

# Das psychische Befinden von iranischen Migranten in Deutschland

Zur Bedeutung des Attributions- und  
Bewältigungsstils bei der  
Auseinandersetzung mit akkulturativem  
Stress

Dissertation  
zur Erlangung der Würde des Doktors der Philosophie der  
Universität Hamburg

vorgelegt von

Mohammad Rahrahshian

aus Teheran

Hamburg 2007

Referent: Prof. Dr. Reinhold Schwab

Korreferent: Prof. Dr. Heinrich Berbalk

Tag des Abschlusses der mündlichen Prüfung: 26.03.07

Meiner Familie

In Liebe und Dankbarkeit



## **0. ZUSAMMENFASSUNG**

Bei der vorliegenden Arbeit handelt es sich um eine retrospektive Studie, in der insgesamt 102 iranische Migrantinnen und Migranten der Stadt Hamburg nach ihrem Umgang mit akkulturativen Stress befragt werden. In Anlehnung an kognitive Theorien der Klinischen Psychologie und auf der Basis eines stresspsychologisch orientierten Ansatzes innerhalb der Migrationsforschung wurde untersucht, welche psychosozialen Konflikte das Leben der Befragten in der Migration beeinträchtigen, welche Interaktionen zwischen Migrantinnen und Migranten und ihrer neuen Umwelt bestehen, und welche Rolle dabei die Attributions- und Bewältigungsstile der Befragten beim Zustandekommen bzw. bei der Aufrechterhaltung psychischer Störungen spielen.

Anhand eines aus standardisierten Tests und selbst konstruierten Skalen/Items zusammengesetzten und in die persische Sprache übersetzten Messinstrumentariums wurden Daten von einer unausgewählten Erwachsenenstichprobe (n = 92) und von Patienten (n = 10) einer psychotherapeutischen Praxis erhoben. Über die Patientenstichprobe wurde zusätzlich eine Dokumentation geführt.

Das markanteste Ergebnis zeigte sich in einer sehr hohen psychischen Symptombelastung in beiden Stichproben gemäß SCL-90-R. Aus der Gesamtpersonengruppe wurden durch Medianhalbierung nach SCL-90-GSI die zwei Gruppen „Schwächer Belastete“ und „Stärker Belastete“ gebildet. Dabei ergaben sich signifikante Unterschiede hinsichtlich soziodemografischer Merkmale und einer Reihe weiterer Variablen.

Die „Stärker Belasteten“ unterscheiden sich ferner von den „Schwächer Belasteten“ signifikant hinsichtlich ihres Attributions- und Bewältigungsstils. Die „Schwächer Belasteten“ zeigten im Vergleich eine signifikant höhere Selbstwirksamkeitserwartung und machten weniger von negativen Bewältigungsstrategien gebrauch. Die „Stärker Belasteten“ waren im Vergleich zu den „Schwächer Belasteten“ signifikant einsamer, hatten einen niedrigeren Akkulturationsgrad und litten stärker unter psychosozialen Konflikten.

Die „Migrationsmotive“ wiesen keinen Zusammenhang mit psychischer Symptombelastung auf, wohl aber die „Migrationsdauer“: In den ersten Jahren der Migration sind psychische Belastungen erheblich hoch. Die Befragten mit einer längeren Migrationsdauer (ab 10 Jahren) zeigten eine geringere psychische Symptombelastung und waren auch weniger einsam.



# Danksagung

Ich möchte ganz herzlich allen Menschen danken, die mich unterstützt haben, diese Arbeit zu schreiben.

Ich danke in erster Linie meinem Doktorvater, Prof. Dr. Reinhold Schwab, für die vielen Anregungen und die unermüdliche Ermutigung während der gesamten Zeit. Besonders danke ich für seine fachlich kompetente und menschlich verständnisvolle Betreuung dieser Arbeit und für alles, was ich von ihm lernen konnte und noch lerne.

Ich danke Prof. Dr. Heinrich Berbalk, der als Zweitgutachter diese Arbeit begutachtet hat.

Ich danke Prof. Ursula Neumann und Prof. Dr. Dr. Michael Sadre-Chirazi-Stark für die Prüfungsabnahme in den Fächern Erziehungswissenschaft und Psychiaterie.

Ich danke allen meinen Freunden, die mich nicht nur bei der Fragebogenerhebung, sondern auch mit ihrem Fachwissen bei der Übertragung des Messinstrumentariums in die persische Sprache unterstützt haben. Und ein Dankeschön auch denjenigen, die sich spontan zur Verteilung der Fragebogen dieser Studie gemeldet haben.

Ich danke allen Menschen, die an der Fragebogenerhebung teilgenommen und somit die zugrunde liegenden Daten dieser Arbeit zur Verfügung gestellt haben. Insbesondere danke ich den Patient(inn)en, die zusätzlich zu den Fragebogendaten auch ihre persönliche Erfahrungen mit der Migration haben einfließen lassen.

Ich danke Frau Katja Puhmann und Frau Dorothea Muratidi, die freundlicherweise ihre Fachkompetenz in Form des Korrekturlesens dieser Arbeit zur Verfügung gestellt haben.

Ich danke meiner Ehepartnerin Giti, meiner Tochter Rosa und meinem Sohn Nima für all die Unterstützung, die in ganz besonderem Maße dazu beigetragen hat, dass diese Arbeit fertig gestellt werden konnte.

## INHALTSVERZEICHNIS

<b>0. ZUSAMMENFASSUNG.....</b>	<b>5</b>
<b>1. EINLEITUNG .....</b>	<b>11</b>
<b>1.1. MIGRATION ALS EIN WELTWEITES PHÄNOMEN.....</b>	<b>14</b>
1.1.1. Was bedeutet Migration für die Betroffenen? .....	16
1.1.2. Migration und psychische Belastung.....	17
<b>1.2. PSYCHOLOGISCH ORIENTIERTE ANSÄTZE INNERHALB DER MIGRATIONSFORSCHUNG .....</b>	<b>18</b>
1.2.1. Akkulturation als Prozess der Integration, Assimilation, Segregation und Marginalisierung.....	21
1.2.2. Migration und das Erleben des Akkulturationsstresses .....	24
1.2.3. Über iranische Migrantinnen und Migranten in Deutschland und in der Stadt Hamburg.....	25
<b>1.3. DIE ATTRIBUTIONSTHEORIEN IN DER SOZIAL- UND KLINISCHEN PSYCHOLOGIE.....</b>	<b>30</b>
1.3.1. Die Kausalattributionstheorie nach Heider.....	30
1.3.2. Die Theorie der korrespondierenden Schlussfolgerungen nach Jons und Davis.....	32
1.3.3. Die Kovariations- und Konfigurationstheorie nach Kelly.....	32
1.3.4. Zentrale Annahmen der drei Attributionstheorien im Hintergrund der vorliegenden Arbeit .....	34
<b>1.4. BEWÄLTIGUNGSSTRATEGIEN UND PSYCHISCHE GESUNDHEIT .....</b>	<b>37</b>
1.4.1. Das Gesundheitskonzept im Hintergrund dieser Arbeit .....	37
1.4.2. Der Begriff Stress .....	38
1.4.3. Bewältigung .....	39
1.4.3.1. Bewältigungstheorie bei Lazarus.....	39
1.4.3.2. Die Theorie der erlernten Hilflosigkeit nach Seligmann .....	41
1.4.3.3. Selbstwirksamkeitserwartung nach Bandura .....	41
1.4.4. Zusammenfassende Schlussfolgerung für die vorliegende Arbeit .....	42
<b>1.5. AKKULTURATIONSSTRESS UND EINSAMKEIT .....</b>	<b>45</b>
<b>1.6. THEORETISCHER HINTERGRUND UND ABLEITUNG DER FORSCHUNGSHYPOTHESEN .....</b>	<b>46</b>
1.6.1. Ziele dieser Untersuchung .....	51
<b>2. METHODE .....</b>	<b>54</b>
<b>2.1. KRITERIEN ZUR WAHL DER METHODE UND DER STICHPROBE.....</b>	<b>54</b>
<b>2.2. ENTWICKLUNG UND ZUSAMMENSETZUNG DES MESSINSTRUMENTS .....</b>	<b>56</b>
2.2.1. Standardisierte Fragebogen.....	57
2.2.1.1. Momentane psychische Beschwerden .....	57
2.2.1.2. Einstellungen und Meinungen über Gesundheit und Krankheit.....	60
2.2.1.3. Zur Erfassung von Bewältigungsstrategien .....	61
2.2.1.4. Zur Erfassung von Attributionen .....	62
2.2.1.5. Zur Erfassung der Einsamkeitsdimensionen.....	63
2.2.2. Selbstkonstruierte Skalen bzw. Items .....	64
2.2.2.1. Soziodemografische Daten .....	64



2.2.2.2.	Zur Erfassung der Akkulturation .....	65
2.2.2.3.	Zur Erfassung der „Momentane Psychosoziale Konflikte“ (MPSK).....	66
<b>2.3.</b>	<b>DESIGN DER UNTERSUCHUNG.....</b>	<b>69</b>
<b>2.4.</b>	<b>ABLAUF DER UNTERSUCHUNG.....</b>	<b>69</b>
2.4.1.	Datenerhebung.....	70
2.4.2.	Zu den Stichproben der Untersuchung .....	71
<b>2.5.</b>	<b>BESCHREIBUNG DER STICHPROBEN.....</b>	<b>74</b>
2.5.1.	Beschreibung der Zufallsstichprobe .....	74
2.5.2.	Genauere Beschreibung der Patientenstichprobe .....	78
<b>3.</b>	<b>ERGEBNISSE .....</b>	<b>85</b>
<b>3.1.</b>	<b>ZUR MOMENTANEN PSYCHISCHEN SYMPTOMBELASTUNG .....</b>	<b>85</b>
3.1.1.	Überprüfung der Skalenstruktur, Reliabilitätsanalyse und Itembeschreibung .....	85
3.1.2.	Zur psychischen Symptombelastung der Stichproben und Teilstichproben.....	89
3.1.2.1.	Patienten- und Zufallsstichprobe .....	89
3.1.2.2.	Geschlechterunterschiede .....	91
3.1.2.3.	Altersgruppenunterschiede .....	93
3.1.2.4.	Familienstand und psychische Symptombelastung .....	95
3.1.2.5.	Schulabschluss und psychische Symptombelastung.....	95
3.1.2.6.	Aufenthaltsdauer und psychische Symptombelastung.....	96
3.1.2.7.	Aufenthaltsstatus und psychische Symptombelastung .....	98
3.1.2.8.	Sprachkenntnisse und psychische Symptombelastung .....	99
<b>3.2.</b>	<b>ATTRIBUTIONSSTIL.....</b>	<b>101</b>
3.2.1.	Zur Reliabilitätsanalyse des Fragebogens zur Kompetenz- und Kontrollüberzeugung .....	101
3.2.2.	Ergebnisse der Zufallsstichprobe.....	101
3.2.3.	Ergebnisse der Patientenstichprobe .....	104
3.2.4.	Vergleich der Teilstichproben .....	106
3.2.5.	Stellungnahme zur Hypothese 1 .....	108
3.2.6.	Weitere gruppenstatistische Befunde.....	110
<b>3.3.</b>	<b>BEWÄLTIGUNGSSTRATEGIEN.....</b>	<b>113</b>
3.3.1.	Teststatistische Befunde zum Stressverarbeitungsfragebogen .....	113
3.3.2.	Bewältigungsstrategien der Zufallsstichprobe.....	117
3.3.3.	Der Zusammenhang zwischen Bewältigungsstrategien und der psychischen Symptombelastung der Zufallsstichprobe .....	118
3.3.4.	Bewältigungsstrategien der Patientenstichprobe .....	119
3.3.5.	Der Zusammenhang zwischen Bewältigungsstrategien und der psychischen Symptombelastung der Patientenstichprobe.....	121
3.3.6.	Vergleich der Stichproben und Entscheidung über die zweite Hypothese.....	122
<b>3.4.</b>	<b>ZUR BEDEUTUNG VON KRANKHEITS- UND GESUNDHEITSBEZOGENEN KONTROLLÜBERZEUGUNGEN .....</b>	<b>127</b>
3.4.1.	Die Teststatistischen Kennwerte des Fragebogens zur Erhebung der Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit (KKG).....	127
3.4.2.	Ergebnisse der Zufalls- und Patientenstichprobe.....	128
3.4.3.	Vergleich der Stichproben und Stellungnahme zu der dritten Hypothese.....	129
<b>3.5.</b>	<b>MOMENTANE PSYCHOSOZIALE KONFLIKTE .....</b>	<b>131</b>
3.5.1.	Die teststatistischen Kennwerte der Skala „momentane psychosoziale Konflikte“ (MPSK).....	131
3.5.2.	Befunde der Zufalls- und Patientenstichprobe hinsichtlich momentaner psychosozialer Konflikte .....	132

---

---

3.5.3.	Vergleich der Stichproben „Schwächer Belastete“ und „Stärker Belastete“ hinsichtlich momentaner psychosozialer Konflikte .....	134
3.5.4.	Psychosoziale Konflikte in Abhängigkeit von der Aufenthaltsdauer .....	138
3.5.5.	Vergleich der Stichproben hinsichtlich krisenspezifischen Kontrollüberzeugungen .....	139
<b>3.6.</b>	<b>ZUM GRAD DER AKKULTURATION DER BEFRAGTEN .....</b>	<b>143</b>
3.6.1.	Ergebnisse der Zufalls- und der Patientenstichprobe .....	143
3.6.2.	Vergleich der Stichprobe „Schwächer Belastete“ und „Stärker Belastete“ .....	145
3.6.3.	Aufenthaltsdauer und Akkulturationsgrad.....	148
3.6.4.	Stellungnahme zu der vierten Hypothese .....	150
3.6.5.	Stellungnahme zu der fünften Hypothese .....	152
3.6.6.	Weitere Befunde zur Akkulturation.....	155
<b>3.7.</b>	<b>EINSAMKEIT .....</b>	<b>159</b>
3.7.1.	Einsamkeitsgefühle in Abhängigkeit vom Alter.....	159
3.7.2.	Einsamkeitsgefühle und Geschlecht .....	160
3.7.3.	Einsamkeitsgefühle und psychische Belastung .....	160
3.7.4.	Einsamkeit und Akkulturationsgrad .....	162
3.7.5.	Einsamkeit und Aufenthaltsdauer .....	164
<b>4.</b>	<b>INTERPRETATION UND DISKUSSION DER BEFUNDE.....</b>	<b>167</b>
	<b>LITERATURVERZEICHNIS.....</b>	<b>219</b>
<b>ANHÄNGE:</b>		
	Verzeichnis der Tabellen	
	Verzeichnis der Abbildungen	
	Weitere Befunde	
	Fragebogen in Deutsch und Persisch	

# 1. EINLEITUNG

Migration und Integration sind in den letzten 20 Jahren zu aktuellen und wichtigen politisch gesellschaftlichen Themen geworden. Nicht nur die Politik und deutsche Gesellschaft, sondern auch zunehmend die Wissenschaft befasst sich mit diesen Themen. Während in den 70er und 80er Jahren zuerst die Anpassung der Arbeitsemigranten in Deutschland verstärkt thematisiert wurde (Münz & Ulrich, 1997), wendete sich die Forschung in den 90er Jahren hauptsächlich den Aussiedlern zu, und zum Teil auch den Asylsuchenden (Exillierten / Flüchtlingen). Trotz dieses geweckten weiten Interesses ist die Migrationsforschung ein nur bruchstückhaft beforschtes Feld der klinisch-psychologischen Forschung geblieben.

Abgesehen davon, dass die Migrationsforschung in Deutschland lange Zeit vernachlässigt wurde und am Anfang eine Forschungsdomäne der Erziehungs- und Sozialwissenschaften blieb, wobei oft die Arbeitsmigration und Zuwanderung allgemein und beschränkt auf politische, demografische, ökonomische und kulturelle Aspekte der Zuwanderung für die bundesrepublikanische Gesellschaft im Vordergrund stand (vgl. Cropley et al. 1994), beschäftigen sich seit der 90er Jahre viele Forschungsarbeiten innerhalb der Klinischen Psychologie mit diesem Thema. Es gibt eine Vielfalt von Einzelfallstudien und Praxisberichten, die ein breiteres Spektrum von Erkenntnissen liefern, die sich mit der Fragestellung befassen „ob die Zuwanderung das Risiko für psychosoziale Belastung und psychische Störungen erhöht und wie Zusammenhänge zwischen Migration und psychischer Störung erklärt werden können“ (Bastine, 1990, S. 211).

Innerhalb der psychologisch orientierten Migrationsforschung beobachtet man verschiedene Herangehensweisen bzw. Ansätze, die sich voneinander teilweise sehr unterscheiden und jeweils nur bestimmte Facetten des komplexen Themas Migration behandeln. Hierbei findet man Forschungsarbeiten, die auf die frühen Konzepte von so genannten „Wanderungstypen“ (z.B. Cropley & Lühke, 1994) aufbauen und bei der Erklärung der Zusammenhänge zwischen Migration und psychischer Störung eine Art „Migrationstypologie“ (Riecken, 1999) betreiben, oder auch Forschungsarbeiten, die sich auf der Grundlage von „Migrationphasen“ bzw. „Migrationverlaufsprozessen“ mit Risiken und Zusammenhängen zwischen Migration und psychischer Störung beschäftigen (z.B. Garza-Guerero, 1974), bis hin zu Forschungsarbeiten innerhalb der transkulturellen Psychiatrie, die nach kulturspezifischen Merkmalen der psychischen Störung der Migrantinnen und Migranten fragen (z.B. Pfeifer, 1996).

Ausgehend von der Frage nach Zusammenhängen zwischen Migration und Krankheit befassen sich viele Forschungsarbeiten mit einschränkender gesellschaftlich vermittelter

sozialer, politischer und materieller Umwelt in verschiedenen Phasen des Migrantentags (z.B. Adam, 1993; Arenas, 1980 und 1993), oder mit speziellen Problemfeldern<sup>1</sup>, mit denen Migrantinnen und Migranten konfrontiert sind, und über die sie sehr wenig Kontrolle ausüben können (z.B. Wipfler, 1986), außerdem mit „individuellen Rahmenmöglichkeiten der Einwanderer“ bei der Adaption in der neuen Gesellschaft (Ruddat, 1994).

Die meisten Forschungsansätze betrachten die Migrantinnen und Migranten eher als Objekte und passive Instanzen. Etwa bei der Bewältigung der alltäglichen Konflikte in der Migration werden die individuellen Aspekte des Verhaltens von Migrantinnen und Migranten selbst nur als ein Nebenaspekt berücksichtigt. In Wirklichkeit aber sind Migrantinnen und Migranten wie alle anderen Menschen jeder Gesellschaft aktive Konstrukteure ihrer eigenen Existenz. In der Migration werden sich Migrantinnen und Migranten im Verlauf des Migrationsprozesses mit ihren Migrationsmotiven und mit Migrationsumständen in der Aufnahmegesellschaft genauso auseinandersetzen müssen wie mit akkulturativem Stress, der als Folge der Anpassung in die neue Umwelt entsteht. Mit der transaktionalen Beziehung zwischen Persönlichkeitsmerkmalen und persönlichen Ressourcen bei der Erbringung von Akkulturationsleistungen und der Anpassung in ihre neue Umwelt beschäftigt sich die stresspsychologische Migrationsforschung, angefangen mit Arbeiten von Berry (1980), mittlerweile seit drei Jahrzehnten.

Im Mittelpunkt der vorliegenden Studie steht das innerpsychische Erleben der Migration bei der Auseinandersetzung mit der Akkulturation anhand des Minderheitsstatus von Iraner(innen) in Deutschland bzw. in der Stadt Hamburg. Es werden psychosoziale Belastungsfaktoren, bestimmte Merkmale der Persönlichkeit, wie auch klinisch relevante Symptombelastungen erfasst, um zu zeigen, wie Iraner(innen) sich in ihrem alltäglichen Leben in Deutschland fühlen, und es wird nach der Bedeutung des Attributions- und Bewältigungsstils für das psychische Befinden und für die Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Krisen und Störungen in der Migration gefragt. Die Attributions- und Bewältigungsstile bilden also als wichtige Merkmale der Persönlichkeit im Zusammenhang mit psychischer Symptombelastung das Hauptobjekt dieser Untersuchung.

---

<sup>1</sup> Hierbei kommen z.B. ein Bündel von Abschreckungsmaßnahmen bei Asylbewerbern in Betracht wie z.B. das Leben in Sammelunterkünften und eine lange Unsicherheit darüber, ob man hier bleiben darf oder abgeschoben wird. Untersuchungen weisen daraufhin, dass die psychosozialen Folgen des „Lagerlebens“ und einer unsicheren Aufenthaltserlaubnis bei Asylbewerbern gravierend sind und, dass in fast allen untersuchten Fällen „Deprivationserscheinungen und Hospitalismusschäden“ als Folge zunehmenden Aufenthalts in den Sammelagern zu verzeichnen waren (vgl. Henning & Weissner, 1982).

