer schon eine sehr bedeutende Rolle (s. 1.3.1). Dies wird an Traditionen und Festen in Ungarn sichtbar. Obwohl auch Österreich zu den religiösen Ländern gehört, wird angenommen, dass ungarische Immigranten in Österreich ihre Traditionen und Feste ablegen. Basierend auf diese Annahme entsteht die folgende Hypothese: **„UngarInnen in Ungarn sind religiöser und gehen daher öfters in die Kirche als UngarInnen in Österreich“** weiters wird angenommen basierend auf der Studie von Gearing & Lizardi (2009), dass **„Frauen religiöser sind als Männer.“**

Viele Faktoren können Suizidraten beeinflussen. Dazu gehört, wie im Kapitel 1.6 beschrieben, auch die genetische Häufung. Obwohl sich diese Unterschiede manifestieren lassen, scheint es so, dass die Population über wenig Wissen diesbezüglich verfügt. So entsteht die Hypothese: **„UngarInnen in Ungarn und UngarInnen in Österreich erreichen ähnliche Ergebnisse im Glauben an den Einfluss genetischer Faktoren auf den Suizid.“**

Im Kapitel 1.7 wurde ersichtlich, dass Religion ausschlaggebend sein kann, wenn es sich um Inanspruchnahme von professioneller psychologischer Hilfe handelt. Nachdem, wie im Kapitel 1.3.1 beschrieben, im Alltag der UngarInnen Religion eine wichtige Rolle spielt, wird hier davon ausgegangen, dass: **„UngarInnen in Ungarn eine niedrigere Bereitschaft für professionelle psychologische Hilfe aufweisen, als UngarInnen in Österreich.“**

Ausgehend von den Befunden von Retterstøl & Ekeberg (2009) wird angenommen, dass: **„Religion einen negativen Einfluss auf die Bereitschaft hat, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen.“**

Die gesellschaftlichen Normen und die Religion in Ungarn können möglicherweise abschreckend (vgl. Kapitel 1.3.2 und 1.7) für Personen mit suizidalen Gedanken wirken. Das kann aber auch dazu führen, dass professionelle psychologische Hilfe nicht in Anspruch genommen wird und das Problem der Suizidalität eher verheimlicht wird. Ausgegangen vom oben genannten entsteht die Hypothese: **„UngarInnen in Österreich haben eine liberalere und positivere Einstellung zu Suizid als UngarInnen in Ungarn.“**

Ausgegangen von im Kapitel 1.4 beschriebenen Untersuchungsergebnissen wird in dieser Untersuchung angenommen, dass: **„UngarInnen in Ungarn eine positivere Einstellung gegenüber einem suizidgefährdeten Freund haben, als UngarInnen in Österreich.“**

METHODEN

Im folgenden Kapitel wird die Stichprobe sowie die angewendeten Methoden beschrieben. Detaillierte Angaben bezüglich der Datensammlung, angewendete statistische Verfahren, benutzte Computerprogramme werden dargelegt. Kritische Auseinandersetzung mit den verwendeten Datenerhebungsmethoden soll auch Teil dieses Kapitels sein. Wie bereits in der Einleitung erwähnt, schließt sich die vorliegende Studie einer Reihe von anderen methodisch annähernd identen Studien an. Im 2. Kapitel (Methoden) orientiert sich der Verfasser der Studie vor allem an den Arbeiten von Aninilkumparambil (2012), Kadluczka (2012) und Santillan (2013).

2.1 Stichprobe

2.1.1 Stichprobenerhebung

Die Stichprobenerhebung hatte von November 2013 bis Januar 2014 gedauert. Die primäre Erhebungsmethode war Onlinebefragung mittels Fragebogen. Um an möglichst viele und heterogene Versuchspersonen zu kommen, wurde Schneeballverfahren (Biernacki & Waldorf, 1981) angewendet. Wenige Personen (2 Personen) beantworteten den Fragebogen in Paper&Pencil-form. So geschehen bei Versuchspersonen, die den Wunsch geäußert haben, den Fragebogen ausfüllen zu dürfen, über keinen Computer oder Internetanschluss verfügten.

Die Erhebung fand in Ungarn landesweit bzw. in Österreich in Wien und Umgebung statt. Der Fragebogen wurde in dieser Studie nur auf Ungarisch veröffentlicht und somit wurden nur Personen mit Ungarisch als Muttersprache oder ungarisch fließend sprechend gebeten an der Studie teilzunehmen.

Zwar war die situativen Gegebenheiten nicht ausreichend um eine repräsentative Stichprobe zu erlangen, es wurde aber darauf geachtet, dass die Befragten möglichst

flächendeckend die meisten sozialen Schichten, Edukationsniveaus, Alter und etliche andere demographische Variablen repräsentieren. Aus diesem Grund wurden anhand von sozialen Medien (z.B. Facebook, Google+, etc.) verschiedene Gruppen, Vereine (Sport, Kultur, Bildung, Freizeit, Hobbys, Freundeskreise, Arbeitsgruppen, etc.) bzw. Privatpersonen angeschrieben und gebeten den Fragebogen selber auszufüllen und auch an Bekannte, Freunde, Kollegen etc. weiterzugeben. Die oben genannte Vereine wurden sowohl in Österreich als auch in Ungarn per Internetresearch gefunden und per E-mail kontaktiert. Arbeitsgruppen, Hobbygruppen bzw. Freundeskreise wurden per Schneeballverfahren kontaktiert.

2.1.1.1 Online Umfrage

Nachdem im Falle dieser Studie Onlinebefragung als primäre Erhebungsmethode angewendet wurde, war es von Nöten, dass die Aspekte der möglichen Bias in Betracht genommen werden. Wie bei jeder Erhebungsmethode gibt es natürlich sehr viele Faktoren, die zu Bias führen können. In dieser Arbeit werden nur Aspekte der möglichen Bias erwähnt, die in diese Studie einfließen können und deren Beseitigung als Ziel angesehen wurde.

2.1.1.1.1 Mehrmalige Beantwortung der Fragebogen

Seit es Online-Erhebungsmethoden gibt wird die Frage der mehrmaligen Teilnahme an der Studie untersucht (Yun & Trumbo, 2000). Heutzutage gibt es verschiedene Methoden um multiple Teilnahmen filtern zu können, wie zum Beispiel Vergleich der IP-Adressen der ausfüllenden Personen. Da diese Methode alleine nicht mehr immer wirksam ist (dynamic IP addressing (Reips, 2002b)) kann man durch parallele Verwendung dieser und Untersuchung der Server-Logdaten bzgl. Webbrowser Typ, Betriebssystem etc. effektiv multiple Teilnahmen filtern (Reips, Buchanan, Krantz, & McGrawn, 2011). In dieser Studie konnte nur der Vergleich der IP-Adressen durchgeführt werden.

2.1.1.1.2 Systematic sampling

Es ist darauf zu achten, dass die Teilnehmer der Studie flächendeckend die gesamte Population einbeziehen und, dass bestimmte Teile der Population (z.B. durch Verwendung von Webseiten, die nicht allen verfügbar ist) nicht ausgeschlossen werden. Dieses Problem kann dadurch behoben werden, dass die Studie nicht nur an einem „Ort“ im Internet veröffentlicht wird, sondern an mehreren Webseiten (Reips, Buchanan, Krantz, & McGrawn, 2011). In der vorliegenden Studie wurde diese Methode angewendet.

2.1.1.1.3 Drop-out Rate

Bei einer Online-Studie soll vermehrt auf die Möglichkeit des Drop-outs fokussiert werden. Nachdem es beim Online-setting nicht möglich ist, durch Anwesenheit der Studienleiter zu motivieren, müssen andere Methoden angewendet werden (Reips, Buchanan, Krantz, & McGrawn, 2011). Solche Methoden können zum Beispiel finanzielle Belohnung, sofortiges Feedback, Feedback über den Fortschritt im Fragebogen, etc. sein (Frick, Bächtiger, & Reips, 2001).

2.1.1.2 Drop-out Rate

Um feststellen zu können, ob es Personengruppen gab, die den Fragebogen systematisch abgebrochen haben, wurde eine drop-out Analyse durchgeführt. In diese Analyse wurden *Alter*, *Geschlecht* und *in Ausbildung verbrachte Jahre* einbezogen. Die oben genannten Variablen wurden, in Bezug darauf ob der Teilnehmende *completer* oder *non completer* war, verglichen.

Somit ergab sich, dass systematisch Unterschiede bei den Variablen *in Ausbildung verbrachte Jahre* ($r_s = .11$, $n = 644$, $p < .005$).“ und *Geschlecht* ($\chi^2 (1) = 111.5$, $p < .001$) zu sehen waren. Um „Spotlight“-artige Vergleiche zu vermeiden, wurde weiterhin eine logistische

Regression durchgeführt mit dem Outcome *completer vs. non completer* und den Inputs *Alter, Geschlecht, in Ausbildung verbrachte Jahre*.

Die logistische Regression erbrachte einen signifikanten Prädiktor: *in Ausbildung verbrachte Jahre*. Das bedeutet im Falle der vorliegenden Studie, dass systematischer drop-out beeinflusst von der Variable *in Ausbildung verbrachte Jahre* zu beobachten ist.

2.1.2 Stichprobe und demographische Daten

Insgesamt haben 426 Personen die Kriterien, (über 18 Jahre alt; bezeichnet sich als UngarIn; wohnt präsent in Österreich oder in Ungarn) an der Studie teilnehmen zu dürfen erfüllt und den Fragebogen vollständig ausgefüllt. Das teilt sich auf 243 UngarInnen in Ungarn und 183 UngarInnen in Österreich.

Unter den teilnehmenden UngarInnen in Ungarn befanden sich 70(28.8%) männliche und 173(71.2%) weibliche Versuchspersonen, die zwischen 21.5 und 70.5 Jahre sind, wobei 227(93.3%) Personen, 40.5 Jahre alt oder jünger kategorisiert wurden. 233(95.9%) UngarInnen in Ungarn haben „AHS, BHS mit Matura“(46.9%) oder „Universität/Fachhochschule“(49%) als höchste abgeschlossene Ausbildung angegeben. Die restlichen Ausfüllenden teilten sich zu den Gruppen „mittlere Schule ohne Matura, Fachschule“(2.1%) oder „Pflichtschule“(2.1%) als höchste abgeschlossene Ausbildung zu.