---

---

Im Vordergrund dieser Untersuchung stehen Migrantinnen und Migranten aus dem Iran. Diese Personengruppe lag aus dreierlei Gründen nahe:

- I. Die iranischen Migrantinnen und Migranten in Hamburg bilden die fünftgrößte Gruppe (ca. 14000) von Migrantinnen und Migranten, die zum Teil seit über 30 Jahren hier leben. Dennoch gibt es über die psychosoziale Situation und über die Akkulturationsbemühungen dieser Migrantengruppe sehr wenig Information.
- II. Ich selbst stamme aus dem Iran und habe aus Gründen der Selbstbetroffenheit mich seit meinem Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland vielfältig mit Themen wie Migration und Exilleben auseinandergesetzt. Mir sind die soziokulturelle Basis, die Akkulturationsschwierigkeiten und die treibenden Faktoren des Lebens in der Migration auch aus eigener Erfahrung bekannt.
- III. Im Rahmen meiner Berufstätigkeit als psychotherapeutisch tätiger Diplom-Psychologe in eigener freier Praxis und im Rahmen meiner freiberuflichen Tätigkeit als Familienhelfer bei sozialen Trägern in Hamburg habe ich seit 1999 intensiven Kontakt mit Menschen aus dem Iran.

## 1.1. MIGRATION ALS EIN WELTWEITES PHÄNOMEN

Die Migration ist kein neues Phänomen. In der Geschichte der Menschheit haben politische und ökonomische Krisen so wie Kriege und Umweltkatastrophen sehr oft zur Binnen- und Außenmigration beigetragen<sup>2</sup>. Die Anfänge der Migrationsforschung und damit der Theorien der Migration aber liegen in der zweiten Hälfte des 19. Jh. (vgl. Han 2000). Der Begriff der Migration wird im heutigen Sprachgebrauch alltäglich verwendet. Dabei handelt es sich jedoch um ein sehr komplexes Erscheinungsbild, welches sich „im ständigen Differenzierungsprozess“ befindet und immer neue Teilaspekte durch die neue "Weltordnung" hinzu gewinnt (vgl. Han, 2000). Daher bedarf es hier einer thematischen Eingrenzung.

Mit der Migration bezeichnet man im Allgemeinen die Wanderung und Bewegung von Individuen oder Gruppen im geographischen oder sozialen Raum und sie wird zuerst in zwei große Bereiche eingeteilt: zum einen in „die Binnenmigration“, unter der man eine Wanderung innerhalb gleicher nationalstaatlicher Grenzen versteht (oder Vertriebene im eigenen Land) und zum anderen in die „internationale“ oder „grenzüberschreitende Migration“ (vgl. Han, 2000). Im Falle der internationalen Migration unterscheidet man nach der Genfer Flüchtlingskonvention (GFK) der UNHCR von 1951 zwischen Flüchtlingen und Migrantinnen und Migranten<sup>3</sup>. Flucht und Exil unterscheiden sich von einer freiwilligen Migration dadurch, „dass sie meistens unvorbereitet eintreffen, sie nicht kontrolliert werden können (zum Zeitpunkt, wenn sie eintreffen), niemand weiß, wie lange sie andauern, der dadurch verursachte Stress von additiver Natur und hoher Intensität ist“ (Mehari, 1995, S. 114).

Den Flüchtlingen steht dem Genferkonventionengesetz nach durch die Regierung des Aufnahmelandes ein Schutz vor Verfolgung zu. Außerdem können die Betroffenen eine unbefristete Aufenthaltserlaubnis für das Aufnahmeland bekommen.

---

<sup>2</sup> Die heutige weltweite Migration in dieser breiten Form, welche nach Schätzungen der UNHCR weltweit über 20 Millionen Menschen betrifft, ist aber ein Phänomen unseres Jahrhunderts: Neben Umweltkatastrophen und Kriegen sind es auch die zunehmenden religiösen, politischen und kulturellen Dogmen, die als Schubfaktoren die Menschen dazu bringen, ihre Geburtsorte zu verlassen, um irgendwo Schutz zu finden (vgl. Han 2000).

<sup>3</sup> Demnach bekommt eine Person den Flüchtlingsstatus, wenn sie wegen:

"... **begrundeter Furcht vor Verfolgung**, wegen ihrer Rasse, Religion, Nationalität, Zugehörigkeit zu einer sozialen Gruppe oder wegen ihrer politischen Überzeugung **sich außerhalb des Landes befindet**, dessen Staatsangehörigkeit sie besitzt und den Schutz dieses Landes nicht in Anspruch nehmen kann oder wegen dieser Befürchtung nicht in Anspruch nehmen will; ..." (GFK Art. 1a Satz 2).

Hingegen werden von UNHCR Personen als Migrantinnen und Migranten bezeichnet, die freiwillig ihr Land verlassen haben und auch jeder Zeit sich zur Rückkehr in ihre Herkunftsländer entschließen können. Demnach spielt bei der Unterscheidung zwischen freiwilliger und unfreiwilliger Migration auch in der Migrationsforschung *die Dauer der Migration* eine zentrale Rolle. So wird der Status Flüchtling auch als auf Dauer angelegte Migration und andere Formen wie etwa die „Arbeitsmigration“ als auf eine Zeit begrenzte Migration verstanden.

Was außerdem in diesem Zusammenhang in der Literatur diskutiert wird, sind die Migrationsmotive. Innerhalb der soziologischen Migrationsforschung werden diesbezüglich z.B. Schubfaktoren und Sogfaktoren<sup>4</sup> diskutiert (vgl. Nuscheler, 1995). Aber Menschen verlassen ihr Herkunftsland aus sehr unterschiedlichen Gründen. Daher ist es auch nicht möglich eine konkrete Motivation für die verschiedenen Migrantengruppen zu erkennen. Berry und Kim (1988) schlagen vor, hinsichtlich der Dimensionen Motivation und Dauer der Migration zwischen Flüchtlingen, Auswanderern und Gastarbeitern wie auch zwischen ethnischen und indigenen Gruppen zu unterscheiden (Abbildung 1).

	<i>freiwillige</i>	<i>unfreiwillige</i>
<i>Sesshaft</i>	Ethnische Gruppen	Indigene Gruppen
<i>Mobil</i>	Auswanderer (permanent) „Gastarbeiter“ (temporär)	Flüchtlinge

Abbildung 1: Akkulturationsgruppen nach Berry & Kim (1988)

Obwohl diese Einteilung in Freiwilligkeit und Unfreiwilligkeit zur Identifikation der verschiedenen Migrantengruppen hilfreich zu sein scheint, ist dennoch eine klare Unterscheidung zwischen freiwilliger und unfreiwilliger Migration nicht möglich. Nuscheler (1995) stellt diesbezüglich fest, „dass Fluchtbewegungen auch Migrationsvorgänge sind, die vorwiegend von Schubfaktoren ausgelöst werden.“ (S. 39).

Auch wenn bei iranischen Migrantinnen und Migranten, wie es an anderer Stelle noch ausführlicher beschrieben wird, das Exilleben und Flucht im Vordergrund steht, wird zusammenfassend im Hintergrund der vorliegenden Arbeit im Gegensatz zu *Immigration* (auf Dauer angelegte Einwanderung) und *Emigration* (Auswanderung) unter dem Begriff der *Migration* zuerst ein Aufenthalt in einem anderen Land ohne Spezifizierung der Aufenthaltsdauer und ohne Spezifizierung der Migrationsmotive verstanden.

<sup>4</sup> Schub- und Sogfaktoren, auch Push- und Pull-Faktoren genannt, bezeichnen all die Beweggründe, die als objektive bzw. subjektive Gründe die Menschen dazu veranlassen zu emigrieren. Schubfaktoren gehen von dem Herkunftsland aus, während Sogfaktoren in der Aufnahmegesellschaft zu suchen sind, wie etwa Wohlstand, Arbeitsmöglichkeiten oder Studium.

### 1.1.1. Was bedeutet Migration für die Betroffenen?

Das Leben in der Migration unterscheidet sich in vieler Hinsicht von dem normalen Leben im eigenen Land. Hinter dem Begriff Migration verbergen sich persönliche Schicksale von Menschen, die aus sehr unterschiedlichen Gründen ihr Land verlassen mussten. Wie unterschiedlich auch die Migrationsmotive sein mögen, oder wie unterschiedlich auch die Migrationsdauer sein mag, in der Migration unterliegen alle Migrantinnen und Migranten spezifischen Anforderungen der neuen Umwelt, die von den Betroffenen enorme Bewältigungs- und Anpassungsleistungen abverlangen. In diesem Zusammenhang schreibt Han (2000), dass Migrantinnen und Migranten sich:

„...in ihren individuellen Ressourcen bei der Bewältigung der anfallenden Akkulturationsaufgaben überbeansprucht und daher in ihrem psychosozialen Wohlbefinden bedroht fühlen. Das Stressempfinden der Überbeanspruchung ergibt sich dabei aus den allgemeinen Trennungs-, Umstellungs-, Anpassungs- und Lernanforderungen im Akkulturationsprozess.“ (S. 204).

Was das Leben in der Migration von Anfang an belastet, ist der Verlust der sozialen Beziehungen. Die Frage nach dem sozialen Rückhalt bekommt hierbei eine besondere Bedeutung, da alle früheren Beziehungen verloren gegangen sind. Hierbei ist die Gefahr einer sozialen bzw. emotionalen Vereinsamung erheblich.

Das Verlassen des Gewohnten und der neue Beginn in der neuen Lebenswelt wirken wie ein Bruch in der biografischen Lebensgeschichte der Betroffenen (vgl. Han, 2000). Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, dass man nun radikal die vorherige Lebensweise modifizieren muss, um sich in der neuen Umwelt zu recht zu finden. Auf diesem Weg müssen sich Migrantinnen und Migranten mit der Dynamik des Migrationsprozesses mit seinen vielfältigen Schwierigkeiten, aber auch mit seinen persönlichen Vorteilen auseinandersetzen. Als Folge dieser radikalen Veränderung und der Notwendigkeit der Auseinandersetzung mit dem Migrationsprozess ergibt sich, dass man nun gezwungen ist, die im Rahmen der eigenen Sozialisation erworbenen Verhaltensmuster zu relativieren und diesen eine Neubewertung zu geben. Denn ohne dies käme keine echte Begegnung mit der neuen Umgebung zustande, was als Folge zu mehr Vereinsamung und Isolation führen würde. (vgl. Esser, 1980).

Im Rahmen dieses Anpassungsprozesses wird die alte Identität in Frage gestellt, wobei die neue noch nicht vorhanden ist. Sowohl die Relativierung als auch die Neubewertung sind Leistungen, die auf der Grundlage kognitiver Fähigkeiten erfolgen, wobei die Persönlichkeit der Migrantinnen und Migranten neben den Gegebenheiten in der Aufnahmegesellschaft eine



---

---

starke Rolle spielt. Wenn die Relativierung eigenen erbrachten Kulturmusters eine ungünstige Neubewertung erfährt, wird dies erhebliche Folgen für das Selbstwertsgefühl wie auch für das Selbstwirksamkeitsgefühl des Betroffenen haben (vgl. Han, 2000).

Dazu kommt es auf diesem Anpassungsprozess auch noch, dass Migrantinnen und Migranten besonders in den ersten Phasen des Migrationsprozesses verstärkt durch ungünstige Wohn- und Arbeitsbedingungen, Isolation, Ausgrenzung, unsicherer Aufenthaltserlaubnis, Diskriminierung, Fremdenfeindlichkeit, Deprivation usw. betroffen sind, wobei der Rahmen ihrer Handlungsmöglichkeiten sehr klein und ihr Leben dementsprechend weit fremdbestimmt ist. (z.B. vgl. Wipfler, 1986).

Durch den Verlust des sozialen Netzwerkes im Herkunftsland, durch die Enttäuschung von Erwartungen und durch Schwierigkeiten, die mit der Reorganisation bzw. Neubewertung der eigenen Verhaltens- und Denkweise verbunden sind, ferner durch den Verlust ihrer Selbständigkeit sind Migrantinnen und Migranten vielen Stressoren ausgesetzt und ihr Alltag ist mit starken psychischen Belastungen verbunden. Es kommt nun viel darauf an, wie diese Anforderungen wahrgenommen und verarbeitet werden.

### **1.1.2. Migration und psychische Belastung**

Seit der allerersten Untersuchung zur „Heimweh-Krankheit“ im 17. Jahrhundert (Hofer, 1688, zit. in Leyer, 1991), die sich mit Schweizer Soldaten in fremden Ländern befasst, zeigen viele Untersuchungen, dass es auf *Migrationsmotive* (z. B. vgl. Cropley & Lüthke, 1994 und Agha, 1998;) und *Migrationumstände* (z.B. vgl. Wipfler, 1986 und Brucks, 1994) ankommt, ob die Migration zu einem belastenden oder erfreulichen Ereignis wird.

In seiner Studie über psychische Belastungen von Aussiedlern in Deutschland hebt Masumbuku (1996) die Bedeutung des „Adaptionsstresses als psychische Belastung“ im Leben der Migrantinnen und Migranten hervor. Der Autor kommt in seiner Studie zu dem Schluss, dass Migrantinnen und Migranten eine Risikogruppe darstellen, die einem mehr oder weniger starken „Dauerstress“ unterliegen. Viele andere Autoren sehen auch den Aufbau und die Bewahrung einer integrierten Persönlichkeit durch den Prozess der Adaption in Gefahr (z.B. Ruddat, 1994 und Arenas, 1993). Über die Gefahren in diesem Prozess für die Persönlichkeitsentwicklung sind viele Arbeiten innerhalb der Psychologie, und insbesondere in der Sozialpsychologie entstanden (z.B. Adam 1993; Jerusalem, 1988 und 1992; Mehari, 1995; Zimmermann, 1995; Schulte-Sasse, 2003; Koch, 2003).

Die Forschung ist sich aber einig, dass das Leben in der Migration mit spezifischen Anforderungen und daraus resultierendem Dauerstress verbunden ist. Dies bedeutet aber

nicht, dass das Leben in der Migration an sich krankmachend ist. Migration kann auch neue Perspektiven eröffnen und zu einem erfreulichen Anlass werden. Der traumatische Charakter der Migration, der in den Anfängen der Migrationsforschung besondere Betonung fand und mehr oder weniger auch in den neueren Arbeiten wieder zu finden ist (z.B. Mehari, 1995) wurde inzwischen durch viele andere Untersuchungsergebnisse relativiert. Nur als Beispiel: In ihrer Untersuchung zeigt Agha (1998) anhand der Fluchtmigration von Iranerinnen nach Deutschland, dass die Erfahrung des Exils eine durchaus konstruktive Phase im Leben der Migrantinnen und Migranten sein kann, die neue und andere Perspektiven der Wahrnehmung und Lebensgestaltung eröffnet. Pourgholam-Ernst (2002) zeigt in ihrer auf der Grundlage der Salutogenese geführten Studie über das Gesundheitserleben von Frauen in der Migration, dass es manchen Migrantinnen und Migranten gelingt, trotz aller Krisen und erheblichen Schwierigkeiten auch ein gesundes und in vieler Hinsicht erfolgreiches Leben zu führen.

Ob sich die Migration zu einem erfreulichen Anlass entwickelt, oder als Dauerstress zur Entwicklung psychischer Symptome führen wird, hängt von vielen Faktoren ab. Dabei spielen Migrationsmotive (Cropley & Lütke, 1994) und Migrationumstände (Wipfler, 1986) genauso eine wichtige Rolle, wie die individuelle Persönlichkeit der Migrantinnen und des Migranten selbst (Ruddat, 1994). In diesem Zusammenhang weist die Forschung auch darauf hin, dass die individuellen Ressourcen bei der Auseinandersetzung mit akkulturativem Stress eine entscheidende Rolle spielen (Schwarzer 1993).

Die Ergebnisse der Stressforschung zeigen, dass die Entwicklung und spätere Modifizierung der Persönlichkeit einer Person davon abhängt, wie sie die Ereignisse in ihrer Umwelt wahrnimmt, interpretiert und welche Handlungsmöglichkeiten sie für eine erfolgreiche Auseinandersetzung mit diesen Ereignissen zur Verfügung hat (z.B. vgl. Lazarus & Folkman, 1987). Daher stellt sich die Frage nach der Bedeutung des Attributions- und Bewältigungsstils der Migrantinnen und Migranten bei der Auseinandersetzung mit den Schwierigkeiten bzw. mit den vielfältigen Aufgaben im Migrationsprozess.

## 1.2. PSYCHOLOGISCH ORIENTIERTE ANSÄTZE INNERHALB DER MIGRATIONSFORSCHUNG

Beschäftigt man sich mit der einschlägigen Literatur innerhalb der psychologisch orientierten Migrationsforschung, findet man hier eine Breite von Herangehensweisen, die sich hinsichtlich der Paradigmen auch sehr voneinander unterscheiden. Die Gemeinsamkeit der

---

---

Ansätze bezieht sich darauf, dass jede nur bestimmte Stücke des komplexen Puzzelbildes der Migration beleuchtet.

Eine der Arbeiten, die die verschiedenen theoretischen Ansätze in der Migrationsforschung in einem umfassenden Model zu integrieren versucht, wurde von Riecken (1999) vorgelegt. Die Autorin fasst diese verschiedenen Forschungsarbeiten innerhalb der psychologisch orientierten Migrationsforschung in drei Gruppen zusammen:

- Persönlichkeitspsychologische und psychoanalytisch orientierte Ansätze
- Transkulturelle, ethnopsychologische und interkulturelle Ansätze
- Stresspsychologische Ansätze

Im Folgenden stütze ich mich bei der Beschreibung der wesentlichen Züge dieser drei Forschungsansätze im Wesentlichen auf die Arbeiten von Riecken (1999) und Weig (1999).

Innerhalb der persönlichkeitspsychologischen psychoanalytisch orientierten Ansätze sind zwei Herangehensweisen zu identifizieren. Der eine Ansatz, der als Typologie der Migration bzw. Bestimmung von „Wandlungstypen“ oder „Migrationstypen“ zu bezeichnen ist, wird von Cropley & Lütke (1994) vertreten. Die Autoren gehen dabei durch ihre Annahme der „auswanderungswilligen“ und „auswanderungsunwilligen“ Extremtypen implizit von einer „Dispositionstheorie“ aus und vertreten in einem umgewandelten Sinn die Einsicht, dass für die Entstehung bzw. Aufrechterhaltung psychischer Störungen in der Migration die Migrationsmotive eine weit größere Rolle spielen als die Gegebenheiten in der Aufnahmegesellschaft.

Der andere Ansatz innerhalb der persönlichkeitspsychologischen Migrationsforschung greift auf psychoanalytische Theorien zurück und beschreibt das Leben in der Migration in Form von Verlaufs- bzw. Phasenmodellen. Einer der bedeutendsten und viel in der Literatur zitierten Ansätze, der sich psychoanalytisch orientiert mit psychischen Folgen der Migration befasst, ist das von Garza-Guerero (1974) umfassend konzipierte Verlaufsmodell der Migration. Dabei wird der Migrationsprozess in vier Verlaufsphasen eingeteilt. Für eine genaue Beschreibung der einzelnen Verlaufsphasen wird auf Garza-Guerero (1974) hingewiesen. Hier ist aber zusammenfassend zu erwähnen, dass die Verlaufs- und Phasenmodelle im wesentlichen den Integrationsverlauf in der Aufnahmegesellschaft beschreiben und sich darin einig sind, dass es in der Migration phasen- bzw. verlaufsspezifische Anforderungen gibt, die einerseits für alle Migrantinnen und Migranten gelten und andererseits die Art und Weise, wie Migrantinnen und Migranten diese einzelnen Phasen erleben, ausschlaggebend ist für ihre Integration versus Segregation. Es wird gezeigt,

dass eine gelungene Integration stärker mit der psychischen Gesundheit einhergeht als dies bei der Segregation der Fall sein kann.

Der zweite psychologisch orientierte Ansatz in der Migrationsforschung, nämlich die transkulturellen Ansätze, befassen sich mit „der weltweiten Verteilung psychischer Störungen, mit deren Erscheinungen und Verlauf und liefern somit gerade die eminent wichtigen Grundlagedaten zu einer dezidierten Unterteilung in kulturspezifischen versus kulturunspezifischen (also überall vorkommende) Störungen“ (Weig, 1999, S. 35). Die Literatur über kulturspezifische Formen der psychischen Störung innerhalb der transkulturellen Psychiatrie weist nach Weig (1999) auf eine Reihe von Störungen hin, die nur in wenigen Ländern bzw. in einigen Kulturkreisen vorkommen (wie z.B. Amok in südostasiatischen Länder und Gin in der Türkei). Im Allgemeinen zeigt die Forschung, dass alle Störungen in allen Kulturen und Länder der Erde zu beobachten sind, jedoch unterschiedlich in ihrer Inzidenz- und Prävalenzrate, sowie in ihrer Ätiologie und Äußerungsform (vgl. Pfeifer, 1996).

In seinem umfassenden Beitrag zur transkulturellen Psychiatrie fasst Weig (1999) eine Auswahl an wesentlichen Ergebnissen transkulturell-psychiatrischer Forschung zusammen. Er geht der Frage nach Zusammenhängen zwischen kulturspezifischen und kulturunspezifischen Störungen nach und diskutiert den Stellenwert dieser Ergebnisse für den Umgang mit psychischen Problemen der Migrantinnen und Migranten. Neben der Betonung auf die Wichtigkeit der Ergebnisse der transkulturellen Psychiatrie hinsichtlich „Inzidenz- und Prävalenzrate“ so wie „Ätiologie- und Pathogenese“ bei psychischen und psychosomatischen Störungen weist der Autor auf individuelle Aspekte der Persönlichkeit der Migrantinnen und Migranten hin und stellt fest, dass „besonders Einstellungen und Verhaltensweisen einer Person“ auch in transkulturell-psychiatrischer Forschung in den Vordergrund gestellt werden müssen.