Von den insgesamt 183 UngarInnen, die in Österreich leben und an der Studie teilgenommen haben, sind 48(26.2%) männliche und 135(73.8%) weibliche Versuchspersonen. Die Altersverteilung verlief zwischen 21.5 und 60.5 Jahren. 168(91.8%) Personen wurden 40.5 Jahre alt oder jünger kategorisiert. 166(90.7%) UngarInnen in Österreich gaben „AHS, BHS mit Matura“(48.6%) oder „Universität/Fachhochschule“(42.1%) als höchste abgeschlossene

Ausbildung an. Die verbleibenden 17(9.3%) UngarInnen in Österreich sagten „mittlere Schule mit Matura, Fachschule“(8.7%) oder „Pflichtschule“(0.5%) als höchste abgeschlossene Ausbildung aus.

Das Alter wurde in allen Fällen mittels Kategorien erhoben (0-18; 19-25; 26-35; 36-45; 46-55; 56-65; 66+) und in der nachfolgenden Analyse die jeweilige Kategorienmitte verwendet. Die Anwendung von Kategorienmitten ist keine optimale Lösung. Aufgrund eines Fehlers während der Datenerhebung fiel dennoch die Entscheidung dafür. So ergaben sich unter Betrachtung aller Versuchspersonen folgende Kategorien: 21.5 Jahren (54.5%); 30.5 Jahren (28.4%); 40.5 Jahren (9.9%); 50.5 Jahren (5.9%); 60.5 Jahren (1.2%); 70.5 Jahren (0.2%).

2.2 Stichprobengröße und Teststärkenanalyse

Vor der Befragung wurde eine a-priori Stichprobengröße und Power Analyse durchgeführt. Diese Analyse ergibt die benötigte Stichprobengröße, um statistisch betrachtet reliable Ergebnisse zu bekommen (Cohen, 1988; Field, 2013). Zur Berechnung dieser Daten wurde das Computerprogramm *G*Power, Version 3.1.9* benutzt.

Zur Auswertung und Hypothesenprüfung werden ANOVAs (Analysis of variance) und MANOVAs (Multivariate analyses of variance) durchgeführt. Im Falle einer ANOVA spricht man über kleine Effektstärke bei einem $f = .10$, über mittlere Effektstärke bei einem $f = .25$ und über eine große Effektstärke bei einem $f = .40$ (Cohen, 1988).

Nach der Analyse mit dem Software *G*Power* (Signifikanzniveau= .05; Power= .8) stellte sich heraus, dass man für eine kleine Effektstärke 787, für eine mittlere 128 und für eine große 52 Versuchspersonen braucht.

Die a priori Analyse bezüglich der MANOVA ergab, dass die Effektstärke $f^2 = .10$ bei einer Gesamtstichprobe mit 98 Versuchspersonen mit maximal sieben Variablen ist.

2.3 Erhebungsinstrumente

2.3.1 Fragebogenbatterie

Der Fragebogen hat mit einem Einleitungstext (Thema der Studie; Instruktionen; Versicherung über Anonymität) begonnen. Nach der Einleitung erfolgte die Abfragung der demographischen Daten (Geschlecht, Alter, abgeschlossene Ausbildung, Kirchgangsfrequenz, Aufenthaltsjahre in Österreich, Geburtsort). Es folgten die einzelnen Fragebögen in der Reihenfolge wie es im folgenden aufgelistet und beschrieben wird.

Der Fragebogenbatterie wurde nur Ungarisch ausgehändigt. Die deutsche Version wurde mittels „*parallel blind technique*“ (Behling & Law, 2000) auf Ungarisch übersetzt. Die Übersetzer haben sich den gravierenden grammatikalischen Unterschieden zwischen den Sprachen zum Trotz bemüht so korrekt wie möglich zu arbeiten. Im Falle, dass etwas nicht übersetzt werden konnte, wurde die Methode (Aninilkumparambil, 2012) auf einfachere Formen zurückzugreifen, verwendet. Beide Übersetzer sind mit Ungarisch als Muttersprache und Deutsch als Zweitsprache zweisprachig aufgewachsen. Somit konnte der Mangel an Deutsch- oder Ungarischkenntnissen ausgeschlossen werden.

2.3.1.1 Attitudes Towards Suicide Scale

Eskin (2004) stellte den Fragebogen *Attitudes Towards Suicide Scale* (ATTS) vor, der 24 Aussagen über Einstellung zu Suizid und psychischen Problemen enthält. Die Antworten konnten auf einer 5-stufigen Likert-Skala angegeben werden (stimme gar nicht zu; stimme nicht zu; weder noch; stimme zu; stimme völlig zu). Die Items wurden von 1 bis 5 kodiert. Nachdem die Online-Befragungssoftware zu „stimme gar nicht zu“ die „5“ und zu „stimme völlig zu“ die „1“ zugeteilt hat, ergibt sich, dass die höheren Werte auf den einzelnen Subskalen das niedrigere Einverständnis ausdrücken.

Eskin, Voracek, Stieger, & Altinyazar (2011) führten eine Studie zwischen österreichische und türkische Medizinstudenten durch und extrahierten 7 Faktoren, die 73.4% der totalen Varianz erklären. Diese sind: *Punishment after death*, *Acceptability of suicide*, *Suicide as a sign of mental illness*, *Communicating psychological problems*, *Hiding suicidal behavior*, *Seeing suicide as a solution*, *Open reporting and discussion of suicide*. Auch in der vorliegenden Studie wurden diese 7 Faktoren verwendet.

2.3.1.2 Reaction to an Imagined Suicidal Friend

Eskin (1999) konstruierte den Fragebogen *Reaction to an Imagined Suicidal Friend* (RISF), basierend auf der Studie, in dem er schwedische und türkische Studenten bezüglich ihrer Einstellung gegenüber einer Freundin befragt, die sich entschlossen hat, sich ihr Leben zu nehmen,.

Die Versuchspersonen werden gebeten sich in die Situation zu versetzen, dass eine gute Freundin ihr mitteilt, dass sie sich entschlossen hat sich ihr Leben zu nehmen. Auf einer 5-stufigen Likert Skala sollen insgesamt 20 Items beantwortet werden. Die Antwortmöglichkeiten

sind: stimme gar nicht zu; stimme nicht zu; weder noch; stimme zu und stimme völlig zu. Die Items wurden von 1 bis 5 kodiert. Nachdem die Online-Befragungssoftware zu „stimme gar nicht zu“ die „5“ und zu „stimme völlig zu“ die „1“ zugeteilt hat, ergibt sich, dass die höheren Werte auf den einzelnen Subskalen die niedrigere Zustimmung ausdrücken.

Mittels exploratorische Faktorenanalyse wurden 7 Faktoren, mit Eigenwerten höher als 1, extrahiert. Die 7 Faktoren erklärten 61.0% der totalen Varianz. In einer neueren Studie (Eskin, Voracek, Stieger, & Altinyazar, 2011), durchgeführt mit österreichischen und türkischen Studenten, konnten 5 Faktoren extrahiert werden die 61.3% der totalen Varianz erklären. Diese sind: *Social acceptance*, *Emotional involvement*, *Helping a suicidal friend*, *Disapproval of suicidal disclosure* und *Inquiry into suicidal behavior*. In der vorliegenden Studie wurden diese 5 Faktoren verwendet.

2.3.1.3 Attribution of Causes to Suicide

Die *Attribution of Causes to Suicide* (ACCS) Skala, konstruiert von Lester & Bean (1992), erhebt Vorstellungen von Laien zum Thema „mögliche Gründe für Suizid“ auf 3 Subskalen: intrapsychic problems, interpersonal conflicts und societal forces. Die Skala enthält pro Subskala 6 Items. Die insgesamt 18 Items können durch eine 6-stufige Skala beantwortet werden. Antwortmöglichkeiten gehen von 1=“stimme überhaupt nicht zu“ bis 6=“stimme stark zu“. Um die Ergebnisse dieser Skala übersichtlicher zu machen, wurde eine zentriert (von -2.5 bis 2.5). Antworten die kleiner als „0“ sind, stehen für Ablehnung. Antworten die größer als „0“ sind, bedeuten Zustimmung.

2.3.1.4 System of Belief Inventory

Das von Holland, et al. (1998) entwickelte *System of Belief Inventory* (SBI-15R-D) wurde zum Erfassen von spirituellen und religiösen Einstellungen und sozialer Unterstützung in der Glaubensgemeinde konstruiert. Die *short form* der originalen Skala (54 Items) enthält nur 15 Items (SBI-15R). Diese *short form* wird auf zwei Subskalen aufgeteilt: *religiöse Überzeugungen und Praktiken* (10 Items) und *soziale Unterstützung in der Glaubensgemeinschaft* (5 Items). Antworten können auf einer 4-stufigen Likert Skala gegeben werden: trifft gar nicht zu; trifft teilweise nicht zu; trifft teilweise zu und trifft vollständig zu. Die Antworten werden jeweils als 1,2,3 oder 4 kodiert. Für die einzelnen Subskalen werden Gesamtscores gerechnet. So kann man auf der ersten Subskala (religiöse Überzeugungen) 10 bis 40, und auf der zweiten Subskala (soziale Unterstützung in der Glaubensgemeinschaft) 5 bis 20 Punkte erreichen. Die SBI-15R-D (deutsche Version von Albani, Bailer, Blaser, Michael, Brähler, & Grulke (2002)) wurde im deutschsprachigen Raum validiert und erfasst reliabel Religiosität in deutschsprachigen Populationen (Grulke, Bailer, Blaser Gerd, Geyer, Brähler, & Albani, 2010).

2.3.1.5 Beliefs in the Inheritance of Risk Factors for Suicide Scale

Mit dem Instrument *Beliefs in the Inheritance of Risk Factors for Suicide Scale* (BIRFSS) (Voracek, Loibl, & Sonneck, 2007) wird der Glaube an genetischen Ursachen für Suizid erfasst. Der BIRFSS besteht aus 22 Items die mit „richtig“ oder „falsch“ beantwortet werden können. Die Items sind Aussagen aus verschiedenen Bereichen der Wissenschaft. 14 von 22 Items waren richtig (1.; 2.; 3.; 4.; 5.; 7.; 8.; 10.; 12.; 13.; 14.; 17.;19.; 20.) und die restlichen 8 falsch (6.; 9.; 11.; 15.;16.; 18.; 21.; 22.). Abhängig von den gegebenen Antworten (richtig beantwortet= 1Punkt) kann man einen Gesamtscore von 22 Punkte erreichen. Falls es fehlende Werte gibt, werden diese automatisch als „falsch“ gewertet. Je mehr Punkte die Versuchsperson als Gesamtscore

erreicht, desto mehr glaubt die Person an Genetik als Grundlage von Suizid. Akzeptable testtheoretische Werte wurden in mehreren Studien bestätigt (Voracek M. , Loibl, Egle, & Schleicher, 2007a; Voracek, Loibl, & Lester, 2007b; Voracek, Loibl, & Kandrychyn, 2007c; Voracek, Fisher, Loibl, Tan, & Sonneck, 2008).

2.3.1.6 Attitudes Toward Seeking Professional Psychological Help Scale - Short Form

Die Bereitschaft, professionelle psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen, wurde mit dem von Fischer & Farina (1995) konstruierten und von Ang, Lau , Lim, & Tan (2007) revidierten Fragebogen, *Attitudes Toward seeking Professional Psychological Help Scale – Short Form* (ATSPPH-SF), gemessen. Die Kürze des Fragebogens erlaubt gute Einsatzmöglichkeiten und liefert auch zufriedenstellende psychometrische Eigenschaften (Fischer & Farina, 1995). Die Verwendung dieses Fragebogens ist weit verbreitet (Ang, Lau , Lim, & Tan, 2007) und wird aus diesen Gründen optimal für die vorliegende Studie gesehen. Die Reliabilitäten des ATSPPH-SF (revidierte Fassung von Ang, Lau , Lim, & Tan, (2007)) weisen ein Cronbach's Alpha von .70 und .71 auf. Antwortalternativen werden auf einer 4-stufigen Likert Skala angegeben mit den Wahlmöglichkeiten: stimme gar nicht zu; stimme teilweise nicht zu; stimme teilweise zu und stimme völlig zu. Die Skala besteht aus insgesamt neun Items, die jeweils mit 1, 2, 3 und 4 kodiert wurden. Item 2, 4, 7, 8 und 9 wurden umgepolt, weil sie negativ Formulierte Items sind. Anschließend wurden Summenwerte über die gesamte Skala gerechnet. Die Spannweite der möglichen Summenwerte beträgt 0-27. Nachdem die Online-Befragungssoftware zu „stimme gar nicht zu“ die „4“ und zu „stimme völlig zu“ die „1“ zugeteilt hat, ergibt sich, dass die höheren Werte die niedrigere Bereitschaft, professionelle psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen, ausdrücken.

2.4 Auswertung

Die statistischen Analysen wurden mit dem Softwarepaket *IBM SPSS Statistics Version 21 for Mac* durchgeführt. Als erster Schritt erfolgte die Analyse der deskriptiven Statistiken, (Mittelwert; Varianz; Standardabweichung) wo alle Variablen einbeschlossen waren.

Weiters wurden die Unterschiede in den Variablen Geschlecht, Alter und höchste abgeschlossene Ausbildung zwischen den Kulturgruppen untersucht. Diese analytischen Schritte beinhalteten Daten von jeweils 426 Versuchspersonen. Nachdem eine Online-Befragung durchgeführt wurde und die Software keine Antwortverweigerung erlaubt hat (alle Felder mussten ausgefüllt sein, um den Fragebogen komplettieren zu können.), sind keine fehlenden Werte aufgetreten. Die interne Konsistenz wurde getrennt für beide Kulturgruppen, jeweils für alle Skalen und Subskalen, berechnet und in Cronbach's alpha angegeben.

Zweifaktorielle Varianzanalysen und multiple Varianzanalysen wurden berechnet um Unterschiede in den zu untersuchenden Variablen feststellen zu können. Bei diesem analytischen Schritt waren *Geschlecht* (männlich/weiblich) und *Kultur* (UngarInnen in Ungarn/UngarInnen in Österreich) als unabhängige Variable bestimmt.

Ob die notwendigen Voraussetzungen für die oben genannten statistischen Verfahren gegeben sind, wurde mittels Kolmogorov-Smirnov-Test (Normalverteilung); Levene's Test (Homogenität der Varianzen) und Box's Test (Homogenität der Varianz-Kovarianz-Matrizen) geprüft. Auch wenn die Voraussetzungen zum Teil nicht erfüllt werden konnten, wurde Varianzanalyse angewendet, weil es sich als ein robustes Verfahren auszeichnet (Field, 2013).

Post hoc Tests wurden durchgeführt um bei der Varianzanalyse gefundene Unterschiede mittels Mittelwertevergleich interpretieren zu können. Im Falle von homogenen Varianzen wurde

Hochberg's T bzw. bei heterogenen Varianzen Games Howell Test herangezogen. Graphiken und separat-univariate ANOVAs wurden zu Hilfe gezogen, um weitere detaillierte Informationen von Interaktionen zu bekommen (Field, 2013).

Die restlichen Auswertungsschritte wurden mittels multipler Regression berechnet. Voraussetzungen (Prüfung der Multikollinearität [Werte der VIF und Toleranz]) für multiple Regression wurden geprüft. Zusätzlich zu den oben genannten Verfahren wurden Effektgrößen (Cohen, 1988) untersucht. Effektgrößen sind unabhängig vom Stichprobenumfang (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007; Faul, Erdfelder, Buchner, & Lang, 2009) und erlauben eine bessere Einschätzung der Stärke des Zusammenhanges zwischen zwei Variablen. Das Signifikanzniveau wurde mit $p < .05$ (2-seitig) festgelegt.

2.5 Rücklaufquote der Fragebögen

In dieser Studie wurde anstatt Paper&Pencil-Befragung, eine Onlinebefragung durchgeführt. Die Onlinefragebögen wurden, wie im Kapitel 2.1.1 näher beschrieben, mittels Schneeballverfahren verbreitet. Insgesamt haben 427 Personen den Fragebogen vollständig bearbeitet. eine Ausfüllende hat angegeben unter 18 Jahre alt zu sein. Die Aussagen dieser Person wurden aus rechtlichen und ethischen Gründen bei der Auswertung nicht in Betracht genommen.

So verblieben für die Auswertung insgesamt 426 TeilnehmerInnen.

2.6 Stichprobengröße

Die soziodemographische Daten der Stichprobe sind in *Tabelle 1* dargestellt.

Tabelle 1 Soziodemographische Daten

	UngarInnen in Ungarn			UngarInnen in Österreich		
	<i>n</i>	%	<i>M(SD)</i>	<i>n</i>	%	<i>M(SD)</i>
Geschlecht						
Männlich	70	16.4		48	11.3	
Weiblich	173	40.6		135	31.7	
Alter			26.96 (9.34)			29.86 (9.04)
Ausbildungsdauer			13.8(2.1)			13.5(2.2)

N = 426; *M* = Mittelwert; *SD* = Standardabweichung

Die Gesamtstichprobe bestand aus 426 ProbandInnen. Diese Anzahl teilte sich auf 243 in Ungarn lebende UngarInnen und 183 in Österreich lebende UngarInnen auf.

ERGEBNISSE

3.1 Soziodemographischer Vergleich

Bei dem Vergleich der Kulturgruppen zeigten sich signifikante Unterschiede das Alter und die Ausbildungsjahre betreffend. Ungarische TeilnehmerInnen in Ungarn sind signifikant jünger als ungarische TeilnehmerInnen in Österreich ($F(1,426) = 10.31, p < .005 \eta_p^2 = .032$). Um einen Vergleich zwischen den Kulturgruppen bezogen auf ihre Ausbildung herstellen zu können, wurde mit der Dauer der Ausbildung (in Jahren) gerechnet. Es ergab sich, dass ungarische TeilnehmerInnen in Ungarn signifikant mehr Zeit in Ausbildung verbracht haben als ungarischen TeilnehmerInnen in Österreich ($F(3,426) = 4.18, p < .01 \eta_p^2 = .028$).

3.2 Reliabilitätsprüfung

Um Aussagen über die interne Konsistenz machen zu können, wurde diese mittels *Cronbach's Alpha* berechnet. Die Ergebnisse sind in der *Tabelle 2* angeführt.

Tabelle 2 Cronbach's Alpha der ATTS, RISF, SBI-15R, ACCS, BIRFFS und der ATTSPPH für UngarInnen in Ungarn und UngarInnen in Österreich

	UngarInnen in Ungarn	UngarInnen in Österreich
ATTS	.526	.610
RISF	.749	.760
SBI-15R	.967	.953
Beliefs and practices	.961	.957
Social support from a religious community	.918	.891
ACCS	.767	.801
Intrapsychic problems	.571	.626
Interpersonal causes	.656	.686
Social causes	.613	.730
BIRFFS	.515	.489
ATSPPH	.796	.753

Die berechnete interne Konsistenz (Reliabilität) erzielte ausnahmslos befriedigende bis sehr gute Ergebnisse. Die niedrigsten Reliabilitäten sind im Falle des Fragebogen BIRFFS zu beobachten, jedoch sind diese Werte mit anderen, den selben Fragebogen verwendenden, Studien vergleichbar (Aninilkumparambil, 2012; Kadluczka, 2012; Santillan, 2013; Svedova, 2013) .

3.3. Hypothesenprüfung

3.3.1 Ursachen für Suizid

Um die erste Hypothese testen zu können, wurde MANOVA durchgeführt. Die Hypothese lautete: „**UngarInnen in Ungarn zeigen höhere Werte in den Subskalen *soziale Ursachen* und *interpersonelle Ursachen* als UngarInnen in Österreich.**“ und weiters wurde angenommen, dass „**Frauen erzielen höhere Werte in den Subskalen *soziale Ursachen* und *interpersonelle Ursachen* als Männer**“. Die unabhängigen Variablen waren *Kultur* und *Geschlecht*, als abhängige Variable galten die drei Subskalen der ACCS (intrapsychische Ursachen, interpersonelle Ursachen, soziale Ursachen). Mittelwerte und Standardabweichungen sind in *Tabelle 3* ersichtlich.