Wie bereits angedeutet, sind die dritten theoretischen Ansätze in der psychologischen Migrationsforschung der stresspsychologischen Forschung zuzuordnen. Basierend auf Berry's (1988) Akkulturationstheorie existiert allein im deutschsprachigen Raum ein Duzend von Forschungsergebnissen, die sich mit erlebtem akkulturativen Stress und den psychischen wie auch psychosomatischen Folgen der Migration befassen (z.B. Jerusalem, 1992, 1994, Schwarzer & Jerusalem 1994, Schwarzer 1994, Masumbuku 1996, Pfeifer 1996, Mehari 1995). Auch hier ist den Forschungen gemeinsam, dass sie davon ausgehen, dass Migrantinnen und Migranten auf Prozesse der Akkulturation und infolge des direkten Kontakts mit der Aufnahmegesellschaft mit spezifischen Anforderungen betroffen sind, die

---

---

von ihnen große Anpassungsleistungen abverlangen. Diese Anpassung an die neue Umwelt, die Akkulturation, geschieht oft nicht unschmerzhaft. Sie führt zu immer wiederkehrenden Krisen, die im ungünstigen Fall zur Entwicklung und Aufrechterhaltung psychischer und psychosomatischer Störungen führen.

Da die vorliegende Arbeit sich ihrem Charakter nach der stresspsychologischen Migrationsforschung zuordnet, sollen in der folgenden Ausführung einige Überlegungen zur Akkulturation und deren Prozesse wie der Integration, der Assimilation, der Segregation und der Marginalisierung erfolgen. Ich strebe hier keine ausführliche Diskussion der in der Migrationsforschung erarbeiteten Theorien und Hypothesen über die Bedingungen einer gelungenen Akkulturation bzw. über den Weg dorthin an. Diese soll nur vor dem Hintergrund meines Forschungsvorhabens als eine Überlegung betrachtet werden.

### **1.2.1. Akkulturation als Prozess der Integration, Assimilation, Segregation und Marginalisierung**

Der berühmte Akkulturationsforscher John Berry und seine Mitarbeiter entwickeln seit den 70er Jahren eine umfassende Theorie der Akkulturation in pluralistischen Gesellschaften. Unter Akkulturation verstehen die Autoren die Veränderung der eingebrachten Kulturmuster von Einwanderungsgruppen infolge fortgesetzten direkten Kontakts mit der Aufnahmegesellschaft (vgl. Berry, 1990).

Den Ausgangspunkt der Akkulturationstheorie von Berry et. al. (1989) bildet die Annahme aus der sozialpsychologischen Forschung über Gruppen, die besagt, dass einerseits Migrantinnen und Migranten als Mitglieder einer ethnischen Gruppe Vorstellungen darüber haben, in welcher Beziehung sie zu den Mitgliedern der Aufnahmegesellschaft stehen wollen. Andererseits haben auch die Mitglieder der Aufnahmegesellschaft Vorstellungen über ihre Beziehung zu Migrantinnen und Migranten. Die Akkulturation findet durch kognitive Lernprozesse statt (insbesondere durch Handeln und Lernen, einschließlich der Änderung der Identitäten, Esser, 1980), in denen die Migrantinnen und Migranten kulturelle Orientierungsmuster, Eigenschaften und Verhaltensweisen der Aufnahmegesellschaft übernehmen.

Nach der Theorie der Akkulturation bewegt sich das Leben der Migrantinnen und Migranten im Akkulturationsprozess häufig zwischen vier gesellschaftlichen Bereichen: der Integration, der Segregation, der Assimilation und der Marginalisierung.

Die Segregation wird dahingehend verstanden, dass jede Aufnahmegesellschaft Mechanismen zur Ausgrenzung von Migrantinnen und Migranten, aber auch Migrantinnen und Migranten Mechanismen zur Abgrenzung gegenüber der Aufnahmegesellschaft haben (vgl. Heckmann, 1981). Integration ist im Allgemeinen als Eingliederung, bzw. „umfassende Teilhabe am gesellschaftlichen Leben“ (vgl. Statistisches Bundesamt, 2000, 592) zu verstehen. Voraussetzungen für eine gelungene Integration ist die Bereitschaft der Aufnahmegesellschaft, die Chancengleichheit und Gleichberechtigung für alle Bürgerinnen und Bürgern zu garantieren und die Bereitschaft der Migrantinnen und Migranten selbst zur Eingliederung und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Somit ist „die Integration unter Wahrung der eigenen kulturellen Identität der sinnvolle Mittelweg zwischen völliger Assimilation und absoluter Ausgrenzung aus der Gesellschaft“ (Gerster, 1996, S. 76).

Die Assimilation hingegen endet in einem „Zustand der Ähnlichkeit“ (Esser, 1980, S. 22). Sie stellt an die Migrantinnen und Migranten die Anforderung der Auflösung der eigenen mitgebrachten persönlichen wie auch kulturellen Identität in die Aufnahmegesellschaft.

Unter Marginalisierung ist zu verstehen, dass Migrantinnen und Migranten sowohl die eigenkulturelle wie auch die der neuen Kultur bildenden Elemente bzw. Werte ablehnen, was mit der Hoffnung verbunden ist, dass durch diese Orientierungslosigkeit auch wenig Spannung erlebt würde (vgl. Esser, 1980)

Je nach dem rechtlichen und gesellschaftlichen Status einer Gruppe in der Gesellschaft sind die Mechanismen der Ausgrenzung und Abgrenzung unterschiedlich. So müssen Migrantinnen und Migranten, wenn sie einen Zugang zu der Aufnahmegesellschaft anstreben, sich nach den Kriterien der Aufnahmegesellschaft orientieren, ohne dass sie am Anfang nur geringe Möglichkeiten zur Verfügung haben, auch darauf wirken zu können (vgl. Heckmann, 1981). Diese Einschränkung erschwert so für jede Migrantengruppe die Anfangsphase des Lebens in der Migration. Nun wird auch noch beobachtet, dass angesichts zunehmender ökonomischer Probleme in Deutschland auch zunehmend auf die ökonomischen Merkmale Bezug genommen wird, so dass die Migrantinnen und Migranten meist nur noch als Problemfall gesehen werden<sup>5</sup>. Ihre individuellen Bemühungen zur Akkulturation werden abgestritten und als kollektive Unfähigkeit zur Integration in Frage gestellt. Zudem muss auch noch gesehen werden, dass auch seitens der Migrantinnen und Migranten selbst Mechanismen zur Abgrenzung eingesetzt werden, in dem sie zum Teil nur ihre eigene kulturelle, sprachliche

---

<sup>5</sup> Beispiele hierfür, die in der Breite der Gesellschaft zur vielfältigen Auseinandersetzung geführt haben, sind seit dem Beginn der Debatte über die BRD als Zuwanderungsland in den 80er Jahre des letzten Jahrhunderts in Fülle vorhanden. Nicht zuletzt löste z.B. die Ankündigung von Bundeskanzler Schröder im Februar 2000 über die Einführung einer „Green Card“ für IT-Fachkräfte so eine Breite Debatte aus. (Vgl. Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen, 2002).

---

---

wie auch religiöse Orientierung als handlungsleitend empfinden und ihr Verhalten und Kontakte zu ihrer neuen Umwelt intensiv auf sie fixieren. So entstehen im Extremfall in sich geschlossene ethnisch orientierte Teilgesellschaften, die dann zu einer ethnischen Gettoisierung führen können (vgl. Meinhardt, 1987).

Eng mit der *Akkulturation* geht auch der Begriff *Kultur* einher. In der Fachliteratur existieren mittlerweile über 200 unterschiedliche Definitionen über die Kultur. Abgesehen davon, dass es eine einheitliche Definition von Kultur nicht geben kann, ist wichtig, dass Kultur selbst immer einem prozesshaften Charakter unterliegt. Dieser Prozess steht in einem direkten Zusammenhang mit der materiellen Lebenspraxis von gesellschaftlichen Gruppen. „Auf diesen Prozess gehen die Menschen Verhältnisse ein, die spezifisch historische Orientierungsanforderungen setzen; etwa indem die Menschen sich Vorstellungen über ihr Verhältnis zur Natur oder ihr Verhältnis untereinander machen“ (Korthals-Beyerlein, 1979, S. 32). In diesem Zusammenhang ist insbesondere auf die Rolle der „Sprache“ zu verweisen, mit deren Hilfe Menschen ihre inneren Modelle des Denkens und der Wahrnehmung reflektieren, was dann als „beantwortetes Wirken“ wiederum auf ihr Denken und ihre Wahrnehmung zurückwirkt (vgl. Willi, 2001). Mit Hilfe der Sprache werden Vorstellungen von den materiellen und sozialen Beziehungen gebildet. Die Kultur einer Gruppe kann hierbei als ihr „Repertoire an Symboldeutungen, Kommunikations- und Repräsentationsmitteln“ bezeichnet werden (vgl. Lurija & Judowitsch, 1982).

Die Kultur einer Gesellschaft beeinflusst auch die Identität ihrer Mitgliedern. Während in traditionellen Gesellschaften die *Identität* des Einzelnen durch die Gruppe und durch das Gemeinwesen ihren Halt findet, muss in den modernen Gesellschaften die *Identität* sich in der Auseinandersetzung mit den gesellschaftlichen Erwartungen entwickeln. Der Einzelne muss sich einerseits in seiner „Unverwechselbarkeit und Einmaligkeit, der biographischen Kontinuität“, darstellen und gleichzeitig die Erwartungen der Anderen berücksichtigen. Er darf weder seine eigenen Bedürfnisse den sozialen Erwartungen opfern, um nicht zum Objekt fremder Interessen zu werden, oder für die Anderen unglaubwürdig zu werden, noch darf er sich über die Bedürfnisse der Anderen einfach hinweg setzen (vgl. Thomas, 1993a).

Diese Überlegungen legen es nahe, dass der Zwang zur Verleugnung kultureller Eigenheiten Einfluss auf die Persönlichkeitsentwicklung hat. Kulturelle Inhalte und die entsprechenden Praxisformen sind jedoch für die Identitätsbildung unvermeidbar. Eine Neuorientierung, wie sie mit radikalen Veränderungen der Lebenspraxis aufgrund von Migration immer erforderlich wird, ist ohne die Anknüpfung an kulturelle Traditionen ebenso wenig zu leisten wie ohne deren Transformation.

### 1.2.2. Migration und das Erleben des Akkulturationsstress

Aus den bereits dargestellten Überlegungen ergibt sich, dass Migrantinnen und Migranten auf dem Weg der Akkulturation eine zweite Sozialisation durchleben<sup>6</sup>. Für Migrantinnen und Migranten bedeutet dies, dass sie in der Migration die allgemeine „kindliche Entwicklung“ noch mal erleben, mit dem großen Unterschied zu der ersten, dass man es hier „mit einer weitgehend ausgebildeten Persönlichkeit und mit umfangreichen Lebenserfahrungen aus einem anderen Lebenskontext“ zu tun hat. (Ruddat, 1994). Um diese zweite Sozialisation und den damit verbundenen Akkulturationsstress im Leben von Migrantinnen und Migranten verdeutlichen zu können, braucht man eine umfassende Betrachtungsweise des „Migranten-Daseins“ (Thomas, 1993a): Eine Betrachtungsweise, die einerseits das innerpsychische Erleben von Migrantinnen und Migranten als Individuen aufzeigen kann, und andererseits einen Zusammenhang zwischen Migrationumständen und der Person der Migrantinnen und Migranten als aktive Konstrukteure ihrer Existenz anerkennt und darstellt<sup>7</sup>. Die meisten Akkulturationskonzepte berücksichtigen aber das Bewältigungsverhalten von Migrantinnen und Migranten selbst (Ruddat 1994) und „die Psyche von Einzelmigranten und -migrantinnen“ (Cropley & Lühke, 1994, S. 20) nur ungenügend.

Die zu leistende Aufgabe der Migrantinnen und Migranten besteht aus der Sicht der stresspsychologischen Migrationsforschung (z.B. Berry, 1989) primär darin, dass sie den Anforderungen zur Anpassung an die neue Umwelt gerecht werden, also eine Aufgabe, die auf der Grundlage sozialkognitiven Lernprozessen zu meistern ist. Das Verhalten eines Menschen in solchen Situationen wird strukturiert und gesteuert durch kognitive Prozesse der Wahrnehmung, der Informationsverarbeitung, der Bewertungs- und Urteilsprozesse, der Attributionen und der Emotionen der beteiligten Personen (vgl. Thomas, 1993a).

Diesbezüglich existieren in der Migrationsforschung sehr wenige Arbeiten. Ein Beispiel dafür liefert die Arbeit von Tsiakalos (1983). Der Autor zeigt in seiner Arbeit über die subjektiven Bewältigungsformen in der Migration, dass die ethnischen Minderheiten in Deutschland sich

---

<sup>6</sup> Anlehnend an Geulen (1989) wird hier die Sozialisation als ein Prozess verstanden zur „Entstehung und Entwicklung der Persönlichkeit in wechselseitiger Abhängigkeit von der gesellschaftlich vermittelten sozialen und materiellen Umwelt“ (S. 64).

<sup>7</sup> Beim Erforschen des psychischen Befindens aufgrund der Prozesse der Akkulturation muss von einer „Funktion des Zusammenwirkens von Person und Umwelteinflüssen“ (Thomas, 1993a) ausgegangen werden. Thomas (1993b) skizziert bei dem Person-Umwelt-Einfluss zentrale Determinanten im interkulturellen Lernprozess als „gegenständliche Umwelt“, „soziale Umwelt“ und „personale Umwelt“, und zeigt auf, dass in Begegnungssituationen, in denen zwei Kulturen aufeinander treffen, interkulturelles Handeln „aus Bedingungskonstellationen dieser drei Determinanten“ bestimmt wird.



---

---

ihrer Unerwünschtheit und Unbeliebtheit bewusst sind. Dieser Zustand hat Konsequenzen für das Selbstkonzept einer Person, in dem er die Betroffenen in den Zustand einer ständigen „Selbstbewertung“ versetzt (Wicklund, 1984).

Aufgrund meiner persönlichen Erlebnisse und meinen Erfahrungen, die mir aus meiner beruflichen Tätigkeit bekannt sind, ist zu vermuten, dass das bedrückende Gefühl der Unsicherheit in den Begegnungssituationen, die sich aus dieser Art der ständigen Selbstbewertung seiner eigenen Person bildet, eine beträchtliche Rolle im Umgang mit anderen Menschen spielt. Diese erhöhte Selbstaufmerksamkeit im Kontakt mit anderen führt wegen fehlender bzw. nicht ausgeprägter Interaktionsmöglichkeiten mit der neuen Umwelt (wie mangelhafte Sprachkompetenz, Kontrollverlust und erlebter Diskriminierung) dazu, dass die Person in den Begegnungssituationen bei der Wahrnehmung seines Selbst immer schlechter abschneidet. Dies ruft eine emotionale Unzufriedenheit hervor und kann als deren Folge die Konsistenz und die Übereinstimmung zwischen verschiedenen Bereichen des Selbstkonzeptes und dem Verhalten der Person stark beeinträchtigen.

### **1.2.3. Über iranische Migrantinnen und Migranten in Deutschland und in der Stadt Hamburg**

Die iranischen Migrantinnen und Migranten bilden als die größte aus Asien stammende ausländische Minderheit in Deutschland eine heterogene Migrantengruppe. (Statistisches Bundesamt, 2000). Die kontinuierlich wachsende Anzahl der Forschungsansätze seit den 90er Jahren über die iranischen Migrantinnen und Migranten in Deutschland, die auch hauptsächlich von Angehörigen dieser Minderheit betrieben worden sind<sup>8</sup>, weisen auch zunehmend Erkenntnisse über diese Migrantengruppe auf. Im Folgenden soll nun anhand der verfügbaren Daten ein Bild über die in Deutschland lebenden iranischen Migrantinnen und Migranten, über ihre Struktur sowie über ihre Migrationmotive vermittelt werden.

Die Anfänge einer iranischen Gemeinde in Deutschland reichen in die 20er Jahre zurück, als sich vor allem in Hamburg die Kolonie der (Teppich-) Händler herauszubilden begann. (vgl. Hesse-Lehmann, 1993). Im Verlauf der 60er Jahre gab es einen kontinuierlichen Anstieg der iranischen Migrantinnen und Migranten. Bis 1979 waren es neben den traditionell ansässigen Kaufleuten vor allem junge Menschen, die vorwiegend wegen des Studiums nach Deutschland kamen. Zwischen den Jahren 1978 bis 1979 sind viele iranische Migrantinnen

---

<sup>8</sup> Vergleichsweise sieht man, dass von 14 Arbeiten über iranische Migranten, die in meiner Dissertation erwähnt werden, 12 Arbeiten von Autor(inn)en iranischer Herkunft verfasst worden sind.

und Migranten (Abbildung 1.3.) im Zusammenhang mit den politischen Veränderungen in Folge der Islamischen Revolution im Iran nach Deutschland gekommen.

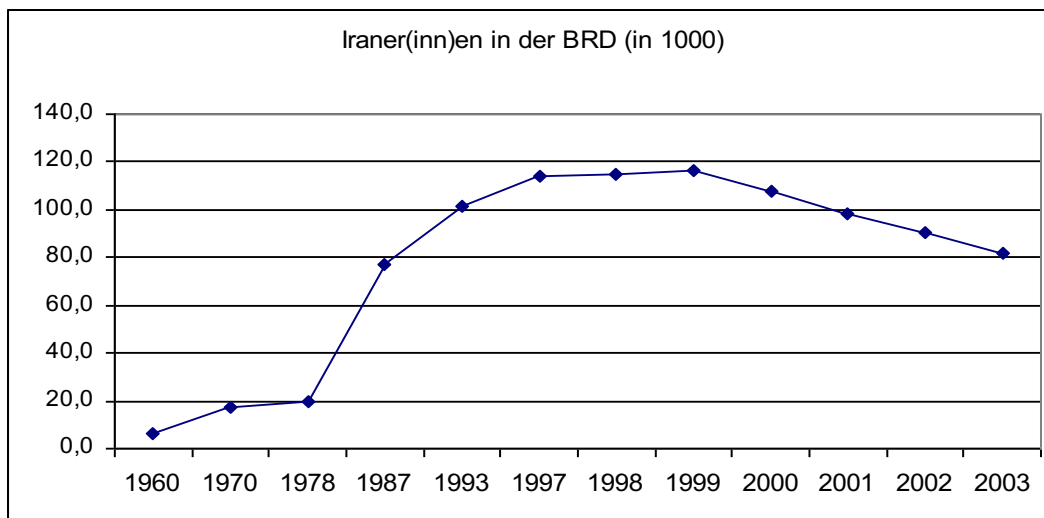


Abbildung 1.2.: Quelle der Daten: Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Das statistische Jahrbuch 2000-2003, (eigene Diagram)

Wie ersichtlich, nahm die Anzahl der Iraner in der BRD innerhalb weniger Jahre nach der Islamischen Revolution (1979) von 19.500 im Jahr 1978 auf 113.800 im Jahr 1997 rapide zu. Auch in den darauf folgenden Jahren bis 1999 ist ein kontinuierlicher Zuwachs der iranischen Migrantinnen und Migranten in Deutschland zu beobachten. Jedoch zeigt die Grafik ab dem Jahr 1999 einen kontinuierlichen Rückgang<sup>9</sup>.

Neben den Angaben über die Anzahl der iranischen Migrantinnen und Migranten soll das folgende Bild über Aufenthaltsdauer und Aufenthaltsstatus und über die sozialrechtlichen Struktur der iranischstämmigen Bevölkerung in der BRD Auskunft geben.

<sup>9</sup> Ein Grund für diesen Rückgang könnte in der minimalen Lockerung des sozialen und politischen Lebens im Laufe der Präsidentschaft von Khatami gesehen werden. Seine Regierung lockerte die Rückkehrbedingungen für ins Ausland geflüchtete Iraner (vor allen für Kapitalkräfte), wonach viele Iraner auch aus Deutschland in den Iran zurückgegangen sind.

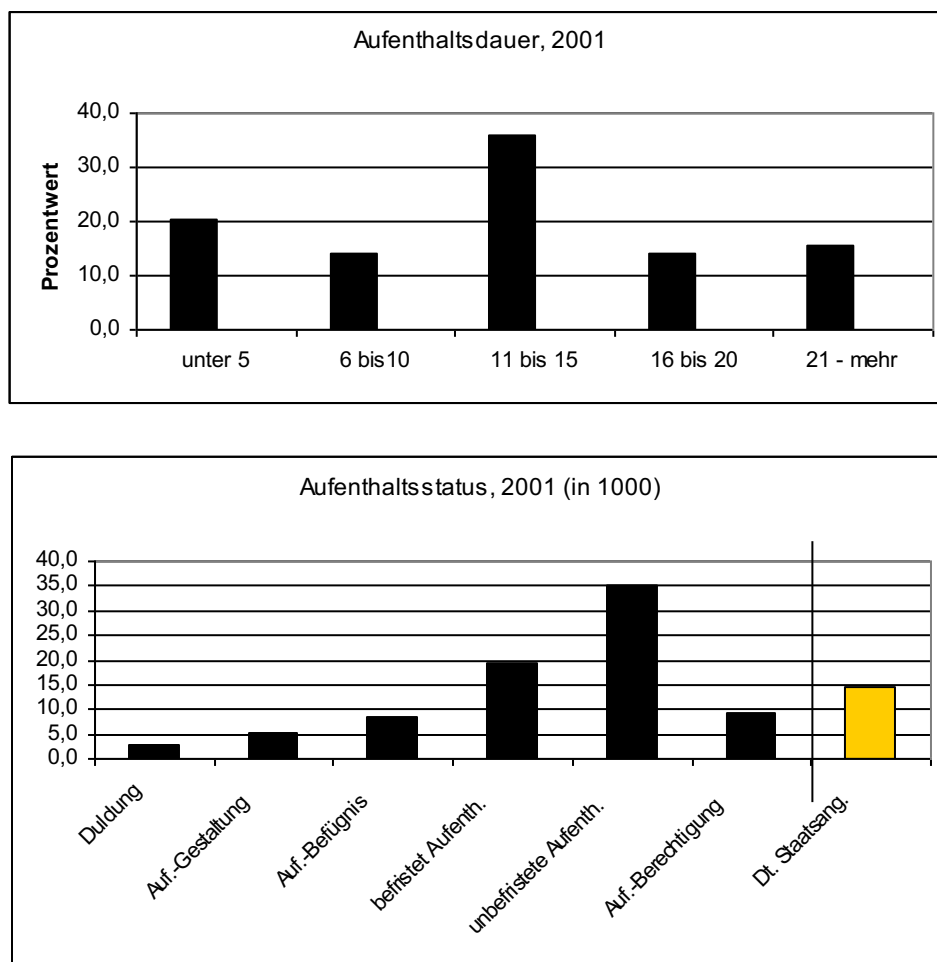


Abbildung 1.3.: Aufenthaltsdauer und Aufenthaltsstatus der iranischen Migrantinnen und Migranten in der BRD. Quelle der Daten: Das statistisches Jahressbuch 2000-2002, (eigene Grafik)

Die Abbildung zeigt, dass 80% aller iranischen Migrantinnen und Migranten länger als fünf Jahre in Deutschland leben. Etwa 14.500 haben die deutsche Staatsangehörigkeit angenommen. Etwa 50% sind im Besitz einer gesicherten Aufenthaltserlaubnis (etwa 35.000 unbefristete Aufenthaltserlaubnis und etwa 9.000 Aufenthaltsberechtigung). Die Anzahl der Personen mit einer unsicheren Form des Aufenthalts ist vergleichsweise gering. Etwa 2.000 besitzen kein Aufenthaltsrecht und werden nur geduldet.

Ghasemina (1996) unterscheidet hinsichtlich der Migrationmotive der iranischen Migrantinnen und Migranten in Deutschland zwischen drei Typen, nämlich Aufstiegs- und Bildungsmigration und politisches Exil. Somit wird allgemein hinsichtlich der Migrationmotive der Iraner zwischen prärevolutionären und postrevolutionären Motiven unterschieden. In der prärevolutionären Phase (1960-1979) waren es überwiegend junge

Iranerinnen und Iraner, die zum Studieren nach Deutschland kamen<sup>10</sup>. Somit bezeichnet Ghasemina als besonderes Motiv der prärevolutionären Migration der iranischen Migrantinnen und Migranten in Deutschland „Aufstiegs- und Bildungsmigration“.

Die postrevolutionäre Migrationbewegung wird gekennzeichnet durch die Massenflucht vieler unterschiedlicher Gruppen:

- Angehörige des alten Regimes, die bereits während der Islamischen Revolution das Land verlassen mussten.
- Politisch Aktive, die im Laufe der Jahre nach der Islamischen Revolution ins Ausland fliehen mussten.
- Die Gruppe der Kapitalbesitzer, die ihr Kapital ins Ausland bringen mussten, weil dort in den ersten Jahren der Islamischen Revolution ihr Kapital nicht erwünscht war.
- Die Akademiker und Wissenschaftler, die im Ausland mehr gefragt waren als im Iran.
- Eine sehr viel größere Gruppe, die weder politisch aktiv war noch Kapital besaß und noch zu den gebildeten Eliten gehörten und entweder vor dem iranisch-irakischen Krieg oder auch wegen eines besseren Lebens in den Westen emigrierten.

Jede dieser Gruppen hatte andere Migrationmotive und erlebt auch vermutlich das Leben in der Migration anders (vgl. Pourgholam-Ernst, 2002), nicht ausschließlich wegen ihrer Migrationmotive, sondern auch wegen unterschiedlichen persönlichen Ressourcen (vgl. Agha, 1998). So ist auch zu vermuten, dass die Gruppe der Kapitalbesitzer weniger von all den Akkulturationskrisen mitbekommt als andere, wenn sie z.B. in einer Stadt wie Hamburg ihren eigenen „kulturellen Mikrokosmos“ (Hesse-Lehmann, 1993) entwickelt hat.

Hamburg hat nach der vom Statistischen Landesamt im Jahr 2003 veröffentlichten Bevölkerungsstatistik den höchsten Ausländeranteil aller Bundesländer (15%). Etwa 60% der Bürger ausländischer Herkunft leben länger als acht Jahre hier, und über 50% von ihnen haben eine Aufenthaltsdauer von mehr als 10 Jahren. Von den 270.000 ausländischen Mitbürgerinnen und Mitbürgern aus mehr als 180 Nationen verfügen 200.000 entweder über ein Daueraufenthaltsrecht, eine Aufenthaltserlaubnis oder eine Aufenthaltsbefugnis, was eine angestrebte Integrationspolitik in Hamburg unausweichlich macht.

Die persischsprachige Bevölkerung Hamburgs ist mit ca. 13.800 die fünftgrößte Migrantengruppe insgesamt (4,5% der Migrantinnen und Migranten in Hamburg). Die Mehrzahl dieser Gruppe lebt entweder als Asylberechtigte oder als seit Jahrzehnten hier ansässige Mitbürger. Allein schon aufgrund ihres aufenthaltsrechtlichen Status gehören sie zu denjenigen Migrantinnen und Migranten, die langfristig hier leben und eine dauerhafte Integration anstreben.

---

<sup>10</sup> Der rapide Zuwachs der jungen Bevölkerung und beschränkten Studienplätze im Iran, haben damals staatliche Förderungsprogramme notwendig gemacht, wonach etwa 10% der iranischen Studienbewerber für ein Studium in Ausland gefördert wurden (vgl. Ghasemina, 1996).

Die folgende Tabelle informiert über die iranische Bevölkerung Hamburgs, ihre Altersstruktur und ihre Anzahl in verschiedenen Hamburger Bezirken.

Tabelle 1.1.: Anzahl und Altersstruktur von Iraner(inn)en in Hamburg (Melderegister, Hamburg, 1996)

	insg.	männl.	weibl.	Aufenthaltsdauer (Jahre)					
				0-1	1-4	4-8	8-10	10-15	>15
<b>Insgesamt</b>	<b>13.807</b>	<b>7.951</b>	<b>5.856</b>	<b>354</b>	<b>1.679</b>	<b>2.512</b>	<b>1.793</b>	<b>4.505</b>	<b>2.825</b>

Altersstruktur					
0-20	20-30	30-45	45-60	60-65	> 65
<b>3.148</b>	<b>3.482</b>	<b>6.911</b>	<b>3.238</b>	<b>634</b>	<b>1.461</b>

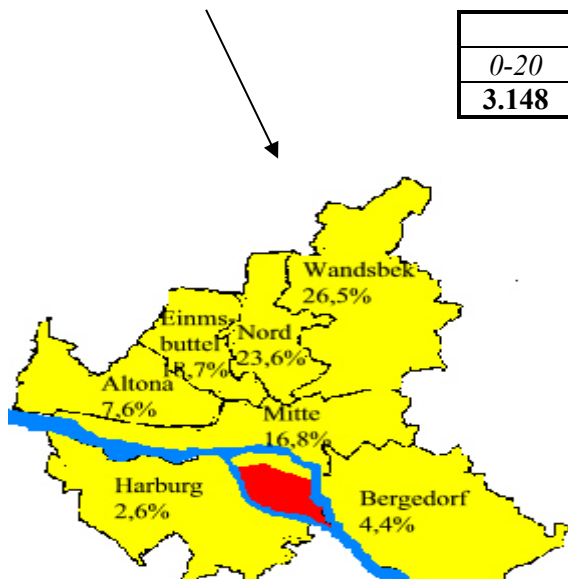


Abbildung 1.4.:Prozentuale Anzahl der iranischen Migrantinnen und Migranten in verschiedenen Bezirken Hamburgs

### 1.3. DIE ATTRIBUTIONSTHEORIEN IN DER SOZIAL- UND KLINISCHEN PSYCHOLOGIE

Mit der so genannten kognitiven Wende in der Psychologie haben sich auch die ersten Ansätze der Attributionstheorien in der Sozial- und Klinischen Psychologie etabliert<sup>11</sup>. Heider gilt als Begründer der Attributionsforschung. Seit Heider sind mittlerweile eine Vielzahl theoretischer Ansätze entwickelt worden (z.B. Jones & Davis 1965; Kelley 1972; Weiner 1974), die wiederum eine Vielzahl von Arbeiten zur Folge hatten. Es ist dennoch zu verzeichnen, dass es eine einheitliche Attributionstheorie nicht gibt, sondern vielmehr eine Reihe von Attributionstheorien und einige frühe Vorläufer.

Die Attributionstheorien fanden erstmals im Rahmen der Sozialpsychologie unter sozialer Personenwahrnehmung ein starkes Interesse. Diese Theorien dienten dort der Fokussierung der Aufmerksamkeit auf die Verarbeitung der gewonnenen Informationen durch personellen Kontakt. Attributionen wurden allgemein als Interpretationsprozess verstanden, „durch den ein Individuum beobachteten und erfahrenen sozialen Ereignissen und Handlungen Gründe zuschreibt“ (Thomas, 1991, S.176). Während Attributionstheorien sich mit vorauslaufenden Bedingungen (Interpretationsprozess) der Ursachenzuschreibungen befassen, befassen sich attributionale Theorien mit den aus diesen Ursachenzuschreibungen herausgehenden Konsequenzen. Allmählich entdeckte die Attributionsforschung weitgehende Gemeinsamkeiten mit Modellen kognitiver Therapien und bezogen sich dann zunehmend auf Fragen der Diagnostik und Interventionsmethoden in der Verhaltenstherapie (vgl. Försterling, 1986, S. 3).

Im Rahmen dieses Überblicks ist eine ausführliche Darstellung sämtlicher attributionstheoretischer Konzeptionen weder möglich noch ist sie hinsichtlich der Fragestellungen dieser Untersuchung zwingend. Daher sollen im Folgenden die einflussreichsten Attributionstheorien im Hinblick auf die vorliegende Arbeit nur in ihren Wesenszügen dargestellt werden. Dem Kapitel liegen zum großen Teil die Ausführungen Försterling (1986), Newstone & Fincham (2002) und Thomas (1991) zugrunde.

#### 1.3.1. Die Kausalattributionstheorie nach Heider

---

<sup>11</sup> Bis dahin lieferte das Reiz-Reaktionsmodell des Behaviorismus über Jahrzehnte Erklärungen für das menschliche Verhalten auf scheinbar physiologischer Basis (Vgl. Brinschwitz, 1993).

---

---

Die Attributionsforschung begann und etablierte sich innerhalb der sozialpsychologischen Forschung mit Arbeiten von Heider. Heider beschäftigte sich mit „Wahrnehmungsgesetzmäßigkeiten bezüglich der physikalischen Umwelt auf Phänomene der sozialen Wahrnehmung“ (Försterling, 1986, S. 10) und unterschied dabei zwischen internen (personaler Kausalität) und externen (situationaler Kausalität) Handlungsursachen. Die Theorie von Heider nimmt an, dass jedes Individuum danach strebt, seine Umwelt zu kontrollieren, Ereignisse vorherzusagen und seine Handlungen und die Handlungen seiner Mitmenschen zu erklären. Mit der Unterscheidung zwischen internen und externen Attributionen stellte sich dann die Frage der Beziehung der beiden zueinander. Heider erklärte, dass interne und externe Attributionen eine gegenläufige Beziehung zueinander haben. Je stärker man für die Erklärung einer Handlung die personale Kausalität in den Vordergrund stellt, desto mehr schiebt man die situationale Kausalität in den Hintergrund, und umgekehrt. Es stellt sich bei jedem Versuch exakter Einteilung zwischen internen und externen Attributionen fast immer die Frage, wie man die beiden Begriffe intern und extern definiert, denn die internen und externen Ursachen setzen sich immer gegenseitig voraus (vgl. Hewestone und Fincham, 2002). Wie kann man also in der Analyse der vorausgehenden Bedingungen eine auf die Person bezogene Attribution einer Handlung die Rolle der situationalen Attributionen bestimmen bzw. eingrenzen. Dies kann sehr schnell zu Fehlattritionen führen, was man z.B. häufig bei Therapeuten beobachten kann, denn sie tendieren im Prinzip dazu, die Quelle der Handlung in der Person selbst zu suchen.

Die Theorie der Kausalattributionen wurde seit Heider in vielen weiteren Arbeiten modifiziert und weiterentwickelt. Eine der führenden Beiträge zur Attributionsforschung lieferte Weiner (1971, 1979), in denen er zusätzlich zur internen und externen Ursachenzuschreibungen auch zwischen stabiler und variabler „Kausalelemente“ unterschied. Seiner Theorie „der Taxonomie von Ursachenerklärungen“ zufolge ist für die Erklärung des Erfolgs oder Misserfolgs einer handelnden Person bei ihrer Handlung von großer Bedeutung, ob die internale bzw. externalen Kausalelemente über die Zeit stabil bleiben oder variabel sind (vgl. Försterling, 1986, S. 24). Im Rahmen dieser Weiterentwicklung stellt die Forschung weitere Dimensionen der Ursachenzuschreibungen fest. Zum Beispiel machte Rosenbaum (1972, zit. in Hewestone & Fincham 2002) darauf aufmerksam, dass Anstrengungen eines Individuums neben Dimensionen internal-external und stabil-variabel auch noch durch Dimensionen intentional (kontrollierbar) und unintentional (unkontrollierbar) beeinflussbar sind. Des Weiteren haben Abramson, Seligman und Teasedal (1978) hinsichtlich der Auswirkungen der

Attributionen die Generalität<sup>12</sup> bzw. Bereichsspezifität<sup>13</sup> der Ursachenzuschreibungen eingeführt.

### **1.3.2. Die Theorie der korrespondierenden Schlussfolgerungen nach Jons und Davis**

Bei allen Attributionstheorien findet man eine Unterscheidung zwischen Ursachenfaktoren, die in der Person selbst liegen und solchen, die in der Umwelt liegen. Bei dieser Unterscheidung stellt sich dann die Frage: Wenn die Ursache einer Handlung in der Person als Akteur gesehen wird, wie behandelt man dann die Frage nach der Absicht der Person, die sie zu dieser Handlung veranlasst. Die Theorie der korrespondierenden Schlussfolgerungen von Jons und Davis (1965) gibt hierüber eine Antwort und besagt, dass das beobachtbare Verhalten und die Absicht einer Person mit einer stabilen Eigenschaft dieser Person korrespondieren. Ein Beobachter kann also bei der Beurteilung des Verhaltens einer anderen Person auf zwei Stadien schließen: Attribution einer Absicht und Attribution von Disposition (vgl. Hewestone und Fincham, 2002)

„Attribution einer Absicht“ besagt, dass die handelnde Person die Konsequenzen seiner Handlung kennt und gerade deswegen diese Handlung ausführt. Hingegen schließt „Attribution einer Disposition“ eher auf eine zugrunde liegende Disposition der Person. Die korrespondierenden Schlussfolgerungen sind stärker, wenn die Konsequenzen des gezeigten Verhaltens sozial unerwünscht sind, und wenn die Wahl der handelnden Person negative Konsequenzen für die Person zur Folge hat. Eine starke Tendenz zur Attributionsverzerrung ergibt sich aus der Theorie in der Form, dass die Person als Beobachter „die Tendenz besitzt, das beobachtbare Verhalten als Folge der Persönlichkeitseigenschaften des Handelnden anzusehen, [während die Person der Handelnde selbst] sein Verhalten durch situative Kontextbedingungen determiniert“ einschätzt (Jons et. al., 1971, zit. in Thomas, 1991, S. 179).

### **1.3.3. Die Kovariations- und Konfigurationstheorie nach Kelly**

Die Kovariations- und Konfigurationstheorie von Kelly (1967, 1973) baut sich auf dem

---

<sup>12</sup> Ursachen, „die ein breites Spektrum von Auswirkungen haben“ (Försterling, 1986, S.32)

<sup>13</sup> „nur auf einen engen, speziellen Bereich bezogenen“ Attributionen (Försterling, 1986, S.32)



---

---

Gedankengut von Heider auf und erklärt, welche Informationen zur Kausalattribution herangezogen werden. Die Theorie von Kelly ist die allgemeinste und einflussreichste Attributionstheorie. Das Kovariationsmodell bezieht sich auf das Kovariationsprinzip und bietet sich für den Fall an, wenn ein Beobachter Informationen aus mehreren Quellen (beruhend auf dem ANOVA-Modell) zur Verfügung hat (vgl. Kelley 1967). Hierbei spricht man auch von datengeleiteten Attributionen. Hingegen wenn nur eine einzige Informationsquelle zur Verfügung steht, muss der Beobachter eine Konfiguration der beteiligten Faktoren in Betracht ziehen, „die als plausible Ursache für den beobachteten Effekt in Frage kommen“ (Hewestone und Fincham, 2002, S. 181). Bei dem letzteren, das auch als theoretisch geleitete Attribution zu verstehen ist, sind kausale Schemata einer Person als Beobachter entscheidend dafür, wie Handlungen oder Ereignisse attribuiert werden.

Bei der Klärung des Attributionsprozesses fand Kelly (1967) drei Determinanten, die einerseits verschieden stark ausgeprägt sind und das Urteil bestimmen können und andererseits die externale versus internale Attribuierung beeinflussen können:

- Als erste dieser Determinanten besagt **Konsistenz der Handlung**, dass eine Person als Handelnde sich in jeder Situation so verhält und nicht anders, d. h. seine Handlung ist einzigartig.
- Die zweite Determinante, **Distinktheit einer Handlung** beschreibt, ob die Handlung einer Person als Reaktion auf diese bestimmte Situation zu interpretieren ist oder die Person in jeder Situation so handelt.
- Unter **Konsens des beobachteten Verhaltens** als dritte Determinante ist zu verstehen, ob die Handlung einer Person nur und einzig und allein von ihm gezeigt wird oder auch andere Personen diese Handlung zeigen können.

Anhand der oben genannten Dimensionen erreicht ein Beobachter nach Kelly bei der Zuschreibung bestimmter Effekte einen hohen Grad an Validität seiner Kausalattributionen, wenn er die drei Faktoren beachtet, die Kelly anhand eines varianzanalytischen Würfels darstellt: Entitäten, Personen und Modalitäten.

---

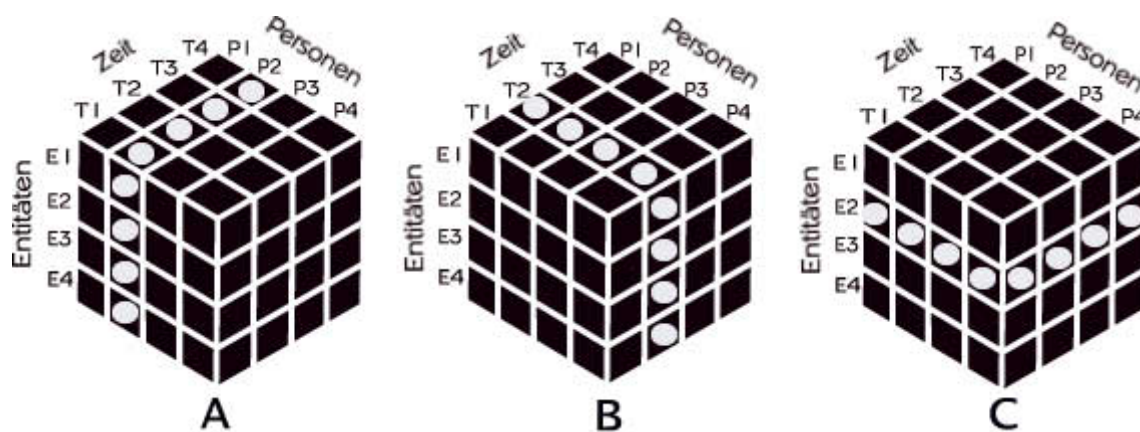


Abbildung 1.5.: Kelly's drei Faktoren Model der Kovariations- und Konfigurationstheorie  
(nachgebildet nach Försterling, 1986 S. 42-44)

*Entitätsattribution* (C) liegt vor, wenn die Nachwirkungen der Handlungen der Person als Handelnde auf konstante, außerhalb der Person liegende Faktoren zurückgeführt werden (z.B. wenn der Erfolg einer Person in einer Prüfung, auf die Leichtigkeit der Aufgaben zurückgeführt wird). *Personenattributionen* (A) liegen hingegen vor, wenn diese Nachwirkungen auf relativ stabile Merkmale der Person selbst zurückgeführt werden. Unter *Modalitätenattributionen* (B) ist zu verstehen, dass aus der Sicht der handelnden Person sowohl andere Personen als auch Umweltgegebenheiten in Betracht gezogen werden. (vgl. Försterling, 1986, S. 41).