Tabelle 3 Deskriptivstatistik der *Attribution of Causes to Suicide* (ACCS)

	UngarInnen in Ungarn (<i>n</i> = 243)			UngarInnen in Österreich (<i>n</i> = 183)		
	männlich	weiblich	gesamt	männlich	weiblich	gesamt
	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)
intrapsychische Ursachen	.54 (.75)	.65 (.88)	.62 (.85)	.18 (.93)	.56 (.92)	.46 (.94)
interpersonelle Ursachen	.58 (.79)	.65 (.80)	.63 (.80)	.15 (.85)	.45 (.89)	.37 (.88)
soziale Ursachen	.06 (.92)	.15 (.81)	.12 (.84)	.03 (.92)	.05 (.96)	.04 (.94)

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

Der Kolmogorov-Smirnov Test zeigte, außer im Falle der Subskala *Soziale Ursachen*, signifikante Ergebnisse. Es wurden keine signifikanten Ergebnisse weder bei der Berechnung der Box's Test, noch bei der Levene's Test signifikanten Ergebnisse erhalten.

Der MANOVA Test zeigte einen signifikanten Haupteffekt für Kulturgruppenunterschiede ($V = .030$, $F(3,426) = 4.36$, $p < .01$, $\eta_p^2 = .030$). Die erzielte Effektgröße ist jedoch moderat. Weitere F-Tests zeigten, dass dieser Effekt auf den Subskala *interpersonelle Ursachen* ($F(1,426) = 11.47$, $p < .005$, $\eta_p^2 = .026$) und *intrapsychische Ursachen* ($F(1,426) = 5.19$, $p < .05$, $\eta_p^2 = .012$) zu beobachten ist. UngarInnen in Ungarn erzielten signifikant höhere Werte auf den oben genannten Subskalen.

Haupteffekt für *Geschlecht* ($V = .018$, $F(3,426) = 2.50$, $p = .05$, $\eta_p^2 = .018$) bzw.

Interaktionseffekte für *Geschlecht X Kultur* ($V = .009$, $F(3,426) = 1.22$, $p = .29$, $\eta_p^2 = .009$), konnten nicht aufgedeckt werden.

3.3.2 Religiosität

3.3.2.1 Religiöse und spirituelle Einstellung

Zwei Hypothesen der Religiosität wurden im Rahmen dieser Studie getestet: **„UngarInnen und Ungarn sind religiöser und gehen daher öfters in die Kirche als UngarInnen in Österreich“** und **„Frauen sind religiöser als Männer“**. Die Hypothesenprüfung erfolgte mittels MANOVA (mit den Faktoren Geschlecht und Kultur bzw. den anhängigen Variablen *„religiöse Überzeugung und Praktiken“* und *„soziale Unterstützung in der Glaubensgemeinschaft“* (beide sind Subskalen der SBI-15R)). Die deskriptivstatistischen Daten der SBI-15R sind aus der *Tabelle 4* zu entnehmen.

Tabelle 4 Deskriptive Statistik der religiösen und spirituellen Einstellungen (SBI-15R)

	religiöse Überzeugung und Praktiken <i>M (SD)</i>	soziale Unterstützung in der Glaubensgemeinschaft <i>M (SD)</i>
UngarInnen in Ungarn ($n = 243$)		
männlich	22.9 (10.0)	12.0 (5.2)
weiblich	22.1 (10.3)	12.7 (5.2)
gesamt	22.3 (10.3)	12.6 (5.3)
UngarInnen in Österreich ($n = 186$)		
männlich	27.2 (8.9)	15.5 (4.2)
weiblich	25.7 (10.1)	14.9 (4.8)
gesamt	26.1 (9.8)	15.1 (4.6)

n =Anzahl; M =Mittelwert; SD =Standardabweichung

Der Kolmogorov-Smirnov Test zeigte signifikante Ergebnisse für beide Kulturgruppen auf beide Skalen. Auch der Box's Test und Levene's Test ergaben signifikante Ergebnisse mit der Ausnahme, dass der Levene's Test bezogen auf die Subskala *religiöse Überzeugung und Praktiken* nicht signifikant war.

Mittels MANOVA konnte ein Haupteffekt für Kultur festgestellt werden ($V = .058$, $F(2,426) = 12.97$, $p < .001$, $\eta_p^2 = .058$). Die erhaltene Effektstärke kann als mittelmäßig eingeschätzt werden. Anschließende F-Tests zeigten, dass sowohl die Subskala *religiöse Überzeugung und Praktiken* ($F(1,426) = 12.78$, $p < .001$, $\eta_p^2 = .029$) als auch *soziale Unterstützung in der Glaubensgemeinschaft* ($F(1,426) = 25.87$, $p < .001$, $\eta_p^2 = .058$) signifikante Unterschiede enthielt. UngarInnen in Österreich erzielten signifikant höhere Werte auf den oben genannten Subskalen.

Haupteffekt für *Geschlecht* ($V = .008$, $F(2,426) = 1.67$, $p = .189$, $\eta_p^2 = .008$) bzw. Interaktionseffekte für *Geschlecht X Kultur* ($V = .004$, $F(2,426) = .850$, $p = .428$, $\eta_p^2 = .004$), konnten nicht aufgedeckt werden.

3.3.2.2 Kirchgang

Um die Gruppenunterschiede untersuchen zu können, wurde eine two-way ANOVA Test durchgeführt. Deskriptivstatistische Daten sind aus der *Tabelle 5* zu entnehmen.

Tabelle 5 Deskriptivstatistik *Kirchgang*

	Kirchgang <i>M (SD)</i>
UngarInnen in Ungarn ($n = 243$)	
männlich	3.13 (2.26)
weiblich	2.53 (2.14)
gesamt	2.70 (2.19)
UngarInnen in Österreich ($n = 183$)	
männlich	1.46 (1.51)
weiblich	1.51 (1.49)
gesamt	1.50 (1.49)

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

Der Kolmogorov-Smirnov Test sowie Levene's Test ergaben signifikante Ergebnisse. Die durchgeführte ANOVA zeigte einen signifikanten Haupteffekt für Kultur ($F(1,426) = 40.74$, $p < .001$, $\eta_p^2 = .088$). UngarInnen in Ungarn gehen häufiger in die Kirche als UngarInnen in Österreich.

Haupteffekt für *Geschlecht* ($F(1,426) = 1.66$, $p = .198$, $\eta_p^2 = .004$) bzw. Interaktionseffekte für *Geschlecht X Kultur* ($F(1,426) = 2.37$, $p = .124$, $\eta_p^2 = .006$), konnten nicht aufgedeckt werden.

3.3.3 Glaube an den Einfluss genetischer Faktoren auf den Suizid

„UngarInnen in Ungarn und UngarInnen in Österreich erreichen ähnliche Ergebnisse im Glauben an den Einfluss genetischer Faktoren auf den Suizid.“ Die Hypothese wurde mittels two-way ANOVA geprüft. Mittelwerte und Standardabweichungen sind in der *Tabelle 6* dargestellt.

Tabelle 6 Deskriptivstatistische Daten der *Beliefs in the Inheritance of Risk Factors for Suicide Scale* (BIRFSS)

	UngarInnen in Ungarn ($n = 243$)	UngarInnen in Österreich ($n = 183$)
	$M(SD)$	$M(SD)$
männlich	11.0 (3.3)	10.1 (3.3)
weiblich	11.0 (3.1)	11.3 (2.9)
gesamt	11.0 (3.1)	11.0 (3.1)

n =Anzahl; M =Mittelwert; SD =Standardabweichung

Der Kolmogorov-Smirnov Test ergab ein signifikantes Ergebnis im Falle der Gruppe: *UngarInnen in Österreich*, nicht aber bei der Gruppe: *UngarInnen in Ungarn*. Der Levene's Test erzielte keine signifikanten Ergebnisse.

Der two-way ANOVA konnte keine Haupteffekte bei der *Kulturgruppe* ($F(1,426) = .632, p = .427, \eta_p^2 = .001$), dem *Geschlecht* ($F(1,426) = 2.85, p = .092, \eta_p^2 = .007$) oder der Interaktion der beiden Variablen ($F(1,426) = 2.78, p = .096, \eta_p^2 = .007$) aufzeigen.

3.3.4 Inanspruchnahme von professioneller Hilfe

3.3.4.1 Kulturgruppenunterschiede

„UngarInnen in Ungarn weisen eine niedrigere Bereitschaft auf professionelle psychologische Hilfe auf, als UngarInnen in Österreich.“ Two-way ANOVA wurde durchgeführt um die Hypothese zu prüfen. Die deskriptivstatistischen Daten sind aus der *Tabelle 7* zu entnehmen.

Tabelle 7 Deskriptivstatistische Daten der *Attitudes Toward Seeking Professional Psychological Help Scale-Short Form (ATSPPH-SF)*

	UngarInnen in Ungarn ($n = 243$)	UngarInnen in Österreich ($n = 183$)
	$M(SD)$	$M(SD)$
männlich	21.5 (5.7)	21.1 (4.7)
weiblich	20.6 (5.5)	20.5 (5.1)
gesamt	20.9 (5.5)	20.6 (5.0)

n =Anzahl; M =Mittelwert; SD =Standardabweichung

Weder der Kolmogorov-Smirnov, noch der Levene's Test ergaben signifikante Ergebnisse.

Nach Durchführung der two-way ANOVA konnten keine signifikanten Haupteffekte (*Kultur* [$F(1, 426) = .21, MSE = 6.07, p = .644, \eta_p^2 = .001$]; *Geschlecht* [$F(1, 426) = 1.55, MSE = 44.27, p = .213, \eta_p^2 = .004$]; *Kultur X Geschlecht* [$F(1, 426) = .063, MSE = 1.788, p = .802, \eta_p^2 < .001$]) beobachtet werden.

3.3.4.2 Einfluss der Religion auf die Inanspruchnahme professioneller psychologischer Hilfe

„Religion hat einen negativen Einfluss auf die Bereitschaft professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen.“ Um diese Hypothese prüfen zu können, wurde eine lineare Regression durchgeführt. Als abhängige Variable wurde ATSPPH, und als unabhängige Variable *Kirchgang* herangezogen. Deskriptivstatistische Daten der Variable *Kirchgang* sind *Tabelle 6* zu entnehmen.