#### 1.3.4. Zentrale Annahmen der drei Attributionstheorien im Hintergrund der vorliegenden Arbeit

Bisher wurden diejenige Attributionstheorien (in deren Grundzügen) kurz umrissen, die a) entscheidend bei der Entwicklung der Attributionforschung mitwirkten, und b) vorwiegend das Verständnis der Überlegungen bzw. Hypothesen dieser Arbeit ermöglichen sollen. Wie aus der vorhergehenden Darstellung deutlich wird, ist hier zusammenfassend zu betonen, dass die drei Attributionstheorien große Nähe zueinander zeigen; sie setzen lediglich jeweils andere Schwerpunkte in ihrer Klärung und Erfassung (Dimensionen) der Attributionen. So wird in der Kausalattributionstheorie von Heider die Rolle der gegenläufigen Beziehung der internen und externen Attributionen zueinander betont, und dies wird von Weiner zusätzlich um die zeitlichen Dimensionen variabel und stabil ergänzt. Jons und Davis erhellen mit ihren Beiträgen die umstrittene Beziehung zwischen in der Person selbst liegenden bzw. in ihrer Umwelt liegenden Ursachenfaktoren. Und Kelly beschäftigt sich in seiner Kovarianz- und

---

---

Konfigurationstheorie mit der Frage nach der Rolle der Informationsquellen, die das Zustandekommen der Kausalattributionen einer Person beeinflussen.

Diese Attributionstheorien gehen von der Annahme aus, dass Attributionen zu den sozialen Kognitionen gehören, und dass sie aufgrund sozial erworbener Werte und Regeln im Rahmen der Kultur entstehen, in der die Person sozialisiert wird. Werden sie einmal erworben, beeinflussen sie das Handeln im Umgang mit anderen ganz entscheidend. So lassen sich Attribution nach Six, (1987) auch definieren „als jener Interpretationsprozess der Erfahrungswelt [...], durch den der Einzelne sozialen Ereignissen und Handlungen Gründe bzw. Ursachen zuschreibt“.

Die Grundannahme aller Attributionstheorien besteht darin, dass bei der Erklärung des Verhaltens und Erlebens einer Person der kognitive Prozess des Denkens eine zentrale Bedeutung hat. Alle diese Theorien betrachten Menschen eher als rationale Wesen, die ein Bedürfnis danach haben, Handlungen und Ereignisse in ihrem Leben bestimmten Ursachen zuzuschreiben. Dabei wird davon ausgegangen, dass Menschen aus Informationen, die ihnen über ein Ereignis oder eine Handlung bekannt sind Rückschlüsse auf Ursachen für das Handeln in der jeweiligen Situation ziehen. Diese Ursachenzuschreibungen sind nach Frey (1987) im Grunde genommen kognitive Prozesse, die meist unbewusst und nicht rational vollzogen werden.

Eine der zentralsten Bedeutungen der Kausalattributionen besteht darin, dass Kausalattributionen als „Interpretationsprozess der Erfahrungswelt“ auch verschiedene Funktionen erfüllen (vgl. Hewestone und Fincham, 2002):

- Vor allem vermitteln sie der Person das Gefühl, dass die Welt durchschaubar und vorhersehbar, also kontrollierbar ist.
- Sie werden oft zur Rechtfertigung eigener Handlungen bzw. Ereignisse genutzt, in dem die Ereignisse und eigene Handlungen als angemessen dargestellt werden.
- Außerdem haben Kausalattributionen eine selbstwertschützende bzw. selbstwerterhöhende Funktion: Aus vielen Forschungsarbeiten über Leistungsverhalten und Attributionen ist bekannt, dass man Erfolge gerne auf eigene Fähigkeiten zurückführt, während Misserfolge den externen Ursachen zugeschrieben werden (Weiner et. al., 1971, zit. in Försterling, 1986).

Auch im Zusammenhang mit Erklärungsmodellen über Depression offenbart sich die selbstwertschützende Funktion der Attributionen für Emotionen der Person. Hierbei zeigt sich, dass Attributionen die Emotionen einer zur Depression neigenden Person in einer Form

beeinflussen, dass nach eigener negativer Handlung negative Gefühle wie Enttäuschungen und Scham überwiegen werden können (vgl. Kammer 1991).

Diese Funktionen sind für das psychische Befinden einer Person maßgebend und wesentlich. Sie werden aufrechterhalten, in dem die Kausalattributionen auch tatsächlich (z.B. bei der Vorhersehbarkeit und Kontrollierbarkeit der Ereignisse) immer wieder in ihrer Geltung bestätigt werden. Verlieren die Kausalattributionen ihre Funktion bzw. werden diese Funktionen in Frage gestellt, wird das beträchtliche Folgen für die Persönlichkeitsentwicklung einer Person haben. Menschen nehmen ihre Attributionen bezüglich ihres eigenen Handelns in der Regel aber nicht bewusst wahr. Sie werden erst dann wahrgenommen bzw. in Frage gestellt, wenn eigene Handlungen überraschende oder negative Folgen mit sich bringen.

In der Migration sind Migrantinnen und Migranten mit ungewöhnlichen Veränderungen in ihrer Lebensumwelt betroffen und in der Migration werden abweichende Handlungen stärker in den Vordergrund gestellt bzw. werden von Migrantinnen und Migranten selbst stärker als solche wahrgenommen (vgl. Schwarzer, 1994). So stellt sich die Frage, wie die Migrantinnen und Migranten mit dieser Situation umgehen. Betrachten wir in diesem Kontext z.B. die Alltagsrolle der Sprache als ein Medium zur Herstellung sozialen Kontakts bei dem Zufriedenheitsgefühl, so ist auch aus der Forschung bekannt, dass zwischen Attributionsstil, Sprachkenntnissen und Zufriedenheitsgefühl ein Zusammenhang besteht. Schmitt-Rodermund (1997) zeigt in ihrer Arbeit, dass polnische Aussiedler mit guten Sprachkenntnissen im Vergleich zu anderen mit wenigen Sprachkenntnissen die Ereignisse in ihrer Umwelt variabler attribuieren. In der Studie wird gezeigt, dass Aussiedler mit guten Sprachkenntnissen für das Auftreten ihrer psychosozialen Konflikte sowohl interne als auch externe Faktoren verantwortlich machten, während Aussiedler mit wenigen Sprachkenntnissen einen eher stärkeren internen Attributionsstil zutage legten.

---

---

## 1.4. BEWÄLTIGUNGSSTRATEGIEN UND PSYCHISCHE GESUNDHEIT

Die Frage nach der Rolle des Akkulturationsstressses und der Bedeutung von Bewältigungsstrategien für die Gesundheit verlangt zuerst ein Konzept bzw. eine Definition für psychische Gesundheit bzw. psychische Störung. Es soll hier keine ausführliche Behandlung der verschiedenen tief greifenden Diskussionen über Gesundheit und Krankheit folgen. Es soll lediglich dargestellt werden, welches Gesundheitskonzept dieser Arbeit zugrunde liegt.

### 1.4.1. Das Gesundheitskonzept im Hintergrund dieser Arbeit

Die Diskussionen über Gesundheit und Krankheit haben eine sehr lange Tradition. Angefangen mit Galen (römischer Arzt, 200 n. Ch., zit. in Baumann & Perrez, 1998) dauert diese Diskussion immer noch an. Gesundheit und Krankheit sollen als theoretische Konstrukte auffällige und unerklärbare Veränderungen beim Menschen begrifflich erfassen und damit scheinbar begreifbar machen. Die Psychologie hat seit der Jahrhundertwende „einen anderen Zugang zu gestörtem und auffälligem Verhalten bevorzugt“, der es ihr auch ermöglichte (fern von der bis dahin richtunggebenden Diskussion in der Medizin, die aufbauend auf einem biomedizinischen Krankheitsmodell auch für seelische Krankheiten einen Defekt im Organismus annahm) zur Unterscheidung zwischen normalen und abnormalen psychischen Prozessen „den Begriff Abnormal Psychology einzubürgern“ (Baumann & Perrez, 1998, S. 28). Dem Begriff nach sind psychische „Verhaltensauffälligkeiten nicht Folge eines Defektes innerhalb der Person, sondern direkte Auswirkungen ungünstiger verhaltenssteuernder Umgebungsbedingungen“ (Ulmann & Krasner, 1969, zit. in Baumann & Perrez, 1998, S. 28).

Dementsprechend sind psychische Gesundheit und psychische Störung keine klar unterscheidbaren und abgegrenzten Zustände, sondern sie sind immer als das Ergebnis des Zusammenwirkens von krankmachenden (z.B. Stress) und gesundheitsfördernden (z.B. Stressbewältigungsstrategien) Faktoren zu betrachten (vgl. Baumann & Perrez, 1998). Der entscheidende Unterschied zwischen Störung und Gesundheit würde wohl hierbei in einer Kontinuität und in dem Ausmaß der beteiligten gesundheitsfördernden und krankmachenden Faktoren liegen. So betrachtet, wird hier bei der Frage nach psychischer Gesundheit und Störung nach der Intensität psychischer Symptombelastung gefragt.

### 1.4.2. Der Begriff Stress

In der einschlägigen Literatur über Bewältigung wird seit den späten 60er Jahren der Begriff der Bewältigung immer im Zusammenhang mit Stress behandelt. Auch wegen des Stellenswerts des Stresses in der vorliegenden Arbeit, in der nach der Bedeutung der Bewältigungsstrategien beim Umgang mit dem Akkulturationsstress gefragt wird, soll hier zuerst eine kurze Erläuterung des Begriffes Stress folgen, um das Stresskonzept, auf dem diese Arbeit basiert, zu verdeutlichen.

Umgangssprachlich ist Stress häufig mit einem äußeren Reiz verbunden und bezieht sich auf ein Geschehen in der Außenwelt, worauf die Person mit einer Reaktion antwortet. So gesehen entsteht Stress durch die Begegnung einer Person mit äußeren Reizen. Nun gibt es in der wissenschaftlichen Stressforschung unterschiedliche Auffassungen darüber was genau in der Beziehung zwischen Person und ihrer Umwelt als Stress zu bezeichnen ist. Hierüber lassen sich drei Konzepte in der Stressforschung erkennen. Während Forscher wie Holmes und Rahe (1987) ausschließlich nur äußere Reize (genannt Stressoren) verantwortlich machen und dabei die Urteilsbildung der Person und deren Auseinandersetzung mit Stressoren vernachlässigen und somit ein reines Stimulus-Reaktions-Konzept (S-R-Theorie) im Sinne des Behaviorismus zum Verstehen des Stress anbieten, verstehen andere Forscher wie Selye (1950) unter Stress eine unspezifische körperliche Reaktion der Person auf ihre Umwelt, ohne darauf einzugehen, wodurch diese Reaktion ausgelöst wird. Da unterschiedliche Personen auf dieselbe Umwelt unterschiedlich reagieren, macht Selye psychische Merkmale der Person als ausschlaggebend für diese unterschiedlichen Reaktionen verantwortlich.

Im Gegensatz zu diesen Konzepten gehen Lazarus & Vollmann (1987) nicht von einseitigen Beziehungen zwischen der Person und ihrer Umwelt aus und machen weder wie S-R-Theoretiker allein die Stressoren noch wie Selye allein die Reaktionen der Person als einzige Faktoren beim Entstehen des Stresses verantwortlich. Die Autoren vertreten die Auffassung, dass Stress die wechselseitige Beziehung zwischen Stressoren und Reaktionen der Person beinhaltet und diese Beziehung die Regeln für das Auftreten von Stress bestimmt. Der Kern des transaktionalen Stressmodells von Lazarus beschreibt das Verhältnis zwischen „Anforderungen der Umwelt und Reaktionskapazitäten der Person“ (Udris, 1981, S. 123). Dabei ist die Person ein aktiv Handelnder, die nicht nur von internen oder externen Stressoren beeinflusst wird, sondern selbst die jeweiligen Transaktionen aktiv herstellt. So entsteht Stress nach Lazarus dann, wenn interne oder externe Anforderungen die Kapazität der Person oder ihre sozialen Ressourcen übersteigen. Mit anderen Worten: Stress entsteht in der Transaktion

---

---

zwischen Anforderungen und Person. Dabei spielen kognitive Prozesse die entscheidende Rolle, ob eine Anforderung als belastend oder als Herausforderung bewertet wird. Diese kognitiven Prozesse sind Bewertungs- bzw. Einschätzungsprozesse.

### **1.4.3. Bewältigung**

Bewältigungsstrategien, auch „Coping-Strategien“ genannt, sind Anpassungsleistungen der Person in der Auseinandersetzung bzw. im Umgang mit erlebtem Stress. Ausgehend von dem transaktionalen Stresskonzept von Lazarus beschäftigen sich seit den 60er Jahren eine Reihe weiterer kognitiv orientierter Konzeptionen mit Bewältigungsstrategien<sup>14</sup>. Die Bewältigung bildet auch eine der zentralen Konzepte im transaktionalen Stressmodell von Lazarus. Neben diesem gibt es weitere genauso wichtige Konzepte wie die Selbstwirksamkeitserwartung nach Bandura (1977) als Ergebnis sozialen Lernens oder die Theorie der erlernten Hilflosigkeit nach Seligman (1986). Diese sollen nun kurz umrissen werden.

#### **1.4.3.1. Bewältigungstheorie bei Lazarus**

Wie aus der vorhergehenden Darstellung deutlich wurde, entsteht Stress nach transaktionaler Stresstheorie von Lazarus und Folkman (1987) als Folge von externen oder internen Anforderungen, die die Ressourcen einer Person stark beanspruchen oder übersteigen. Dementsprechend definieren Lazarus & Launier (1981) die Bewältigung als „all diejenigen verhaltensorientierten und intrapsychischen Anstrengungen, um mit umweltbedingten und internen Anforderungen fertig zu werden, das heißt, sie zu meistern, zu tolerieren, zu reduzieren oder zu minimieren“ (S. 244). Mit der Bewältigung sind Bemühungen und Anstrengungen der Person gemeint, um mit diesen Anforderungen fertig zu werden. Bewältigung kann in der Form durch aktives Meistern, aber auch nicht aktiv geschehen, wie etwa tolerieren, vermeiden, aushalten usw. (vgl. Udris, 1981). Es kommt also allein auf das Bemühen und Anstrengen der Person an, mit Anforderungen fertig zu werden. Lazarus und Folkman verstehen unter Bewältigung keine konkrete Strategie, sondern sie teilen die Bewältigung nach ihrer Funktion ein: „The reader will note that we speak here of functions of coping rather than type“ (Lazarus & Folkman, 1987, S. 152).

---

<sup>14</sup> Bereits ein halbes Jahrhundert vor Lazarus hatte Freud sich im Rahmen seiner psychoanalytischen Theorie mit dem Begriff Bewältigung als „Abwehr“ auseinandergesetzt. Freud ging es dabei vor allem um unbewusste Bewältigungsformen, die er als „Abwehrmechanismen“ bezeichnet. Diese unbewusste Bewältigung bzw. der „Abwehrmechanismus“, ist nach Freud zu definieren als „die allgemeine Bezeichnung für alle Techniken, denen sich das Ich in seinen eventuellen, zur Neurose führenden Konflikten bedient“ (Freud, 1926, S. 106).

Lazarus und Folkman (1984) entwickelten in diesem Zusammenhang wichtige theoretische Modelle. Sie gehen hierbei davon aus, dass Menschen in einer sich ständig verändernden Umwelt leben. Demzufolge sind Menschen ständig darauf angewiesen bei diesen Veränderungen ihre kognitiven wie auch verhaltensbezogenen Fähigkeiten weiterzubilden, um dadurch all diesen internen wie auch externen Anforderungen gerecht zu werden.

In der Begegnung mit internen oder externen Anforderungen finden nach Lazarus und Folkman Bewertungs- und Bewältigungsprozesse statt. Auf dem Weg der Bewertungsprozesse gibt es die primäre und die sekundäre Bewertung. Die primäre Bewertung stellt die Entscheidung der Person dar, ob die Situation potentiell als schädlich oder nicht schädlich bewertet wird. Die sekundäre Bewertung schließt ein, ob die Person ihre verfügbaren Ressourcen (Bewältigungsfähigkeiten und Bewältigungsmöglichkeiten) für das Zurechtkommen mit der Situation als ausreichend oder nicht ausreichend bewertet.

Die Theorie umreißt zwei Hauptformen der Bewältigung: Problemzentrierte und emotionszentrierte Bewältigungsversuche. Unter problemzentrierten Bewältigungsversuchen sind Bewältigungsstrategien zu verstehen, die eine Veränderung in der Anforderungssituation hervorrufen wollen, die aber auch dann wirksam sein können, wenn die Umwelt eine Manipulation zulässt. Emotionszentrierte Bewältigung schließt interne Strategien ein, die eine Person anwenden kann, um den Emotionsgehalt eines Ereignisses in der Umwelt für sich zu ändern. Das Ergebnis dieser Bewältigungsversuche führt zu einer Neubewertung der Situation, die sich dann beim nächsten Mal auf die primäre Bewertung auswirkt und zur direkten Bewertung der Situation als schädlich bzw. als nicht schädlich führt.

Die Effektivität jeder Strategie hängt von den Bewältigungsfähigkeiten und verfügbaren Bewältigungsmöglichkeiten der Person ab. Unter Bewältigungsfähigkeiten sind eigene Ressourcen zu verstehen, die eine Person als Erfahrung aus vorangegangenen Anforderungssituationen gesammelt hat. Sie bestimmen bei jeder neuer Anforderung, ob eine Person sich davon überbeansprucht fühlt oder die Anforderungen als wenig stressend bewertet und demnach bei den Anforderungen intensive Symptome entwickelt oder sie bewältigt. (Hammer und Marting, 1988). Hingegen wird unter Bewältigungsmöglichkeit eine interne wie auch externe Reaktion der Person verstanden, die hinsichtlich eines bestimmten Stressors, in einem bestimmten Kontext vorkommt. (Pearlin & Schooler, 1978).

Zusammenfassend kann nach der transaktionalen Theorie nach Lazarus gesagt werden: Eine Person kann einen Stressor als eine Bedrohung, einen Verlust oder Schaden oder aber als eine Herausforderung bewerten. Diese Bewertung wird durch die Wahrnehmung sozialer und personaler Ressourcen beeinflusst und steht in einem direkten Zusammenhang zur Intensität des erlebten Stresses.



### 1.4.3.2. Die Theorie der erlernten Hilflosigkeit nach Seligmann

Nach Seligman (1975) entwickelt der Mensch in den von ihm als unkontrollierbar erlebten Situationen das Gefühl, diesen Situationen hilflos ausgeliefert zu sein. Dieser Zustand hat Auswirkungen auf die kognitiven, emotionalen und motivationalen Fähigkeiten des Menschen, und führt beim wiederholten Auftreten zu dem Phänomen der „erlernten Hilflosigkeit“, wobei dieses Gefühl sich auf andere Situationen verallgemeinert. Nach der Theorie der erlernten Hilflosigkeit lernt der sich als hilflos erlebte Mensch allmählich, dass zwischen seinem Verhalten und unkontrollierbaren Situationen keine Verbindung besteht.

In späteren Modifizierungen dieser Theorie nehmen Abramson, Seligman und Teasdale (1978) Bezug auf Attributionstheorien. Dabei wird dann angenommen, dass die Ursachenzuschreibung nicht von unkontrollierbaren Ereignissen der Situation abhängig sind, sondern davon, wie der Mensch eine Situation wahrnimmt. Die (realistische bzw. unrealistische) Form der Kausalitätszuschreibungen einer Situation wird sich auswirken auf die Wahrnehmung der nächsten Situation, und kann zur Verallgemeinerung des Hilflosigkeitsgefühls führen, je nach dem ob die Hilflosigkeit eher als *stabil* oder *eher als instabil* und eher als *internal* oder *eher external* bewertet wird (woraus nach Seligman, (1975) eine „Hilflosigkeitserwartung“ resultiert). Auch Abramson et.al. (1978) konnten belegen, dass sich das resultierende Gefühl des Kontrollverlustes durch die Attribution als Verbindungsglied auf zukünftige Situationen überträgt.

### 1.4.3.3. Selbstwirksamkeitserwartung nach Bandura

Die Selbstwirksamkeitserwartung stellt als eine stark individualistische und eben mehr westlich orientierte Weltanschauung das zentrale Konstrukt der sozial-kognitiven Theorie Bandura's (1977) dar. Nach Bandura (1981) ist die Selbstwirksamkeitserwartung als Überzeugung einer Person zu definieren, die Fähigkeit und die Fertigkeit zu besitzen, mit Anforderungen positiv umgehen zu können. Sie ist demnach Teil „des organisierten Wissens einer Person über sich selbst“. Dabei unterscheidet Bandura zwischen Ergebniserwartung (die Erwartung, dass ein Verhalten zu einem bestimmten Ergebnis führt) und Selbstwirksamkeitserwartung (die Erwartung, die nötige Fähigkeit und Fertigkeit zu besitzen, um das zu dem erwartenden Ergebnis führende Verhaltens auszuführen). Bei diesen

selbstbezogenen Überzeugungen stehen nicht die gegebenen objektiven Fähigkeiten und Fertigkeiten im Vordergrund, sondern der Glaube, über diesen zu verfügen (vgl. Bandura, 1977<sup>15</sup>). Die Selbstwirksamkeitsüberzeugung steuert die Umsetzung von Fertigkeiten und Fähigkeiten in Handlungssituationen, steht in einem engen Verhältnis zur Entwicklung der sozialen Kognitionen und umfasst spezifische wie auch allgemeine selbstbezogene Überzeugungen.

So betrachtet ist die Selbstwirksamkeitsüberzeugung „kognitiver Bestandteil eines Reaktionssystems“ bei spezifischen Anforderungen, wobei mehrere anforderungsspezifische Selbstwirksamkeitsüberzeugungen in einem Bereich zu einem allgemeinen Kompetenzgefühl führen können (vgl. Bandura, 1998). Selbstwirksamkeitserwartungen können beim Stress die Funktion einer personalen Ressource einnehmen, die einerseits die Einschätzung der Stresssituationen und andererseits deren Bewältigung beeinflussen. Jerusalem & Schwarzer (1992) konnten auch bestätigen, dass während Personen mit einer hohen Selbstwirksamkeitserwartung den herausfordernden Charakter in Anforderungssituationen wahrnehmen, Personen mit niedriger Selbstwirksamkeitserwartung diese eher als Bedrohung und Verlust erleben, da sie sich der eigenen Handlungsmöglichkeiten nicht sicher sind.

Grundsätzliche Voraussetzung für den Erwerb einer stabilen Selbstwirksamkeitserwartung ist die Fähigkeit der Person, Einzelerfahrungen miteinander zu verbinden und sie in das eigene „Selbstsystem“ zu integrieren. Der Theorie nach entwickelt eine Person immer dann Vertrauen in die eigene Kompetenz, wenn ihre „Ergebniserwartung“ und ihre „Selbstwirksamkeitserwartung“ zusammentreffen. Durch Veränderung in der Einschätzung der persönlichen Kompetenz und dementsprechend durch Veränderung in der Erwartung zur Wirksamkeit der eigenen Person verändern sich auch das Verhalten und das psychische Befinden der Person (vgl. Bandura, 1998).

#### **1.4.4. Zusammenfassende Schlussfolgerung für die vorliegende Arbeit**

Wie dargestellt, findet man in der einschlägigen Literatur zur Bewältigungsforschung eine ganze Reihe unterschiedlicher Konzeptionen. Diese Konzeptionen beziehen sich auf Vorgänge und Erscheinungen, die im Zusammenhang mit Problemen der Anpassung der Person in ihrer Umwelt auftreten. Uneinigkeit besteht dabei jedoch in der Frage nach der

---

<sup>15</sup> „Perceived self-efficacy is concerned not with the number of skills you have, but with what you believe you can do with what you have under a variety of circumstances.“ (Bandura, 1977, S. 37).

---

---

Wechselbeziehung von Person und Umwelt<sup>16</sup> (internen und externen Stressoren). Dabei hat sich die Stressforschung im Grunde genommen mit zwei Fragen beschäftigt: Was geschieht in der Interaktion zwischen Person und Umwelt? Und wie kann diese Interaktion gezielt beeinflusst werden?<sup>17</sup>.

Aus den drei hier kurz umrissenen Konzeptionen der Bewältigungsforschung kann zusammenfassend als der gemeinsame Ausgangspunkt abgeleitet werden, dass durch langdauernden schweren Stress, der zur Erschöpfung des Energievorrats des Organismus führt, auch das Risiko für verschiedene Krankheiten und gesundheitsschädigendes Verhalten erhöht wird. Alle drei hier dargestellten Konzepte zielen auf kognitive Prozesse der Person selbst bei der Auseinandersetzung mit Umwelтанforderungen ab und beschreiben dabei die Rolle der Bewertungs- und Bewältigungsprozesse beim wahrgenommenen Stress als eine Wechselwirkung zwischen Person und Umwelt.

Übertragen auf das Leben in der Migration kann in Anlehnung an Schwarzer & Jerusalem (1992) gesagt werden, dass Migration für die Betroffenen einen lebenslangen Prozess darstellt, der von den Betroffenen eine enorme Bewältigungs- und Anpassungsleistung abverlangt. Psychosoziale Krisen, die in der Migration verstärkt auftreten, wirken stark auf die Persönlichkeit, auf psychosoziales Funktionieren, und auf die psychische Gesundheit der Betroffenen. Aus den zitierten Studien und erwähnten Konzeptionen ist anzunehmen, dass die Einschätzung eigener Fähigkeiten und Fertigkeiten bei der Bewältigung der akkulturativen Anforderungen in der Migration eine wesentliche Rolle dabei spielt, ob die Anforderungen als belastend oder als Herausforderung bewertet werden.

Aus der Auseinandersetzung mit den „neuen“ Lebensbedingungen in der Migration werden eigene Fähigkeiten und Fertigkeiten zur Bewältigung ständig in Frage gestellt. In diesem Zusammenhang muss noch erwähnt werden, dass die im Laufe der Sozialisation in einem Kulturkreis sich entwickelnden Fähigkeiten und Fertigkeiten einer Person und ihr Bewältigungsstil<sup>18</sup> in einem Zusammenhang zu betrachten sind mit zentralen Merkmalen des kulturspezifischen Orientierungssystems (Kulturstandards<sup>19</sup>) einer Person innerhalb ihres

---

<sup>16</sup> So zeigt Nitsch (1981), dass im Grunde genommen vier verschiedene Bedeutungen des Stressbegriffes zu Erkennen sind: „Stress als belastendes Ereignis“, „Stress als Reaktion“, „Stress als intervenierende Variable“ und „Stress als transaktionaler Prozess“ (zit. in: Baumann & Perrez, 1998, S. 278).

<sup>17</sup> Die erste Frage wurde als Ausgangspunkt zu einer Reihe von Studien, die sich mit „Stressanalyse“ beschäftigen und die zweite Frage hatte als Folge eine Reihe von Arbeiten, die sich auf „Stresskontrolle“ beziehen (vgl. Nitsch, 1981, S. 30).

<sup>18</sup> Braukmann & Filipp (1984) definieren „Bewältigungsstil“ als eine transsituative und zeitlich stabile Form der Auseinandersetzung mit Belastungen und Belastungssituationen, anhand derer sich Personen typisieren lassen und die syndromatisch ihr Bewältigungsverhalten markieren (S. 17).

<sup>19</sup> Die Kulturstandards einer Kultur bestimmen nach Thomas (1993b) alle zentralen Merkmale des kulturspezifischen Orientierungssystems einer Person innerhalb seines Kulturkreises. Die Kulturstandards sind in äußerliche und zentrale Erscheinungen einzuteilen. Die äußeren Erscheinungen des Kulturstandards zeigen sich

Kulturkreises. Dies würde bedeuten, dass Migrantinnen und Migranten auf dem Akkulturationsprozess sich mit neuen Alltagsanforderungen auseinandersetzen müssen, wobei die früher in einem anderen Lebenskontext erworbenen Bewältigungsstile modifiziert werden müssen, um in Alltagssituationen der Migration eine realistische Auseinandersetzung mit den neuen Umwelterfordernissen zu ermöglichen. Für Migrantinnen und Migranten bedeutet dies, dass sie sich ständig sowohl zu sich selbst wie auch zu der neuen Umwelt in ein neues Verhältnis setzen müssen.

---

in Eßgewohnheiten, Bekleidung, Arbeitsverhalten etc. Die zentralen Kulturstandards umfassen das Wahrnehmungs-, Denk-, Werte- und Handlungssystem einer Person und regulieren die Ursachenzuschreibung des Eigen- und Fremdverhaltens. Somit sind kulturelle Unterschiede theoretisch als Ergebnis des Vorhandenseins unterschiedlicher zentraler Kulturstandards zu verstehen.

---

---

## 1.5. AKKULTURATIONSSTRESS UND EINSAMKEIT

Einsamkeit ist ein komplexes menschliches Gefühl, das plötzlich oder auch im Zeitprozess auftreten kann und sich in körperlichen wie auch psychischen Symptomen äußert. Im Gegensatz zum alltagssprachlichen Gebrauch des Begriffs Einsamkeit, wobei Begriffe wie Einsamkeit und Alleinsein als Synonym verstanden werden, wird in der wissenschaftlichen Literatur von einem positiven und einem negativen Aspekt der Einsamkeit gesprochen. So bezieht sich Einsamkeit nach Schwab (1992) im Unterschied zum Alleinsein (also zu einem Gefühl, das mit „objektiver Isolation gleichgesetzt werden darf“) auf ein subjektives Erleben, das „im Bewusstsein der Betroffenen [...] vor allem das quälende Erleben mangelnder Verbundenheit mit anderen Menschen und die entsprechende Sehnsucht nach befriedigenden, sinngebenden Beziehungen“ (Schwab, 1992, S. 148) hervorruft. Alleinsein wird hingegen als Möglichkeit zum „Selbstsein“ und zur „Ich-Findung“ betrachtet (Elbing, 1991). Diese Unterscheidung ist nach Elbing deshalb sehr wichtig, weil man so vermeidet, dass die Einsamkeit „ausschließlich als pathologische Daseinsform“ verstanden wird.

Die Einsamkeit wird zu einem stark belastenden Gefühl innerer Vereinzelung, wenn die Betroffenen ihr Leben dadurch stark beeinträchtigt sehen und aus eigener Kraft keinen Ausweg daraus finden können. Der sich einsamühlende Mensch äußert dann psychische wie auch körperliche Symptome, die mit vielen Formen psychischer Störungen positiv korrelieren (Hojat, 1983). Nach Doering (1994) sind verschiedene Ansätze in der empirisch-wissenschaftlichen Einsamkeitsforschung sich darin einig, dass für die Entstehung der Einsamkeit drei zentrale Auslöser in Betracht kommen:

- Ein belastendes Gefühl des Allein-Seins,
- Ein belastendes Gefühl der Isolation und
- Eine belastende Sozialbeziehung.

Der kognitive und attributionstheoretische Ansatz versteht die Einsamkeit als Resultat subjektiv wahrgenommener Defizite im sozialen Kontakt, zieht dafür die subjektive Bewertung der Person selbst über seine sozialen Bindungen als maßgebend in Betracht und stellt die Rolle des sozialen Netzwerkes der Person nicht in den Vordergrund (vgl. Elbing, 1991). Wie Schwab (1997) feststellte, sind es die Kausalattributionen und Kontrollüberzeugungen der Person, die zur Entstehung von Einsamkeitsgefühlen beitragen. Das bedeutet für die Migrantinnen und Migranten, je tiefer die Verwurzelung erlebt wird und je schwerer die Einbettung in die neue Umwelt empfunden wird, desto schwerwiegender die Einsamkeitsgefühle der Person werden. Hierbei führt die mangelnde Kontrollüberzeugung der

Person dazu, dass die sozialen Beziehungen als unkontrollierbar empfunden werden, was dann als Folge zu mehr Einsamkeitsgefühlen führt.

In der einschlägigen Literatur findet man hinsichtlich der Dimensionen der Einsamkeit zwei Standpunkte. Während Russel (1982) die Einsamkeit als ein einheitliches Phänomen bzw. als ein eindimensionales Konstrukt betrachtet, umfassen Sadler und Johnson (1980) die Einsamkeit als ein multidimensionales Phänomen und unterscheiden zwischen kosmischer, kultureller, sozialer und interpersonaler Einsamkeit (vgl. Schwab 1987). Analog zu den genannten Dimensionen der Einsamkeit zählt Schwab (1997) noch eine andere Dimension dazu: „Einsamkeit als Folge einer Unfähigkeit zum Alleinsein“.

Menschen sind darauf angewiesen, Beziehungen zu anderen Menschen aufzubauen. Das soziale Netzwerk einer Person stellt die wichtigsten Ressourcen für emotionale wie auch soziale Beziehungen dar (vgl. Thomas, 1991) und kann als eine normative Ressource eine der wichtigsten Formen der Stressbewältigung im Zusammenleben mit anderen Menschen anbieten (Schwarzer & Leppin, 1989). Jedoch ergibt sich die Einsamkeit aus kognitions- und attributionstheoretischer Sichtweise als Resultat von subjektiv wahrgenommenen Defiziten im sozialen Kontakt. Dabei spielen die Qualität und Intensität der objektiven Einbettung der Person innerhalb seines sozialen Netzwerkes nicht die wesentliche Rolle, sondern die subjektive Bewertung der Person selbst über seine soziale Bindung ist für das Gefühl der Einsamkeit maßgebend (vgl. Elbing, 1991). Eine Trennung von vertrauten sozialen Bezugspersonen und der Wechsel in eine neue Umwelt ist so oft in der Literatur über Migration mit einem Entwurzelungs- und Adaptionstress benannt worden. Die Gefahren einer Vereinsamung als Folge dieser Trennung und als Folge einer nicht bestehenden subjektiven wie auch objektiven Einbettung in den sozialen Netzwerken haben sich bei iranischen Migrantinnen und Migranten als sehr hoch erwiesen (Rahrakhshan, 1996). Als sehr belastend zeigten sich dabei die Dimensionen der kulturellen und emotionalen Einsamkeit.

Neben dem fehlenden sozialen Netzwerk in der Migration, stellt die gesellschaftliche Ablehnung einen besonderen Aspekt dar, der besonders schwer zu verkraften ist. Die Migrationsforschung zeigt, dass selbst eine längere Aufenthaltsdauer in Deutschland nicht bedeutet, dass die Migrantinnen und Migranten sich stärker nach Deutschland als Identifikationsquelle orientieren würden (vgl. Schwarzer, Lange & Jerusalem, 1981) und sich ihr sozialer Kontakt mit der Gesellschaft verbessert.

#### 1.6. THEORETISCHER HINTERGRUND UND ABLEITUNG DER FORSCHUNGSHYPOTHESEN

---

---

Wie bereits aus den vorangegangenen Abschnitten deutlich wurde, spielen Attributions- und Bewältigungsstile bei der Auseinandersetzung mit belastenden Ereignissen eine zentrale Rolle. Im Rahmen der Klinischen Psychologie sind diese Konzeptionen vielfältig und hinsichtlich verschiedener Bevölkerungsgruppen untersucht worden (allein in dem PSYINDEX sind über 2000 Publikationen katalogisiert). Dabei zeigt die Bewältigungsforschung auf besondere Bedeutung der Bewertungs- und Bewältigungsprozesse beim Entstehen des Stresses hin. Der transaktionale Ansatz von Lazarus z.B. zeigt, dass sich Stress als Folge eines Ungleichgewichts zwischen externen bzw. internen Anforderungen und den Ressourcen einer Person konstituiert, wobei auf die besondere Rolle der Kausalattributionen einer Person beim Zustandekommen dieses Ungleichgewichtes und bei Bewältigung emotionaler Reaktionen in Stresssituationen hingewiesen wird. Des Weiteren zeigt die Forschung, dass nicht der Stress an sich, sondern das Leben unter Dauerstress zu einem wichtigen Faktor zur Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen wird. Auf der Grundlage des transaktionalen Stressmodells von Lazarus schreibt Han (2000) hinsichtlich des Lebens unter Dauerstress:

„ (...) Akkulturationsstress, der das spezifische Verhältnis der Migranten zu ihrer neuen soziokulturellen Lebensumwelt zum Ausdruck bringt, in der sie sich in ihren individuellen Ressourcen bei der Bewältigung der anfallenden Akkulturationsaufgaben überbeansprucht und daher in ihrem psychosozialen Wohlbefinden bedroht fühlen. Das Stressempfinden der Überbeanspruchung ergibt sich dabei aus den allgemeinen Trennungs-, Umstellungs-, Anpassungs- und Lernanforderungen im Akkulturationsprozess. Migranten sind deswegen besonders stressanfällig, weil sie einerseits erkennen müssen, dass ihre alten Coping-Strategien zur Lösung neuer Probleme nicht brauchbar geworden sind, und ihnen andererseits noch nicht genügend neue Coping-Strategien zur Verfügung stehen. Die Folgen dieser Situation sind oft psychosomatische Beschwerden und Erkrankungen, deren adäquates Verständnis jedoch eine nähere Betrachtung der angedeuteten vielschichtigen Anforderungen durch den Akkulturationsprozess voraussetzt“ (S. 204).

Im Sinne der kognitiven Theorien<sup>20</sup> in der Klinischen Psychologie kann hinsichtlich der Rolle und der Bedeutung der hier abgehandelten Konzeptionen und bezugnehmend auf Prozesse der Akkulturation noch hervorgehoben werden, dass bestimmte grundlegende Bewertungsmuster der Migrantinnen und Migranten im Sinne absolutistischer Gedanken (die Rational-Emotive Verhaltenstherapie (REVT) nach Ellis), fehlerhafter Wahrnehmung und Interpretation der Realität (die Kognitive Therapie nach Beck) und die Rolle bestimmter Selbstverbalisationen in konkreten Situationen (das Stressimpfungstraining nach Meichenbaum) direkte Konsequenzen für das Selbstkonzept der Person und für ihr Verhalten im sozialen Kontakt

---

<sup>20</sup> Kognitive Theorien basieren auf der Annahme, dass Situationen nicht automatisch Reaktionen hervorrufen. Vielmehr befassen sich „attributionale Konzeptionen“ mit vorauslaufenden Bedingungen von Ursachenzuschreibungen bzw. Situationsgegebenheiten (Attributionstheorien) und mit Konsequenzen von Attributionen als „attributionale Theorien“ (vgl. Försterling 1986) für das psychische Befinden der Menschen.

haben und ihr psychisches Befinden bestimmend beeinflussen. Bei diesen Theorien steht die Frage nach angemessenen, unangemessenen bzw. rationalen, irrationalen bzw. funktionalen, dysfunktionalen Gedanken und Einstellungen im Vordergrund. Die Schwierigkeit bei der Unterscheidung zwischen angemessenen und unangemessenen Bewältigungsstilen<sup>21</sup> in der Auseinandersetzung mit akkutativem Stress zeigt sich darin, dass Migrantinnen und Migranten die in der neuen Umwelt geltenden angemessenen und unangemessenen Verhaltensweisen erst im Laufe einer langen Auseinandersetzung mit den neuen Umweltaforderungen lernen müssen, wobei das früher als angemessen oder unangemessen Erlernte das neue Lernen behindern kann.<sup>22</sup>

Thomas (1993b) fasst in diesem Zusammenhang die Ergebnisse aus der Forschung über Akkulturationsbelastungen in Abhängigkeit von psychischen Anforderungen zusammen und stellt fest, dass der Grad der Akkulturationsbelastung nach einer Phase der psychologischen Eingewöhnung rapide ansteigt, die dann zu einer „Anpassungskrise“ führen kann. Dies würde in Anlehnung an Schönplflug (1994) bedeuten: In der Anfangsphase der Migration werden die Unterschiede im Sinne der Kulturstandards nicht so stark wahrgenommen. Mit zunehmendem Kulturkontakt nehmen aber die Anforderungen zu und erfordern ständig neue Anpassungsleistungen. Hierbei kommen sowohl die migrationsspezifischen Anforderungen der Aufnahmegesellschaft (sozialrechtliche, ökonomisch-politische Gegebenheiten, aber auch Akzeptanz und Integrationsbereitschaft der Aufnahmegesellschaft) als auch die vorhandenen Ressourcen der Migrantinnen und Migranten in Betracht.

Somit liegt hier die Vermutung nah, dass es in Begegnungssituationen, in denen Migrantinnen und Migranten mit Mitgliedern und Institutionen der Aufnahmegesellschaft aufeinander treffen, aufgrund intensiver Wahrnehmung unterschiedliche Kulturstandards zur Modifizierung bzw. Bildung von unangemessenen Kausalattributionen, zur Entstehung bzw. zur Aufrechterhaltung von dysfunktionalen Kognitionen bzw. Verhaltensweisen kommen kann, die dann aufgrund ihres dysfunktionalen Charakters im Sinne Ellis's (1977) Rational-Emotive Verhaltenstherapie, in ihrem Verlauf die Beziehung der Migrantinnen und Migranten zu der Aufnahmegesellschaft dysfunktional beeinträchtigen und psychisches Leiden

---

<sup>21</sup> Mit angemessenen bzw. unangemessenen Kausalattributionen sind hilfreiche, zielführende bzw. nicht hilfreiche, nicht zielführende Attributionen gemeint (vgl. Wilken, 1998).

<sup>22</sup> Da die Indoktrination von irrationalen bzw. rationalen Bewertungsmustern zunächst im Laufe der ersten kulturspezifischen Sozialisation durch gesellschaftliche Institutionen erfolgt und sich während des gesamten Lebens fortsetzt, eben weil die gesellschaftlichen Institutionen und insbesondere die Massenmedien dies aufrechterhalten wollen (vgl. Wilken, 1998), stellt sich die Frage, ob die so erworbenen Kausalattributionen bzw. Bewältigungsstrategien einer Person sich modifizieren lassen, wenn die äußeren Bedingungen sich radikal ändern, oder vielleicht hat sich die Selbstindoktrination des Individuums so verfestigt, dass eine Änderung nicht zugelassen wird.