Religion konnte die Inanspruchnahme professioneller psychologischer Hilfe nicht in einem signifikanten Ausmaß voraussagen ($b = -.184, t(425) = -1.435, p = .152$).

3.3.5 Einstellung zu Suizid

„UngarInnen in Österreich haben eine liberalere und positivere Einstellung zu Suizid als UngarInnen in Ungarn.“ Um die Hypothese verifizieren oder falsifizieren zu können, wurde MANOVA mit den Faktoren *Kultur* und *Geschlecht* durchgeführt. Als unabhängige Variablen wurden die Subskalen der ATTS (*Glaube an eine Bestrafung nach dem Tod, Akzeptanz von Suizid, Suizid als ein Zeichen psychischer Krankheit, Mitteilung von psychischen Problemen, Verheimlichen von suizidalem Verhalten, Suizid als Lösung, offene*

Berichterstattung und Diskussion über Suizid verwendet. Mittelwerte und Standardabweichungen der Subskalen sind in *Tabelle 8* ersichtlich.

Tabelle 8 Deskriptivstatistiken der Attitudes Towards Suicide Scale (ATTS)

	UngarInnen in Ungarn (<i>n</i> = 243)			UngarInnen in Österreich (<i>n</i> = 183)		
	männlich	weiblich	gesamt	männlich	weiblich	gesamt
	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)
Glaube an die Bestrafung nach dem Tod	3.30 (1.01)	3.63 (.97)	3.53 (.99)	3.88 (1.06)	3.70 (1.08)	3.75 (1.08)
Akzeptanz von Suizid	3.95 (1.08)	4.10 (.96)	4.06 (1.00)	3.51 (1.17)	3.67 (1.02)	3.62 (1.06)
Suizid als ein Zeichen psychischer Krankheit	2.51 (1.00)	2.41 (1.19)	2.44 (1.14)	2.70 (1.24)	2.27 (1.22)	2.39 (1.24)
Mitteilung psychischer Probleme	1.95 (.88)	1.73 (.85)	1.80 (.86)	1.72 (.92)	1.66 (.84)	1.68 (.86)
Verheimlichen von suizidalem Verhalten	3.11 (1.21)	3.45 (1.26)	3.36 (1.26)	3.21 (1.11)	3.50 (1.27)	3.42 (1.24)
Suizid als Lösung	3.47 (.62)	3.69 (.46)	3.62 (.52)	3.54 (.58)	3.63 (.52)	3.61 (.53)
Offene Berichterstattung von Suizid	3.08 (1.19)	2.64 (1.12)	2.76 (1.15)	2.82 (1.03)	2.60 (1.13)	2.65 (1.10)

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

Sowohl der Box's Test als auch der Kolmogorov-Smirnov Test (für alle Subskalen) erwiesen sich als signifikant. Der Levene's Test brachte außer in der Subskala *Suizid als Lösung* keine signifikanten Ergebnisse.

Der durchgeführte MANOVA Test zeigte signifikante Haupteffekte für *Kultur* ($V = .062$, $F(7,426) = 3.913$, $p < .001$, $\eta_p^2 = .062$) und *Geschlecht* ($V = .058$, $F(7,426) = 3.689$, $p < .005$, $\eta_p^2 = .058$) auf. In beiden Fällen kann man von moderaten Effekten ausgehen.

Weiterführende Untersuchung der Kulturgruppenunterschiede durch F-Test ergaben signifikante Unterschiede auf den Subskalen *Akzeptanz von Suizid* ($F(1,426) = 15.23$, $MSE =$

16.15, $p < .001$, $\eta_p^2 = .035$) und *Glaube an die Bestrafung nach dem Tod* ($F(1,426) = 8.46$, $MSE = 8.94$, $p < .005$, $\eta_p^2 = .020$) wobei wichtig ist, dass bei ersterer UngarInnen in Ungarn höhere Werte erzielten und bei der zweiten UngarInnen in Österreich einen höheren Mittelwert hatten.

Anschließende F-Test zur Untersuchung von *Geschlecht* als Haupteffekt zeigten, dass auf den drei Subskalen: *Suizid als ein Zeichen psychischer Krankheit* ($F(1,426) = 4.08$, $MSE = 5.71$, $p < .05$, $\eta_p^2 = .010$); *Suizid als Lösung* ($F(1,426) = 7.01$, $MSE = 1.94$, $p < .01$, $\eta_p^2 = .016$) und *Offene Berichterstattung von Suizid* ($F(1,426) = 7.24$, $MSE = 9.21$, $p < .01$, $\eta_p^2 = .017$) Männer signifikant höhere Werte erzielten. Auf der Subskala *Verheimlichen von suizidalem Verhalten* ($F(1,426) = 5.22$, $MSE = 8.12$, $p < .05$, $\eta_p^2 = .012$) hatten Frauen höhere Mittelwerte.

Haupteffekt für die Interaktion *Geschlecht X Kultur* ($V = .024$, $F(2,426) = 1.49$, $p = .169$, $\eta_p^2 = .024$), konnten nicht aufgedeckt werden.

3.3.6 Einstellung gegenüber einem suizidgefährdeten Freund

„UngarInnen in Ungarn haben eine positivere Einstellung gegenüber einem suizidgefährdeten Freund, als UngarInnen in Österreich.“ Um die Hypothese verifizieren oder falsifizieren zu können, wurde MANOVA mit den Faktoren *Kultur* und *Geschlecht* durchgeführt. Als unabhängige Variablen wurden die Subskalen der RISF (*Soziale Akzeptanz, emotionale Beteiligung, Hilfe für den suizidgefährdeten Freund, Abneigung gegen die Bekanntgabe einer Suizidgefährdung und genaues Ermitteln des suizidalen Verhaltens*) verwendet. Mittelwerte und Standardabweichungen der Subskalen sind *Tabelle 9* zu entnehmen.

Tabelle 9 Deskriptivstatistische Daten der *Reactions to an Imagined Suicidal Friend* (RISF)

	UngarInnen in Ungarn (<i>n</i> = 243)			UngarInnen in Österreich (<i>n</i> = 183)		
	männlich	weiblich	gesamt	männlich	weiblich	gesamt
	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)
soziale Akzeptanz	1.78 (.73)	1.53 (.56)	1.60 (.63)	1.71 (.70)	1.55 (.55)	1.59 (.60)
emotionale Beteiligung	3.71 (.74)	3.63 (.81)	3.65 (.79)	3.59 (.81)	3.62 (.86)	3.61 (.84)
Hilfe für den suizidgefährdeten Freund	1.75 (.60)	1.45 (.49)	1.53 (.54)	1.56 (.45)	1.42 (.43)	1.45 (.44)
Abneigung gegen die Bekanntgabe einer Suizidgefährdung	3.44 (1.29)	3.46 (1.41)	3.45 (1.38)	3.47 (1.37)	3.28 (1.45)	3.33 (1.43)
genaues Ermitteln des suizidalen Verhaltens	1.69 (.81)	1.52 (.83)	1.57 (.83)	1.55 (.73)	1.50 (.80)	1.51 (.78)

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

Im Kolmogorov-Smirnov Test waren alle Subskalen in beiden Kulturgruppen signifikant, außer *emotionale Beteiligung*. Der Box's Test erwies ein signifikantes Ergebnis. Levene's Test zeigte signifikante Ergebnisse auf den Subskalen *soziale Akzeptanz* und *Hilfe für den suizidgefährdeten Freund*.

Die durchgeführte MANOVA ergab einen Haupteffekt für *Geschlecht* ($V = .046$, $F(5,426) = 4.03$, $p < .005$, $\eta_p^2 = .046$). Dieser Effekt kann als moderater Effekt betrachtet werden. Durch weiterführende F-Test wurde ersichtlich, dass Männer auf den Subskalen *Soziale Akzeptanz*

($F(1,426) = 9.05$, $MSE = 3.39$, $p < .005$, $\eta_p^2 = .021$) und *Hilfe für den suizidgefährdeten Freund* ($F(1,426) = 16.98$, $MSE = 4.13$, $p < .001$, $\eta_p^2 = .039$) höhere Werte erzielten.

Haupteffekt für *Kultur* ($V = .011$, $F(5,426) = .939$, $p = .455$, $\eta_p^2 = .011$) oder Interaktion von *Kultur X Geschlecht* ($V = .008$, $F(5,426) = .716$, $p = .611$, $\eta_p^2 = .008$) konnte nicht gefunden werden.

DISKUSSION

4.1 Laientheorien über Ursachen für Suizid

Wie bereits im Kapitel 1.8 beschrieben ist die Untersuchung der Einstellungen zu Suizid unvermeidbar, wenn wir die Kulturen und deren Einflüsse besser verstehen wollen. In unterschiedlichen Ländern herrschen unterschiedliche Gedanken bezüglich der Ursachen von Suizid. Die erste untersuchte Hypothese war: **“UngarInnen in Ungarn zeigen höhere Werte in den Subskalen *soziale Ursachen* und *interpersonelle Ursachen* als UngarInnen in Österreich.“** Die Hypothese wurde mit der Annahme: **“Frauen erzielen höhere Werte in den Subskalen *soziale Ursachen* und *interpersonelle Ursachen* als Männer“** erweitert.

Die erste Hypothese konnte teils bestätigt werden, nachdem UngarInnen in Ungarn tatsächlich signifikant höhere Werte auf der Subskala *interpersonelle Ursachen* erreichten. Im Falle der Subskala *soziale Ursachen* konnten keine signifikanten Unterschiede aufgezeigt werden.

Die erweiterte Hypothese konnte mit dieser Untersuchung nicht bestätigt werden, nachdem sich keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den Geschlechtern zeigten. Dass dieser Unterschied zwischen Männern und Frauen nicht existent scheint, kann möglicherweise darauf zurückgeführt werden, dass es in den letzten zwei Jahrzehnten sowohl in Ungarn als auch in Österreich zu großen Veränderungen der Genderrollen kam. Eine Homogenisierung der Geschlechter ist in der Gesellschaft zu beobachten. Immer mehr Frauen arbeiten, verdienen annähernd gleich viel wie Männer und sind in anderen Sparten des Lebens auch gleichgestellt (Fodor, 2003).