---

---

hervorrufen, die dann einen chronischen Charakter finden und zu psychischen Störungen führen können.

Wie alle andere Migrantinnen und Migranten stehen auch die iranischen Migrantinnen und Migranten in einem Spannungsfeld zwischen zwei Kulturen, die ihnen in mancherlei Hinsicht fremd sind. Es ist somit zu vermuten, dass es nicht immer einfach möglich ist, ein Gefühl interner Stabilität, also ein günstiges Selbstkonzept zu haben bzw. das Entwickelte aufrechtzuerhalten<sup>23</sup>. Es ist aus der Forschung bekannt, dass sich das Selbstkonzept im Laufe der Sozialisation bildet und durch Prozesse der Selbstbestätigung und Selbstverwirklichung aufrechterhalten wird. Diese Prozesse sind an die soziale und materiale Umwelt der Person gebunden. Durch veränderte Bedingungskonstellationen zwischen „gegenständlicher, sozialer und personaler Umwelt“ in der Migration (vgl. Thomas 1993b) wird die Selbstwirksamkeitserwartung und Selbstbestätigung zumindest in der Anfangsphase der Migration in Mitleidenschaft gezogen. Hier stellt sich wiederum die Frage nach unterschiedlichem Umgang mit dieser Situation. Die Rolle von Attributions- und Bewältigungsstil bekommt hierbei eine erhebliche Bedeutung.

Die klinischpsychologische Migrationsforschung ist sich darin einig, dass für das Leben in der Migration einerseits die Migrationsgründe bzw. Migrationsmotive (z.B. Croply & Luthken, 1994) und andererseits die Migrationsumstände und Verlaufphasen der Migration in der Aufnahmegesellschaft (z.B. Garza-Guerero, 1974) eine zentrale Rolle dabei spielen, wie die Migrantinnen und Migranten der gravierenden Umstellung ihres Lebens entgegenzutreten. Des Weiteren zeigen andere Forschungsergebnisse, dass eine Begegnung der Migrantinnen und Migranten mit der Aufnahmegesellschaft durch unterschiedliche Kulturstandards (Thomas, 1993a), durch vorherrschende sozialrechtliche wie auch politisch-gesellschaftliche Bedingungen der Aufnahmegesellschaft (z.B. Wipfler, 1986, Nuscheler, 1995, Mehari, 1995) und durch spezifische Anforderungen der Akkulturation (Berry, 1980) erschwert wird, wobei Spannungszustände entstehen, die das Leben der Betroffenen von einem Dauerstress beschatten (z.B. Masumbuku, 1996). Die Auseinandersetzung mit diesem Dauerstress führt immer wieder zur neuen akkulturativen Krisen (Berry, 1988).

Wie bereits unter 1.2. dargestellt, stellen Berry & Kim (1988) hinsichtlich des Umgangs mit Anpassungsanforderungen vier Einstellungsmöglichkeiten von Migrantinnen und Migranten gegenüber der Aufnahmegesellschaft fest, die jeweils unterschiedlich das psychische

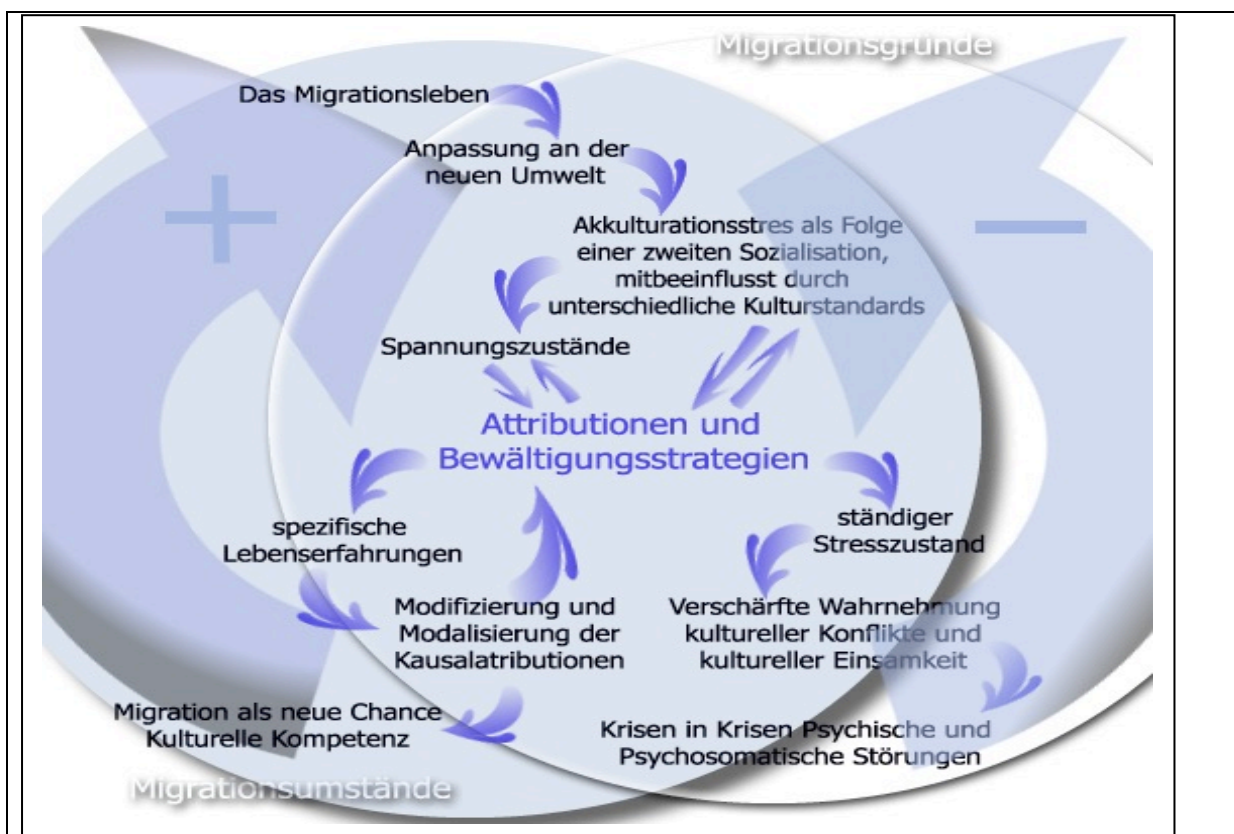
---

<sup>23</sup> Die Bildung des Selbstkonzepts geschieht (nach Zimbardo, 1995) auf der Grundlage von Kognitionen über die eigene Person und die ihrer Umwelt. Als Quelle zur Bildung, Aufrechterhaltung und Veränderung des Selbstkonzepts gelten Selbstbeobachtung, Fremdbeobachtung und direkte versus indirekte Rückmeldungen der Umwelt.

Befinden der Migrantinnen und Migranten beeinflussen. Berry hatte bereits 1980 formuliert, dass zwischen Integration, Assimilation und psychischer Gesundheit ein Zusammenhang in der Form besteht, dass integrierte Migrantinnen und Migranten weniger psychische Belastung zeigen als die assimilierten.

Es ist hierbei anzunehmen, dass funktionale (zielführende) Bewältigungsstrategien und angemessene Attributionen gegen die Spannungszustände wirken, wodurch sich im Laufe der Migration bei den Betroffenen spezifische Lebenserfahrungen herausbilden. Diese Lebenserfahrungen wirken wieder ihrerseits bei der Modifizierung und Modalisierung der Kausalattributionen mit. Durch so erworbene persönliche wie auch interkulturelle Kompetenzen wird die Migration als neue Chance betrachtet werden können, die dann wiederum positiv auf die Einstellung der Person gegenüber der Aufnahmegesellschaft zurückwirkt (Integration). Verfügen Migrantinnen und Migranten über wenig funktionale Bewältigungsstrategien und einen starren unangemessenen Attributionsstil, so können diese Spannungszustände zu immer wiederkehrenden Krisen führen, die das psychische Befinden des Migrantinnen und Migranten stark in Mitleidenschaft ziehen können.

Die Abbildung 1.7. soll das Beschriebene in einem Bild veranschaulichen.



*Abbildung 1.6.:* Die Rolle des Attributions- und Bewältigungsstils bei der Auseinandersetzung mit dem Akkulturationsstress und deren Auswirkung auf die Anpassung an die neue Umwelt in der Migration

Darin ist zu sehen, dass das Leben in der Migration von Anfang an mit Anpassungsanforderungen verbunden ist. Die wichtigste Aufgabe der Migranten besteht also darin, sich in die neue Umwelt zu integrieren, um zunehmend auch am gesellschaftlichen Leben teilhaben zu können. Auf diesem Weg entsteht als Folge der Anpassung Akkulturationsstress, der mit beeinflusst wird durch mitgebrachte und durch die in der Aufnahmegesellschaft vorhandenen Kulturstandards, die zum Teil auch große Unterschiede zueinander aufweisen (z.B. Individualität/Gemeinschaft). Als Folge der Auseinandersetzung mit Akkulturationsstress entstehen Spannungszustände, denen die Migranten mit bestimmten Attributions- und Bewältigungsstilen begegnen. Dabei kann das Leben in der Migration zwei Wege einschlagen: Dauerstress und spezifische Lebenserfahrungen. Der erste Weg führt dazu, dass kulturelle Konflikte immer in den Vordergrund gestellt und das Leben am Rande der Gesellschaft verstärkt wird, wobei der zweite Weg zur Modifizierung und Modalisierung der Ursachenzuschreibungen und demzufolge zur Wahrnehmung der Migration als neue Chance führen kann. Je nachdem welche Orientierung gegeben ist, wirken diese Wege auf Anpassungsleistungen der Betroffenen in der neuen Umwelt zurück und bestimmen die Integration bzw. Segregation.

Wie dargestellt, besagt die Grundannahme der Attributionstheorien, „dass Menschen motiviert sind, ein realistisches Bild von den kausalen Beziehungen in ihrem Lebensraum zu entwickeln, da dadurch eine funktionale Auseinandersetzung mit den Umwelterfordernissen ermöglicht wird.“ (Försterling, 1986). Es wird weiter angenommen, dass dysfunktionales Verhalten und Fühlen aufgrund unrealistischer Kausalzuschreibungen entsteht und aufrechterhalten wird. Dysfunktionales Verhalten führt allmählich dazu, dass ein Gefühl der Hilflosigkeit entsteht. Aus der Forschung ist bekannt, dass Gefühle der Hilflosigkeit bei der Entstehung einer Reihe psychischer Störungen mitbeteiligt sind.

### **1.6.1. Ziele dieser Untersuchung**

Im Rahmen dieses Forschungsvorhabens sollen unter Einbezug eines geeigneten Messinstrumentariums und Fallbeispielen aus der psychologischen Praxis fördernde wie auch hemmende subjektive Faktoren herausgearbeitet werden, die als (funktionale oder dysfunktionale) Attributions- und Bewältigungsstile bei der Auseinandersetzung mit den Umwelterfordernissen in der Migration das psychischen Befinden beeinflussen können (neben psychosozialen Belastungsfaktoren, die bei Migrantinnen und Migranten zu Konflikten und Benachteiligungen hinsichtlich ihres Lebens in der Migration führen). Dabei sollen vor allem Persönlichkeitsmerkmale bei der Bewältigung der in der Migration gegebenen Realität des alltäglichen Lebens in den Vordergrund gestellt werden. Auf diesem Weg sollen sozialpsychologische und persönliche Schwierigkeiten der Migrantinnen und Migranten auf dem Prozess der Akkulturation und die dadurch entstehenden psychischen Belastungen

diskutiert werden. Dabei soll der besondere Zusammenhang zwischen Attributions- und Bewältigungsstil einerseits und dem Akkulturationsstress andererseits erforscht werden. Die Ergebnisse dieser Studie können zu einer weniger leidvollen Umgangsweise mit persönlichen, familiären und sozialen Konflikten in der Migration mittels Erkenntnis über dysfunktionale Attributions- und Bewältigungsstile beitragen.

*Das Fernziel dieser Arbeit ist:* Durch die Analyse der subjektiven Theorien der Betroffenen über die Entstehung und Bewältigung ihrer psychischen Probleme sollen Erkenntnisse für die Beratung und Therapie psychisch belasteter Iranerinnen und Iraner in Deutschland erarbeitet werden.

---

---

## 1.6.2. Hypothesen

Ausgehend von der stresspsychologischen Migrationsforschung und basierend auf der Grundlage kognitiver Theorien und Modelle in der Klinischen Psychologie können die zentralen Themen dieser Dissertation, also die Frage nach der Bedeutung des Attributions- und Bewältigungsstils wie auch deren Einfluss auf das psychische Befinden der Migrantinnen und Migranten auf Prozesse der Akkulturation untersucht werden.

*Hypothese 1:* Iranische Migrantinnen und Migranten in Deutschland *mit* psychischen Störungen unterscheiden sich von Iraner(inne)n *ohne* psychische Störungen hinsichtlich ihres Attributionsstils.

*Hypothese 2:* Iranische Migrantinnen und Migranten in Deutschland *mit* psychischen Störungen unterscheiden sich von Iraner(inne)n *ohne* psychische Störungen hinsichtlich ihres Bewältigungsstils.

*Hypothese 3:* Iranische Migrantinnen und Migranten in Deutschland *mit* psychischen Störungen unterscheiden sich von Iraner(inne)n *ohne* psychische Störungen hinsichtlich ihrer Einstellungen und Meinungen über die Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen und über Bedingungen der psychischen Gesundheit.

*Hypothese 4:* Die Dauer der Migration und der Grad der sozialen Einbindung stehen in einem Zusammenhang mit dem psychischen Befinden der Migrantinnen und Migranten.

*Hypothese 5:* Die Attributions- und Bewältigungsstile der Migrantinnen und Migranten stehen in einem Zusammenhang mit ihrem Akkulturationsgrad.

## 2. METHODE

### 2.1. KRITERIEN ZUR WAHL DER METHODE UND DER STICHPROBE

Ausgehend von den Hypothesen der Untersuchung und in Anbetracht der wichtigen Kriterien wie Zeitaufwand und Isolierung von Einflüssen durch Interviewer (vgl. Friedrichs, 1980) habe ich mich zur Erhebung der Hauptdaten der vorliegenden Untersuchung für eine Fragebogenerhebung entschieden, um möglichst viele Befragten mit dem gleichen Messinstrument über die Gesamtheit der Problematik zu erfassen.

Zur Überprüfung der Hypothesen dieser Untersuchung ist es nötig, dass verschiedene Variablen in der Unterscheidung zwischen iranischen Migrantinnen und Migranten mit und ohne psychische Störungen überprüft werden. So hat innerhalb desselben Zeitraums auch eine klinische Stichprobe aus zehn iranischen Patienten einer psychologischen Praxis den Fragebogen ausgefüllt. Zudem ist über sie eine zusätzliche Dokumentation geführt worden, die bei der Beschreibung und Diskussion der Befunde berücksichtigt werden.

Bei der Wahl der Stichproben habe ich folgende Kriterien für wichtig gehalten:

*Alter:* Die Befragten sollten mindestens 18 Jahre alt sein. Diese Einschränkung resultiert daraus, dass die sozialisations- und kulturbedingten Einflüsse in der Erziehung die Persönlichkeit des Menschen in der Kindheit und der Jugendzeit stärker prägen. Daher sollten in dieser Untersuchung Personen vorkommen, die ihre Sozialisation unter den kulturellen Gegebenheiten im Iran durchlaufen haben.

*Staatsangehörigkeit:* In der Untersuchung sollten Daten über Iraner(inn)en in Deutschland einfließen, unabhängig von ihrer jetzigen Staatsangehörigkeit (nach dem neuen im Jahre 2000 eingeführten Einbürgerungsgesetz haben auch viele Iraner(inn)en die deutsche Staatsangehörigkeit erworben).

*Aufenthaltsstatus:* Da der Einfluss der *Aufenthaltsdauer* in der Untersuchung erfasst werden sollte, schien es sinnvoll, dass hierbei keine Einschränkungen gemacht werden.

*Soziale und berufliche Integration:* Es sollten sowohl die Personen in die Stichprobe aufgenommen werden, die durch Migration einen sozialen Abstieg erlebt haben, wie auch diejenigen, bei denen das Leben in der Migration einen sozialen Aufstieg mit sich brachte.

*Diagnose:* Bei der Auswahl der Skala zur Erfassung der psychischen Beschwerden sollte darauf geachtet werden, dass alle relevanten Störungsbilder in der Praxisarbeit erfasst werden konnten. Meine bisherigen Erfahrungen mit iranischem Klientel und Erfahrungen anderer Autoren (z.B. Klingefeld, 1994) zeigen, dass Anpassungsstörungen, affektive Störungen (in

erster Linie Depressionen), Angststörungen und psychosomatische Störungen die häufigsten beobachtbaren klinischen Störungen bei Migrantinnen und Migranten sind.

Die folgende Darstellung soll einen Überblick über den gesamten Aufbau und Verlauf der vorliegenden Untersuchung vermitteln.

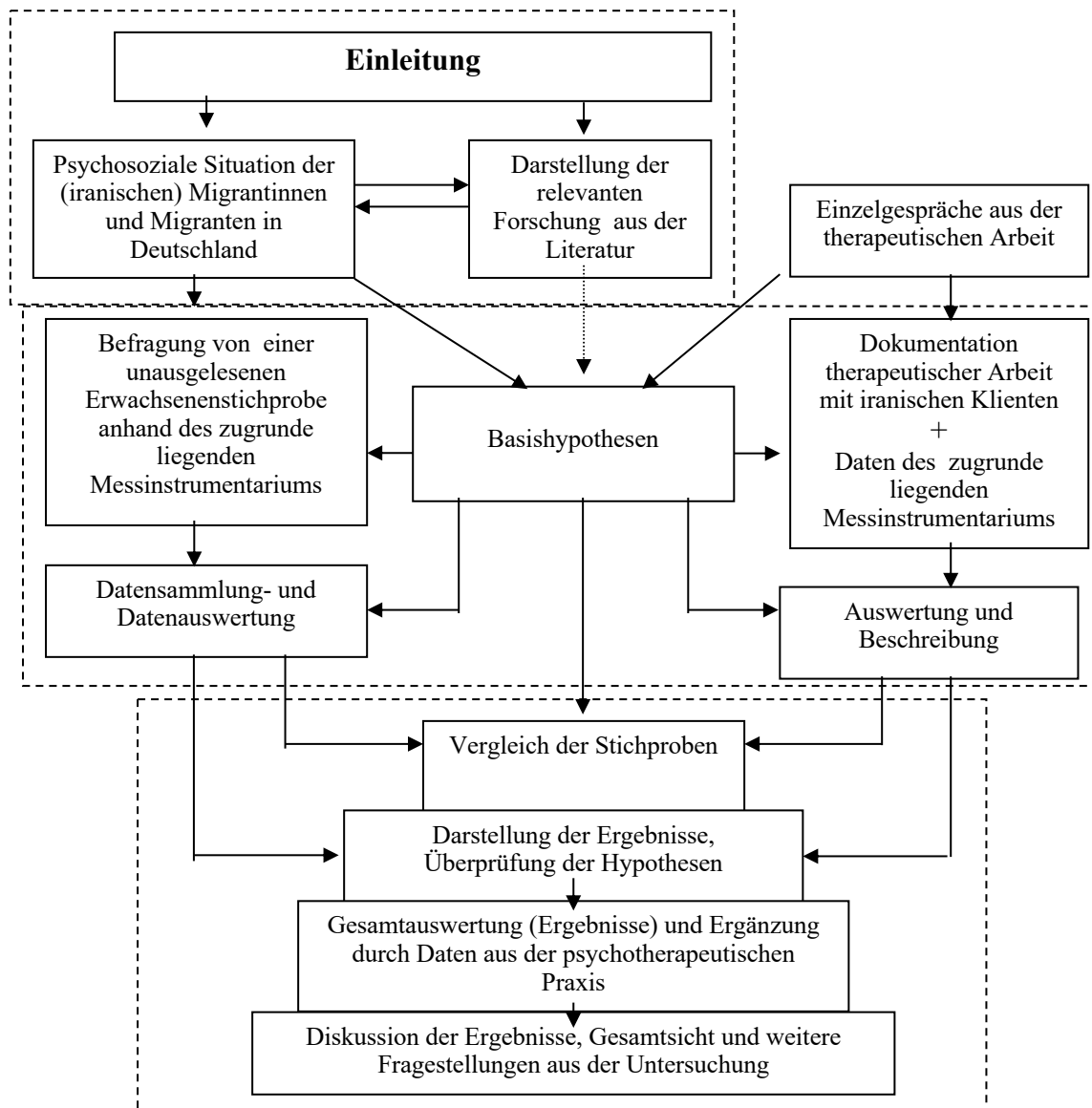


Abbildung 1.7.: Schematische Darstellung des gesamten Aufbaus und Verlaufs der vorliegenden Arbeit

---

---

## 2.2. ENTWICKLUNG UND ZUSAMMENSETZUNG DES MESSINSTRUMENTS

Die vorliegende Arbeit zielt darauf ab, ein breites Bild von psychischem Befinden iranischer Migrantinnen und Migranten nachzuzeichnen und dabei die Rolle der Attributions- und Bewältigungsformen dieser Migrantengruppe bei der Auseinandersetzung mit Akkulturationsstress zu untersuchen. So ist an der Entwicklung bzw. Zusammensetzung eines Messinstruments gearbeitet worden, welches aus sieben Skalen bzw. Einzelfragebögen besteht und folgende Bereiche abfragt:

- Psychische Symptombelastung
- Attributionsstil
- Bewältigungsstil
- Ursachen- und Krankheitsverständnis über Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen
- Grad der sozialen Einbindung bzw. der Akkulturation
- Einsamkeitsgefühle
- Momentane psychosoziale Konflikte (Akkulturationsstress)

Zur Erfassung des großen Teils der oben erwähnten Bereiche existieren im deutschsprachigen Raum standardisierte und im klinischen Alltag erprobte Fragebögen, die für diese Untersuchung zum Einsatz kamen. Dem Einsatz dieser standardisierten Tests lagen folgende Überlegungen zugrunde:

- Es besteht somit die Möglichkeit eines Vergleiches mit Datenbeständen aus den jeweiligen standardisierten Tests.
- Da das Messinstrumentarium in die persische Sprache übertragen wird, werden die hierbei in persischer Sprache übertragenen und erprobten Skalen zur Verfügung stehen, die auch für weitere Erhebungen in der klinischen Arbeit mit der Zielpopulation dieser Untersuchung nützlich sein können.