4.2 Religion und Suizidalität

Religion hat eine bedeutende Rolle in der Prävention von Suizid. Wie schon im Kapitel 1.3.1 und 1.8 beschrieben prägt Religion in Ungarn den Alltag. So entstand die Hypothese: **„UngarInnen in Ungarn sind religiöser und gehen daher öfters in die Kirche als UngarInnen in Österreich“** und wurde aufgrund von der Studie von Gearing & Lizardi (2009) mit der Annahme: **„Frauen sind religiöser als Männer.“** erweitert.

Die Hypothese konnte teils bestätigt werden, jedoch mit einem ambivalenten Teilergebnis. UngarInnen in Österreich erreichten höhere Mittelwerte auf den Subskalen *Religiöse Überzeugung und Praktiken* und *Soziale Unterstützung in der Glaubensgemeinde*. Im Gegensatz dazu gaben UngarInnen in Ungarn an, signifikant häufiger eine Kirche zu besuchen als UngarInnen in Österreich. Somit wird die Hypothese zum Teil bestätigt wobei es aber auch zu einer Ambivalenz kommt, die durch diese Untersuchung nicht erklärbar ist. Ein möglicher Auslöser für dieses Phänomen könnte die Rolle der Glaubensgemeinde als Vernetzungsplattform sein. In diesem Fall könnten wir davon ausgehen, dass UngarInnen, die ihr Heimatland verlassen hatten, in der Glaubensgemeinde soziale Kontakte und Unterstützung finden und das vor allem mit ihren „Landsleuten“. Es soll auch in Betracht gezogen werden, dass die Datenerhebung in Ungarn zum Teil in religiösen Universitäten bzw. deren Studentenheimen durchgeführt worden ist. In solchen Institutionen ist der tägliche Gottesdienst dargeboten und von vielen auch angenommen. Diese situative Gegebenheit könnte dazu beitragen, dass die befragten UngarInnen in Ungarn signifikant häufigere KirchbesucherInnen sind als die MigrantInnen in Österreich.

Die Generalisierung der Hypothese bezogen auf das Geschlecht konnte nicht bestätigt werden. Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen den Geschlechtern bezüglich der

Häufigkeit des Kirchganges. Wie im Kapitel 4.1 schon erwähnt wird davon ausgegangen, dass die früher herrschenden sozialen und ökonomischen Unterschiede zwischen den Geschlechtern heute nicht mehr so stark ausgeprägt sind, dass sie sich in eine Studie dieser Art zeigen würden. (Fodor, 2003).

4.3 Genetik und Suizid

In den vergangenen Jahren wurde der mögliche Zusammenhang zwischen Genetik und Suizid von den Forschern aufgegriffen und von mehreren Aspekten untersucht. Wie bereits im Kapitel 1.6 und 1.8 beschrieben wird davon ausgegangen, dass es zwar genetische Häufungen gibt, bei denen ein erhöhtes Suizidrisiko festzustellen ist, jedoch ist dies den Laien meistens nicht bewusst. So kam es zu der Hypothese: **„UngarInnen in Ungarn und UngarInnen in Österreich erreichen ähnliche Ergebnisse im Glauben an den Einfluss genetischer Faktoren auf den Suizid.“**

Es gab keine signifikanten Unterschiede im Glauben an den Einfluss genetischer Faktoren auf den Suizid zwischen den Kulturgruppen. Die vorliegende Studie konnte damit die a-priori Hypothese belegen und die früheren Untersuchungsergebnisse replizieren. Dieses Ergebnis schließt sich somit an mehrere Vorgängerstudien an (z.B. Voracek, Fisher, Loibl, Tan, & Sonneck (2008) und Svedova (2013)). Interessant erscheinen die Befunde von Kadluczka (2012). Die Forscherin untersuchte diese Hypothese mit denselben Methoden zwischen PolInnen in Polen und ÖsterreicherInnen, konnte aber die Hypothese nicht bestätigen. Als möglichen Grund erwähnt sie den Einfluss der Kirche als Unterdrückung der naturwissenschaftlichen Methoden der Psychiatrie und Psychologie. Obwohl die vorliegende Studie keinen direkten Vergleich mit

ÖsterreicherInnen durchführt, sind diese kulturell naheliegenden, jedoch widersprüchlichen Ergebnisse zu untersuchen. Ungarn, als Nachbarland von Polen und kulturell ähnlich geprägte Nation sollte, ausgehend von Kadluczkas Theorie, ähnliche Ergebnisse zeigen. Durch diesen Paradox stellt sich die Frage, woran es tatsächlich liegen kann inwieweit an genetischen Einfluss geglaubt wird. Andere Forscherinnen (Santillan (2013; Aninilkumparambil (2012)) können die oben genannte Hypothese auch nicht bestätigen, jedoch sind die untersuchten Länder (Peru bzw. Indien) kulturell, sozioökonomisch und geographisch zu weit entfernt um einen Vergleich der Ergebnisse dieser Art erlauben zu können. Die Studienergebnisse von Voracek & Sonneck (2006) und Voracek, Egle, Schleicher, Loibl, & Sonneck (2007) konnten bestätigt werden indem keine geschlechtsspezifische Unterschiede gefunden wurden.

4.4 Inanspruchnahme professioneller psychologischer Hilfe

Um präventiv gegen Suizid und suizidale Handlungen arbeiten zu können ist die professionelle psychologische Hilfe unvermeidbar. Dieser Aussage gegenüber steht aber die mögliche Stigmatisierung, Religion und andere soziale Phänomene die im gegebenen Fall Ablehnung der professionellen psychologischen Hilfe mit sich ziehen (s. Kapitel 1.7 und 1.8). Die Hypothese dieser Studie war, dass: **„UngarInnen in Ungarn eine niedrigere Bereitschaft auf professionelle psychologische Hilfe aufweisen, als UngarInnen in Österreich.“** und (s. Retterstøl & Ekeberg (2009)) **„Religion hat negativen Einfluss auf die Bereitschaft, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen.“**

Weder bei ersterer noch bei der zweiten dieser Hypothesen konnten signifikante Unterschiede zwischen den Kulturgruppen gefunden werden. Diese Ergebnisse decken sich mit

den Befunden von Seikh & Furnham (2000) bzw. Svedova (2013) nicht aber mit den Ergebnissen von Aninilkumparambil (2012), Santillan (2013) oder Kadluczka (2012) (wobei in dem Fall nochmals zu erwähnen ist, dass Kadluczka keinen Vergleich zwischen im Heimatland lebenden PolInnen und in Österreich lebende PolInnen stellt, sondern migrante PolInnen in Österreich mit ÖsterreicherInnen vergleicht). Die Frage bleibt unbeantwortet warum gewisse Kulturgruppen die oben genannte Hypothesen bestätigen, während sie bei anderen verworfen werden müssen.

4.5 Einstellung zu Suizid

Stack & Kposowa (2011) zeigen in ihrer Studie, dass religiöse Länder eine negativere Einstellung zu Suizid haben als weniger religiöse Länder. Ausgegangen davon bzw. von der gesellschaftlichen Situation in Ungarn (s. Kapitel 1.3.2; 1.7; 1.8) entstand die Hypothese: **„UngarInnen in Österreich haben eine liberalere und positivere Einstellung zu Suizid als UngarInnen in Ungarn.“**

Es zeigte sich einerseits, dass es einen signifikanten Unterschied zwischen den Kulturgruppen gibt, indem UngarInnen in Ungarn höhere Werte auf der Subskala *Akzeptanz von Suizid* erzielten, aber UngarInnen in Österreich signifikant höhere Mittelwerte auf der Subskala *Glaube an Bestrafung nach dem Tod* hatten. Das bedeutet in dem Fall das die Hypothese weder angenommen noch verworfen werden kann.

UngarInnen in Ungarn zeigen eine Einstellung, die gemäß der *Stigmahypothese* nachvollziehbar ist und zu erwarten war. Die äußerst hohe Suizidrate in Ungarn geht mit der niedrigen Akzeptanz von Suizid einher.

Die Tatsache, dass MigrantInnen in Österreich eher an Bestrafung nach dem Tod glauben, steht im Einklang mit dem oben beschriebenen Ergebnis, dass sie religiöser sind als UngarInnen in Ungarn. Die Religion vermittelt (vor allem die katholische Religion), dass töten eines der schwerwiegendsten Sünden ist. Das bezieht sich auch auf selbst-töten und somit ist dieses Ergebnis zwar nicht Hypothesenkonform, jedoch zu erwarten, wenn man die Einstellung zu Religion in Betracht nimmt.

Nicht nur zwischen Kulturgruppen, sondern auch zwischen Geschlechter konnten signifikante Unterschiede festgestellt werden. Männliche Versuchspersonen hatten höhere Werte auf den Subskalen *Suizid als ein Zeichen psychischer Krankheit*; *Selbstmord als Lösung*; *Kommunikation und Diskussion über Suizid*. Frauen im Gegensatz auf der Subskala *Tendenz suizidale Handlungen zu verheimlichen*. Eine Erklärung dafür, dass Frauen Suizid eher verheimlichen würden, könnte das höhere Religiositätsniveau der Frauen sein (Neeleman & Lewis, 1999).

4.6 Verhalten gegenüber einem suizidgefährdeten Freund

Ausgegangen von den Studien von Eskin (vergleiche Kapitel 1.4) wurde gefolgert: **„UngarInnen in Ungarn weisen positivere Einstellung gegenüber einem suizidgefährdeten Freund auf, als UngarInnen in Österreich.“**

Im Falle dieser Annahme konnten keine kulturgruppenspezifische Unterschiede nachgewiesen werden. Dieser Befund ist aber nicht im Einklang mit der Untersuchung von Eskin, Voracek, Stieger, & Altinyazar (2011). Dass es keinen Kulturgruppenunterschied gibt, kann möglicherweise damit in Zusammenhang stehen, dass zwischen den Gruppen auch keine

eindeutigen Unterschiede bezüglich der Akzeptanz von Suizid hervorgehoben werden konnten. Ausgehend davon, dass diese Ergebnisse besagen, dass UngarInnen in Ungarn bzw. in Österreich ähnliche Einstellung zu Suizid haben, scheint dieses (nicht hypothesenkonforme) Ergebnis durchaus begründet zu sein.

4.7 Limitierungen

Auch wenn die vorliegende Studie neue Gesichtspunkte aufzeigt und gedankenanregende Ergebnisse liefert, hat sie ihre Grenzen und Limitierungen, die in Betracht gezogen werden müssen und bei zukünftiger Forschung möglicherweise geändert werden sollen.

Wichtige Begrenzung ist die Generalisierbarkeit der Ergebnisse. Nachdem es sich hier nicht um eine repräsentative Stichprobe handelt, können die Ergebnisse nur beschränkt auf die Allgemeinheit übertragen werden. Somit ist zu erwähnen, dass die Stichprobe vor allem in Ungarn bzgl. ihrer religiösen Einstellung wahrscheinlich zu homogen ist. Die meisten Probanden sind Studenten an katholischen Universitäten oder Bewohner katholischer Studentenheime.

Methodentechnisch ist weiterhin zu beachten, dass bei der vorliegenden Studie die Verteilung der männlichen bzw. weiblichen Versuchspersonen unausgeglichen war. Es nahmen fast dreimal so viele Frauen an der Studie teil wie Männer.

Wobei die Reliabilitäten der Testverfahren im Allgemeinen gut bis sehr gut waren, ist zu erwähnen, dass der Fragebogen BIRFFS nur $\alpha = .515$ bzw. $\alpha = .489$ hatte. Dieser Ausmaß an Reliabilität ist zwar vergleichbar mit den Reliabilitäten anderer Studien, die den Fragebogen

verwendet haben, jedoch kann es eine Einschränkung bei der Interpretation der erhaltenen Daten bedeuten.

Wie bei allen Befragungen ist die *soziale Erwünschtheit* der gegebenen Antworten in Betracht zu ziehen. Anonymität wurde in jedem Fall beibehalten und die Reliabilitäten waren im allgemeinen sehr zufriedenstellend. Jedoch kann nicht bei allen Fragebögen Gewissheit herrschen, in welchem Ausmaß die *soziale Erwünschtheit* die gegebenen Antworten beeinflusst.

Zu erwähnen ist, dass es zu Limitierung bei der Stichprobenerhebung kam. Es konnte nachgewiesen werden, dass die vorhandenen „drop-out“-TeilnehmerInnen systematisch (abhängend von den *in Ausbildung verbrachte Jahre*) variierten.

4.8 Zukünftige Forschung

Sowohl Suizid als auch Migration sind in Ungarn heutzutage frequent erforschte Themen. Beide dieser Sachverhalte stellen für Ungarn ein präsenten soziales und wirtschaftliches Problem dar. Die vorliegende Studie hatte das Ziel, den Zusammenhang zwischen Migration, Religion und Suizid beziehungsweise anderen Faktoren zu untersuchen. Nachdem die gegebenen Forschungsfragen beantwortet wurden, wurden Wege für neue Fragen geöffnet.

Im Falle dieser Studie kann man nicht über eine repräsentative Studie sprechen. Interessant wäre bei zukünftiger Forschung auf Repräsentativität zu achten, somit könnte man validere und generalisierbare Ergebnisse erzielen.

Ausgegangen von den wirtschaftlichen und psychosozialen Unterschieden zwischen den untersuchten Ländern wird die zukünftige ForscherIn ermutigt, sich mit weiteren Faktoren des

alltäglichen Verhaltens (z.B. Aggression; Rauchverhalten; Trinkverhalten; etc.) und mit Merkmalen der psychosozialen Versorgungssysteme auseinanderzusetzen. Studien zeigen (Pompili, et al., (2010) und Gvion & Apter (2011)), dass diese Faktoren negative Auswirkung auf Suizid, Suizidprävention und Mental health haben. Durch Aufdeckung möglicher Effekte könnten, jetzt noch offene Fragen oder ambivalent erscheinende Ergebnisse (inkonsistente Geschlechtsunterschiede oder ambivalent erscheinende Kulturgruppenunterschiede bei den oben genannten Hypothesen), eventuell geklärt werden.

Um Veränderung von Einstellungen zu Suizid besser verstehen und erklären zu können, sollten mehrere Generationen der selben Kulturgruppe untersucht und befragt werden. Mit diesen Ergebnissen könnte der Zusammenhang zwischen Suizid und Heimatland beziehungsweise deren Veränderung im „Gastland“ untersucht werden.

Die oben genannten möglichen Erweiterungen könnten Ergebnisse liefern, die die Entwicklung eines effektiveren Suizidpräventionsprogramms erwarten ließen. Obwohl die angewendeten Präventionsprogramme in Ungarn gute Ergebnisse erzielen, sind die Suizidraten in Ungarn weiterhin sehr hoch. Aus diesem Grund ist zu überlegen, wie man diese Präventionsmöglichkeiten attraktiver und effektiver gestalten kann (Ádány, 2008).

Im Allgemeinen ist zu bemerken, dass sich Suizidraten in Ungarn im vergangenen Jahrhundert sehr stark verändert haben (Zonda, 2002) Es ist unbedingt von Nöten dieses Thema in Ungarn (verglichen mit UngarInnen aus anderen Ländern) weiterhin zu untersuchen und zu erforschen. Viele offene und unbeantwortete Fragen stehen noch an. Diese kann man nur mit konsequenten Forschungsansätzen und Methoden beantworten.

LITERATURVERZEICHNIS

- Ádány, R. (2008). *A prevenció helyzete Magyarországon és viszonya a lakosság egészségi állapotából adódó prioritásokhoz*. Nemzeti Erőforrás Minisztérium - Magyarország. Budapest: NEFMI.
- Albani, C., Bailer, H., Blaser, G., Michael, G., Brähler, E., & Grulke, N. (2002). Erfassung religiöser und spiritueller Einstellungen. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 52, 306-313.
- Ang, R., Lau, S., Lim, K., & Tan, A.-G. (10 2007). Refining the Attitudes Towards Seeking Professional Psychological Help Scale: Factorial invariance across two Asian samples. *Measurement & Evaluation in Counseling & Development*, 40, 130-141.
- Aninilkumparambil, N. (2012). Attitudes towards suicide, religiosity and health beliefs: A cross-cultural comparison between South India (Kerala) and South Indians in Austria. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Universität Wien.
- Behling, O., & Law, K. (2000). *Translating Questionnaires and Other Research Instruments: Problems and Solutions*. Thousand Oaks: Sage.
- Bencsik, P., Deák, Á., Farkas, C., Giczi, Z., Löffler, T., Marjanucz, L., et al. (2006). *A magyar állam története 1711-2006*. (P. Szabó, Eds.) Budapest: Bölcsész Konzorcium.
- Biernacki, P., & Waldorf, D. (November 1981). Snowball Smplin: Problems and Techniques of Chain Referral Sampling. *Sociological Methods & Research*, 10, 141-163.

- Brühwiler, A. (2006). Az egyházi temetés. *Szent Margit Lap* , 12, 1-3.
- Carlsson, M., & Rooth, D.-O. (2007). Evidence of ethnic discrimination in the Swedish labor market using experimental data . *Labour Economics* , 14, 716-729.
- Cavalli-Sforza, L., Menozzi, P., & Piazza, A. (1996). *The History and Geography of Human Genes*. Princeton: Princeton University Press.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Erlbaum: Hillsdale, NJ.
- Dogus, F. E. (2011). Psychometrische Analyse und Validierung der “Beliefs in the Inheritance of Risk Factors for Suicide Scale” im Kontext der Migration: Türkei und türkische MigrantInnen in Österreich. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Universität Wien.
- Grube, M. (2004). Suizidversuche von Migranten in der Akutpsychiatrie. *Der Nervenarzt*, 75, 681-687.
- Durkheim, É. (1978). *A társadalmi tények magyarázatához*. Budapest: Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó.
- Durkheim, É. (1983). *Der Selbstmord* (12th ed.). Frankfurt a.M., Deutschland: Suhrkamp.
- Eskin, M. (1996). Cross-cultural gender differences in the psychosocial correlates of current adolescent suicidal ideation. *Journal of Gender, Culture and Health* , 1, 189-205.
- Eskin, M. (1997). Cross-cultural tests of the gender-role consistency and stigma hypotheses of suicidal behavior. *Journal of Gender, Culture and Health* , 2, 245-262.

- Eskin, M. (1999). Gender and cultural differences in the 12-month prevalence of suicidal thoughts and attempts in Swedish and Turkish adolescents. *Journal of Gender, Culture and Health* , 4, 187-200.
- Eskin, M. (1999). Social reactions of Swedish and Turkish adolescents to a close friend's suicidal disclosure. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 492-497.
- Eskin, M. (1995). Suicidal behavior as related to social support and assertiveness among Swedish and Turkish high school students: A cross-cultural investigation. *Journal of Clinical Psychology* , 51, 158-172.
- Eskin, M. (2004). The effects of religious versus secular education on suicide ideation and suicidal attitudes in adolescents in Turkey. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 536-542.
- Eskin, M., Voracek, M., Stieger, S., & Altinyazar, V. (2011). A cross-cultural investigation of suicidal behavior and attitudes in Austrian and Turkish medical students. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 813-823.
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A.-G. (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*, 41, 1149-1160.
- 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.
- Field, A. (2013). *Discovering statistics using SPSS*. London, UK: Sage.

- Fink, E. (2013). Einstellung zu Suizid, Religiosität und Health Beliefs: Interkultureller Vergleich zwischen Russland/ Kasachstan und RussInnen/ KasachInnen in Mitteleuropa. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Universität Wien.
- Fischer, E., & Farina, A. (1995). Attitudes Toward Seeking Professional Psychological Help: A shortened form and considerations for research. *Journal of College Student Development*, 38, 368-373.
- Fisher, E., & Turner, J. (1970). Orientations to seeking professional help: Development and research utility of an attitude scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 35, 79-90.
- Fodor, É. (2003). A női emancipáció Magyarországon és Ausztriában, 1972–1992. *Szociológiai Szemle*, 28-54.
- Frick, A., Bächtiger, M., & Reips, U.-D. (2001). Financial incentives, personal information and dropout in online studies. In U.-D. Reips, & M. Bosnjak, *Dimensions of Internet Science* (209-219). Lengerich: Pabst.
- Gearing, R., & Lizardi, D. (2009). Religion and Suicide. *Journal of Religion and Health*, 48, 332-341.
- Gulke, N., Bailer, H., Blaser Gerd, Geyer, M., Brähler, E., & Albani, C. (2010). Measuring religious attitudes: reliability and validity of the German version of the Systems of Belief Inventory (SBI-15R-D) in a representative sample. *Mental Health, Religion & Culture*, 203-213.

- Gvion, Y., & Apter, A. (2011). Aggression, impulsivity, and suicide behavior: a review of the literature. *Archives of Suicide Research* , 15, 93-112.
- Holland, J., Kahs, K., Passik, S., Gronert, M., Sison, A., Lederberg, M., et al. (1998). A brief spiritual beliefs inventory for use in quality of life research in life-threatening illness. *Psycho-Oncology* , 7, 460-496.
- Központi Statisztikai Hivatal (Eds.). (2008). Öngyilkosságok. *statisztikai tükö* , 2, 1-2.
- Kadluczka, K. (2012). Einstellungen zu Suizid, Religiosität und Health Beliefs: Ein interkultureller Vergleich zwischen ÖsterreicherInnen, PolInnen und polnischen ImmigrantInnen. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Universität Wien.
- Kadluczka, K. (2012). Einstellungen zu Suizid, Religiosität und Health Beliefs: Ein interkultureller Vergleich zwischen ÖsterreicherInnen, PolInnen und polnischen ImmigrantInnen. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Universität Wien.
- Katholische Kirche Österreich. (2012). *Katholisch.at*. <http://www.katholisch.at/statistik>
- Khan, F., & Waheed, W. (08 2006). Suicide and self-harm in South Asian immigrants . *Psychiatry* , 5, 283-285.
- Kopp, M. (2005). Európai szövetség a depresszió ellen. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika* , 6, 147-152.
- KSH. (2010). *ksh.hu*. http://www.ksh.hu/docs/hun/eurostat_tablak/index.html
- Lester, D. (2001). Suicide Among the Elderly in the World: Covariation with Psychological and Socio-Economic Factors. In D. De Leo (eds.), *Suicide and Euthanasia in Older Adults* (1-19). Göttingen: Hogrefe & huber Publishers.

- Lester, D., & Bean, J. (1992). Attribution of causes to suicide . *The Journal of Social Psychology* , 132, 679-680.
- Loibl, L., & Voracek, M. (2007). Psychometric properties and correlates of the Lester- Bean Attribution of Causes to Suicide Scale. *Psychological Reports* , 101, 47-52.
- Loibl, L., Tran, U., & Voracek, M. (2008). Lay theories of suicide: test-retest reliability and further validation of lester and bean's attribution of causes to suicide scale. *Psychiatria Danubiana* , 20, 26-30.
- Magyar Katolikus Püspöki Konferencia (eds.). (2006). *A katolikus egyház katekizmusának kompendiuma*. Budapest: Szent István Társulat.
- Menozzi, P., Piazza, A., & Cavalli-Sforza, L. (1978). Synthetic maps of human gene frequencies in Europeans. *Science* , 201, 786-792.
- Moksony, F., & Hegedűs, R. (2006). Társadalmi integráltság, kultúra, devianci: A vallás hatás az öngyilkosságra Magyarországon. *Szociológiai Szemle* , 4, 3-18.
- Neeleman, J., & Lewis, G. (1999). Suicide, religion and socio-economic conditions: An ecological study in 26 countries. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 53, 204-210.
- Pompili, M., Serafini, G., Innamorti, M., Dominici, G., Ferracuti, S., Kotzalidis, G., et al. (2010). Suicidal Behavior and Alcohol Abuse. *Internation Journal of Environmental Research and Public Health* , 7, 1392-1431.

Ramos, P. (2013). Einstellungen zu Suizid, Religiosität und Health Beliefs: Ein interkultureller Vergleich zwischen in Peru lebenden PeruanerInnen und in Österreich lebenden PeruanerInnen. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Universität Wien.

Reichel, W. (2011). *Religionen in österreich*. Wien: Bundeskanzleramt, Bundespressedienst.

Reips, U.-D. (2002b). Standards for Internet-based experimenting. *Experimental Psychology* , 49, 243-256.

Reips, U.-D., Buchanan, T., Krantz, J., & McGrawn, K. (2011). Methodological challenges in the use of the internet for scientific research: ten solutions and recommendations. *Studia Psychologica* , 11, 5-18.

Retterstøl, N., & Ekeberg, Ø. (2009). Christianity and Suicide . In D. Wasserman, & W. C (eds.), *Oxford textbook of suicidology and suicide prevention* (57-62). New York: Oxford University Press.

Santillan, R. P. (2013). Einstellung zu Suizid, Religiosität und Health Beliefs: Ein interkultureller Vergleich zwischen in Peru lebenden PeruanerInnen und in Österreich lebenden PeruanerInnen. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Universität Wien.

Schneider , B., & Jürgen, F. (2008). Suizid und Migration - Einwanderung als Risikofaktor? *Psychoneuro* , 34, 144-149.

Seikh, 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.

- Sobotka, T. (2009). Migration continent Europe. *Vienna Yearbook of Population Research* , 7, 217-233.
- Stack, S., & Kposowa, A. (2011). Religion and suicide acceptability: A cross-national analysis. *Journal for the scientific study religion* , 50, 289-306.
- Suicide.org. (2005). *suicide.org*. <http://www.suicide.org/international-suicide-statistics.html>
- Svedova, V. (2013). Einstellung zu Suizid, Religiosität und Health Beliefs: Ein interkultureller Vergleich zwischen SlowakInnen und slowakischen ImmigrantInnen in Österreich. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Universität Wien.
- Tomka, M. (2006). *Vallás és társadalom Magyarországon*. Budapest: Loisir Kft.
- Vijayakumar, L. (2002). Religion: A protective factor in suicide. *Suicidology* , 2, 9-12.
- Voracek, M., & Sonneck, G. (2006). Medical and psychology students' disbelief in the inheritance of risk factors for suicide. *Psychological Reports* , 99, 599-602.
- Voracek, M., Egle, J., Schleicher, S., Loibl , L., & Sonneck, G. (2007). Beliefs in the Inheritance of Risk Factors for Suicide Scale (BIRFSS): Further results on demographic correlates, dimensionality, reliability and validity. *Journal of Death and Dying* , 55, 279- 296.
- Voracek, M., Fisher, M., Loibl, L., Tan, H., & Sonneck, G. (2008). Beliefs about the genetics of suicide in Canadian students: Cross-language validation of the Beliefs in the Inheritance of Risk Factors for Suicide Scale (BIRFSS). *Psychiatry and Clinical Neuroscience* , 62, 271-278.

- Voracek, M., Loibl, L., & Kandrychyn, S. (2007c). Testing the Finno-Ugrian suicide hypothesis: Replication and refinement with regional suicide data from Eastern Europe . *Perceptual and Motor Skills* , 104, 985-994.
- Voracek, M., Loibl, L., & Lester, D. (2007b). Lay theories of suicide among Austrian psychology undergraduates. *Crisis* , 28, 204-206.
- Voracek, M., Loibl, L., & Sonneck, G. (08 2007). Beliefs in the Inheritance of Risk Factors for Suicide Scale: Development, reliability, stability, and convergent and discriminant validity . *Psychological Reports* , 101, 107-116.
- Voracek, M., Loibl, L., Egle, J., & Schleicher, S. (2007a). Correlates, item-sequence invariance, and test-retest reliability of the Beliefs in the Inheritance of Risk Factors for Suicide Scale (BIRFFS). *Psychological Reports* , 101, 1107-1117.
- Voracek, M., Vintila, M., & Muranyi, D. (2007). A further test of the Finno-Ugrian suicide hypothesis: County suicides rates in Romania correspond to the population proportion of ethnic Hungarians. *Perceptual and Motor Skills* , 105, 1209-1222.
- Walker, R., 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.
- Weerth, C. (2013). *Gabler Wirtschaftslexikon*
<http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Definition/migration.html>
- World Health Organisation. (2012). *Public health Action for the prevention of suicide: A Framework*. Geneva: WHO Press.

World Health Organisation. (2009). *who.org*. http://www.who.int/mental_health/media/hung.pdf

World Health Organisation. (2010). *who.org*.
http://www.who.int/mental_health/media/austria.pdf

Yun, G., & Trumbo, C. (2000). Comparative Response to a Survey Executed by Post, E-mail, & Web Form. *Journal of Computer-Mediated Communication* , 6, 1-12.

Zonda, T. (2006). *Öngyilkosság, statisztika, társadalom* . Budapest: Kairosz.

Zonda, T. (2002). Az öngyilkosságok alakulása Magyarországon. *Psychiatria Hungarica* , 17, 389-397.

Zonda, T., Paksi, B., & Veres, E. (2013). *Az öngyilkosságok alakulása Magyarországon (1970-2010)*. Budapest: Központi Statisztikai Hivatal.

EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG

Ich versichere, dass ich die vorliegende Diplomarbeit ohne fremde Hilfe und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Quellen angefertigt habe, und dass die Arbeit in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt wurde. Alle Ausführungen der Arbeit, die wörtlich oder sinngemäß übernommen wurden, sind als solche gekennzeichnet.

Wien, 10.10.2014

Csaba Éger

CURRICULUM VITAE

Name: Csaba Éger

Geburtsdatum: 08.11.1989

Geburtsort: Sopron (Ungarn)

Staatsbürgerschaft: HU

Familienstand: Ledig

Schulischer Werdegang

1996-2000 Europaschule Deutschkreuz

2000-2004 Berzenyi Daniel Ev. Gimn. Sopron

2004-2008 Czuczor Gergely Bencés Gimnázium és Kollégium

Berufserfahrung

2012-2013 10 Monate Praktikum im *Chescombe Lodge* (England), Bristol

2013- Arbeit als Betreuer und Erzieher im Projekt Kinderhaus Soz. Päd. WG., Großwarasdorf