Neben diesen standardisierten Fragebögen sind noch weitere Skalen bzw. Items zu konstruieren gewesen, die zur Beantwortung der Fragen bzw. zur Überprüfung der Hypothesen notwendig waren. Die Tabelle 2.1. gibt einen Überblick über einzelne Skalen des so zusammengesetzten Messinstruments.

Tabelle 2.1.: Überblick über das verwendete Messinstrumentarium



### *Standardisierte Fragebogen*

- **KKG:** Fragebogen zur Erhebung von Kontrollüberzeugungen zur Krankheit und Gesundheit; Lohaus & Schmidt, 1989) **(21 Items)**
- **SCL-90R:** momentane Beschwerden (Franke, 1995) **(90 Items)**
- Multidimensionale Einsamkeit, gek. **(5 Items)**
- **SVF:** Bewältigungsstil (Stressverarbeitungsfragebogen; Janke, Erdmann & Kallus, 1985) **(114 Items)**
- **FKK:** Attributionsstil (Fragebogen zu Kompetenz und Kontrollüberzeugung, Krampen, 1991) **(32 Items)**

### *Selbstkonstruierte Skalen bzw. Items*

- Soziodemografische Daten **(10 Items)**
- Subjektive Einschätzung des Grads der Akkulturation der eigenen Person **(9 Items)**
- Ergänzende Fragen: Beruf in Deutschland, Migrationsdauer, Migrationsmotive, Aufenthaltsstatus, soziale Kontakte und Informationsaufnahme **(7 Items)**
- Subjektive Sichtweise über Beeinträchtigung des momentanen Lebens der eigenen Person in der Migration, 15 Lebensbereiche mit jeweils fünf zusätzlichen Items **(90 Items)**
- Freie Fragen **(4 Items):**
  - Was erleichtert und was erschwert Ihr Leben in der BRD?
  - Was vermissen Sie im Zusammenleben mit den Deutschen besonders?
  - Was schätzen Sie besonders an den Deutschen?
  - Was sollen Sie an sich selbst ändern, um das Zusammenleben mit den Deutschen zu verbessern?

Im Folgenden werden nun die einzelnen standardisierten wie auch selbstkonstruierten Skalen näher beschrieben.

## **2.2.1. Standardisierte Fragebogen**

### **2.2.1.1. Momentane psychische Beschwerden**

Da bei den Befragten alle Diagnosegruppen vorkommen konnten, war es notwendig, ein standardisiertes Instrument zur Operationalisierung der Variablen zu benutzen, welche organische, psychotische, neurotische wie auch Persönlichkeitsstörungen erfasst. So wurde (auch hinsichtlich der Zeitökonomie) die „Symptom-check-liste- SCL-90-R“ von Derogatis in der deutschen Version von Franke (1995) eingesetzt (s. Fragebogen, Anhang B, Abschnitt V). Dabei handelt es sich um eine weltweit (auch im Iran) in zahlreichen Studien zum

Therapieerfolg und zur Verlaufskontrolle eingesetzte Selbstbeurteilungsskala, die mit ihren 90 Items einen weiten Bereich von Symptomen psychischer Störung erfasst.

Die SCL-90 zeigt das subjektive psychische Befinden der Person während der Woche vor dem Test und eignet sich zur Messwiederholung und zur Therapiekontrolle. Die 90 Items bilden faktorenanalytisch neun Subskalen, aus denen drei weitere Kennwerte abgeleitet werden.

Der GSI (Global Severity Index) gibt Auskunft über die grundsätzliche psychische Belastung. Der PSDI (Positive Symptom Distress Index) misst die Intensität der Antworten und der PST (Positive Symptom Total) gibt Auskunft über die Anzahl der Symptome, bei denen ein Leidensdruck vorliegt. Somit lassen diese drei globalen Indizes Rückschlüsse über das Antwortverhalten der Befragten zu und liefern ein subjektiv skaliertes Symptomprofil. Die durch die SCL-90-R erreichte Symptomlage und derzeitige Befindlichkeit kann eine Entscheidungshilfe für angestrebte Behandlungs- und Beratungspläne darstellen. Die faktorenanalytisch gebildeten neun Subskalen der SCL-90-R erfassen nach Derogatis (1976, zit. in Franke, 1995) folgende Bereiche:

Tabelle 2.2.: Beschreibung der faktorenanalytisch gebildeten Subskalen der SCL-90-R nach Franke (1995)

<b>Somatisierung</b>	12 Items beschreiben einfache körperliche Belastungen bis hin zu funktionellen Störungen.  Personen mit einer hohen Belastung leiden unter Kopfschmerzen, Schwindelgefühlen, Übelkeit oder Magenverstimmung, Atemschwierigkeiten, Muskelschmerzen, Hitzewallungen oder Kälteschauern, Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen, Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen sowie einem Schweregefühl in Armen und Beinen.
<b>Zwanghaftigkeit</b>	Diese Subskala erfasst mit 10 Items leichte Konzentrations- und Arbeitsstörungen bis hin zur Zwanghaftigkeit.  Personen mit hoher Belastung leiden unter immer wieder auftretenden unangenehmen Gedanken und Vorstellungen, Gedächtnisschwierigkeiten, dem Gefühl, dass es schwer fällt, etwas anzufangen, Schwierigkeiten sich zu entscheiden, Leere im Kopf, dem Zwang, immer nachzukontrollieren was, man tut, und der zwanghaften Wiederholung derselben Tätigkeit.
<b>Unsicherheit im Sozialkontakt</b>	Neun Items erfassen leichte soziale Unsicherheit bis hin zum Gefühl völliger sozialer Unzulänglichkeit. Diese Skala bezieht sich auf die subjektive persönliche Unzulänglichkeit und dem Gefühl der Minderwertigkeit in Bezug auf andere Personen. Bei hoher Belastung treten folgende Symptome auf: Allzu kritische Einstellungen gegenüber anderen, Verletzlichkeit, dass andere sie nicht verstehen oder teilnahmslos sind, Minderwertigkeitsgefühle gegenüber anderen, starke Befangenheit im Umgang mit anderen sowie Unbehagen beim Essen und Trinken in der Öffentlichkeit.
<b>Depressivität</b>	Hier beschreiben 13 Items Symptome von Traurigkeit bis hin zur Depression.  Personen mit einer hohen Belastung beschreiben Symptome wie Verminderung ihres Interesses an Sexualität, Energielosigkeit oder Verlangsamung im Denken oder in den Bewegungen, Neigung zum Weinen, Einsamkeitsgefühlen, Schwermut, dem Gefühl der Hoffnungslosigkeit angesichts der Zukunft, dem Gefühl, sich für nichts zu interessieren, dem Gefühl, wertlos zu sein und dem Gefühl, dass alles

	sehr anstrengend ist.
<b>Ängstlichkeit</b>	Diese Subskala beschreibt in 10 Items eine spürbare körperliche Nervosität bis hin zu tiefer Angst.  Personen mit einer hohen Belastung leiden unter innerem Zittern und einer Spannung, plötzlichem Erschrecken ohne Grund, Herzjagen, unter dem Gefühl, gespannt oder aufgeregt zu sein, starker Ruhelosigkeit, Panikattacken und dem Gefühl, dass ihnen etwas Schlimmes passiert.
<b>Aggressivität und Feindseligkeit</b>	Hierbei beschreiben sechs Items Aggressivität mit feindseligen Aspekten, Reizbarkeit, den negativen Gefühlszustand von Ärger und Unausgeglichenheit.  Personen mit einer hohen Belastung berichten über das Gefühl, leicht verärgert zu werden und reizbar zu sein, den Drang, Dinge zu zerschmettern und jemanden zu schlagen, zu verletzen oder ihm Schmerzen zuzufügen. Ferner leiden sie unter der Neigung, immer wieder in Erörterungen und Auseinandersetzungen zu geraten und unter dem Bedürfnis mit Gegenständen zu werfen und laut zu schreien.
<b>phobische Angst</b>	Die sieben Items dieser Subskala beschreiben Gefühlen der Bedrohung bis hin zur massiven phobischen Angst  Personen mit einer hohen Belastung leiden unter der Furcht, alleine aus dem Haus zu gehen, unter Furcht auf der Straße und auf offenen Plätzen, unter der Notwendigkeit, bestimmte Dinge und Orte meiden zu müssen, weil sie durch diese erschreckt werden würden, unter Nervosität, wenn sie alleine gelassen werden, und unter der Abneigung gegen Menschenmengen, z.B. im Kino oder beim Einkaufen.
<b>paranoides Denken (Misstrauen und Minderwertigkeitsgefühle)</b>	Diese Subskala erfasst durch sechs Items Misstrauen, Minderwertigkeitsgefühle sowie starkes paranoides Denken. Personen mit einer hohen Belastung leiden unter dem Gefühl, dass man den meisten Leuten nicht trauen kann, unter dem Gefühl, dass andere an ihren Schwierigkeiten schuld sind, unter dem Gefühl, dass andere sie beobachten oder über sie reden, unter mangelnder Anerkennung ihrer Leistung und unter dem Gefühl, von anderen ausgenutzt zu werden.
<b>Psychotizismus</b>	Durch zehn Items erfasst diese Subskala zwischenmenschliche Entfremdung bis hin zur dramatischen Evidenz psychotischer Episoden.  Personen mit einer hohen Belastung leiden unter dem Auftauchen von Gedanken, die nicht ihre eigenen sind, unter unangenehmen sexuellen Vorstellungen, unter der Vorstellung, dass mit ihrem Körper etwas nicht in Ordnung ist, unter dem Gedanken, dass sie für ihre Sünden bestraft werden sollten und dass irgend etwas mit ihrem Verstand nicht in Ordnung ist.

Derogatis et al. beziehen sich bei der SCL auf eine amerikanische Eichstichprobe von 494 männlichen und 480 weiblichen gesunden Probanden ( $n = 974$ ). Sie beschreiben die interne Konsistenz der Skalen mit  $r_{\min.} = .77$  und  $r_{\max.} = .90$  als gut, und berichten von einer ausreichenden Reliabilität, Konstruktvalidität und durch die MMPI über eine Übereinstimmungsvalidität zwischen  $r = .40$  und  $r = .75$  (Derogatis, 1986, zit. in Franke, 1995).

Die erste deutsche Version der SCL-90-R wurde 1995 von Franke an Universitätsangehörigen überprüft und normiert. Anschließend folgte eine Reihe von Validierungsstudien auf der Basis der Normierung dieser nicht-repräsentativen Stichprobe von Franke. Die testtheoretische Überprüfung und Normierung der SCL-90-R „auf der Basis einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe“ wurde erst von Hessel, Schumacher, Geyer & Brähler (2001)

durchgeführt. Die Autoren berichten von einer sehr guten internen Konsistenz (für GSI:  $\alpha = .97$ ) und teilen weiter in ihrer Kritik an den Normierungsversuchen von Drogatis (1977) und Franke (1995) mit, dass aufgrund der hohen Interkorrelationen wie auch unzureichender faktorieller Validität der Skalen der SCL-90-R eine valide und abgrenzbare Erfassung der Symptombereiche nicht möglich scheint und daher bei der SCL-90-R nicht von einer eindeutigen Skalenstruktur ausgegangen werden kann. So beschränken sich die Autoren auf die Mitteilung von Normwerten nur für die drei globalen Kennwerte (vgl. Hessel et.al., 2001).

Die SCL-90-R wurde bereits 1983 von Mirzai und Bagheri ins Persische übertragen und die erste Validierung des Messinstrumentariums fand an Studenten statt. Seit der ersten Validierung wurde SCL-90-R in zahlreichen an iranischen Universitäten durchgeführten Doktorarbeiten eingesetzt (z.B. in Bagheri, 1988) und kam auch in zwei epidemiologischen Studien zum Einsatz (Motamedi, Nikian & Tazri 1996; Motamedi et. al., 1998). Alle Studien berichten über eine gute bis sehr gute Interne Konsistenz (.90 bis .98), eine ausreichende Reliabilität und Konstruktvalidität. Somit stehen zum Vergleich mit der vorliegenden Untersuchung auch die Daten aus den erwähnten Epidemiologiestudien aus dem Iran zur Verfügung.

#### **2.2.1.2. Einstellungen und Meinungen über Gesundheit und Krankheit**

Zur Erfassung von *Einstellungen und Meinungen über die Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen* wurde der „Fragebogen zur Erhebung von Kontrollüberzeugungen zur Krankheit und Gesundheit (KKG)“ von Lohaus & Schmitt (1989) eingesetzt (s. Fragebogen, Anhang B, Abschnitt IV). Der KKG-Fragebogen besteht aus 21 Items, die in drei Skalen zusammengefasst sind, und die Kontrollüberzeugungen für den Bereich Gesundheit und Krankheit erfassen. Die drei Skalen des KKG sind folgend benannt:

*Internalität*: Gesundheit und Krankheit werden als durch die eigene Person kontrollierbar angesehen. Ein hoher Wert bei der Internalität besagt, dass bei der Person eine entsprechend hohe Handlungsbereitschaft besteht, die Gesundheit zu erhalten und die Krankheit zu überwinden.

*Soziale Externalität*: Gesundheit und Krankheit wird als durch andere Personen, z.B. Ärzte, Pflegepersonal, Bezugspersonen kontrollierbar angesehen. Bei dieser Skala weist ein hoher

Wert daraufhin, dass die Person wenig Eigeninitiative bei Überwindung der Krankheit und Erhalt der Gesundheit zeigt, aber bereit ist die Anweisungen des Arztes zu befolgen.

*Fatalistische Externalität:* Gesundheit und Krankheit wird als nicht kontrollierbar, als zufalls- oder schicksalsabhängig angesehen. Ein hoher Wert auf dieser Skala ist ein Hinweis darauf, dass die Person im Gegenteil zu den anderen zwei Skalen des KKG keine Chance sieht, ihre Gesundheit oder Krankheit irgendwie beeinflussen zu können.

Jede der drei Skalen umfasst 7 Items, die mit Hilfe sechsstufiger Likert-Skalen zu beantworten sind.

### 2.2.1.3. Zur Erfassung von Bewältigungsstrategien

Zur Erfassung von *Bewältigungsstrategien* kommt in dieser Untersuchung der von Janke, Erdmann & Kallus (1985) entwickelte „Stressverarbeitungsfragebogen (SVF)“ zum Einsatz (s. Fragebogen, Anhang B, Abschnitt VII). Das SVF erfasst mit seinen 19 Skalen, die jeweils sechs Items beinhalten individuelle Stressbewältigungsstile bzw. Bewältigungsmaßnahmen in belastenden Situationen. Dabei wird Stress verstanden als ein „psychischer und somatischer Zustand, der als eine länger dauernde und/oder stärkere Abweichung von dem zu einem bestimmten Zeitpunkt (oder Zeitabschnitt) normalerweise gegebenen Erregungsniveau zu kennzeichnen ist“ (Janke et al. 1985, S.7). Die 19 Skalen des SVF erfassen folgende kognitive wie auch verhaltensorientierte Bewältigungsformen:

Tabelle 2.3.: Inhaltliche Beschreibung der Subskalen des SVF nach Janke et.al. (1985)

<i>Bewältigungsformen</i>	<i>Beschreibung</i>
<i>Bagatellisierung</i>	Es wird versucht Stärke, Dauer oder Gewichtung einer Belastung abzuschätzen.
<i>Herunterspielen durch Vergleich mit anderen</i>	Es wird versucht, sich selbst im Vergleich zu anderen geringeren Stress zuzuschreiben.
<i>Schuldabwehr</i>	Die Person betont fehlende Eigenverantwortlichkeit.
<i>Ablenkung von Situationen</i>	Die Person versucht, sich von stressbezogenen Aktivitäten oder Situationen abzulenken.
<i>Ersatzbefriedigung</i>	Die Person wendet sich stärker positiven Aktivitäten oder Stimulationen zu.
<i>Suche nach Selbstbestätigung</i>	Die Person versucht Erfolg, Anerkennung und selbstbestätigende Aktivitäten zu suchen.
<i>Situationskontrollversuche</i>	Dabei wird versucht, die stressbezogenen Situationen zu analysieren, Handlungen zur Kontrolle bzw. Problemlösung zu planen und durchzusetzen.

<i>Bewältigungsformen</i>	<i>Beschreibung</i>
<i>Reaktionskontrollversuche</i>	Dabei wird versucht, die eigenen Reaktionen unter Kontrolle zu bringen.
<i>Positive Selbstinstruktion</i>	Dabei spricht die Person sich selbst Kompetenzen und Kontrollvermögen zu.
<i>Bedürfnis nach sozialer Unterstützung</i>	Dabei wird versucht Aussprache, soziale Unterstützung und Hilfe zu suchen.
<i>Vermeidungstendenz</i>	Dabei nimmt die Person sich vor, Belastungen zu verhindern oder ihnen auszuweichen.
<i>Fluchttendenz</i>	Dabei zeigt die Person die resignative Tendenz, stressbezogenen Situationen zu entfliehen.
<i>Soziale Abkapselung</i>	Dabei zieht sich die Person verstärkt von anderen zurück.
<i>Gedankliche Weiterbeschäftigung</i>	Dabei grübelt die Person über die Ereignisse und kann sich gedanklich nicht davon lösen.
<i>Resignation</i>	Dabei zeigt die Person eine Tendenz zum Aufgeben, begleitet mit den Gefühlen der Hoffnungs- und Hilflosigkeit.
<i>Selbstbemitleidung</i>	Dabei bemitleidet die Person sich selbst und wird begleitet von missgünstigen aggressiven Komponenten.
<i>Selbstbeschuldigung</i>	Dabei empfindet die Person Belastungen als Folge von eigenen Fehlhandlungen.
<i>Aggression</i>	Dabei reagiert die Person gereizt, verärgert und aggressiv auf stressbezogene Ereignisse.
<i>Pharmakaeinnahme</i>	Die Person nimmt psychotrope Substanzen wie Alkohol, Medikamente oder Nikotin ein

In der Instruktion werden die Befragten darum gebeten Stellung zu nehmen, ob die angegebenen Reaktionen ihrer Art zu reagieren entsprechen, wenn sie durch irgendetwas oder irgendjemanden beeinträchtigt, innerlich erregt oder aus dem Gleichgewicht gebracht werden. Die Probanden teilen auf einer fünfstufigen Skala die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten der einzelnen Aussagen mit.

In der Testanweisung von SVF berichten Janke et. al (1985) von internen Konsistenzen der Subskalen zwischen  $r = .66$  bis  $r = .92$  und berichten von einer guten Konstruktvalidität, die auch in vielen anderen Studien bestätigt wurde.

#### **2.2.1.4. Zur Erfassung von Attributionen**

Zur Erfassung des *Attributionsstils* wurde in dieser Untersuchung der von Krampen (1991) erstellte „Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugung (FKK)“ angesetzt, der auf der Grundlage eines „handlungstheoretischen Partialmodells der Persönlichkeit“ entwickelt

wurde. Es handelt sich dabei um eine neuere Version des bereits 1981 von demselben Autor entwickelten „Fragebogen zu Kontrollüberzeugung“ (IPC).

Der FKK besteht aus 32 Items, die jeweils auf einer sechsstufigen Einschätzungsskala (von sehr falsch, falsch, eher falsch, eher richtig, richtig, sehr richtig) zu beurteilen sind (s. Fragebogen, Anhang B, Abschnitt VIII). Die Items erfassen neben drei Aspekten der generalisierten Kontrollüberzeugungen („Internalität“, „soziale Externalität“ und „fatalistische Externalität“) auch noch Kompetenzüberzeugungen („Selbstkonzept eigener Fähigkeiten“), und werden insgesamt als Primärskalen bezeichnet. Die vier Primärskalen haben folgende Bedeutung:

- Selbstkonzept eigener Fähigkeiten (FKK-SK): generalisierte Erwartungen der eigenen Person hinsichtlich eigener Handlungsmöglichkeiten in verschiedenen Situationen.
- Internalität (FKK-I): subjektive Überzeugung der Person, über das eigene Leben und die Ereignisse in zwischenmenschlichen Situationen selbst Kontrolle zu haben.
- Soziale Externalität (FKK-P): subjektive und generalisierte Erwartung der Person, dass ihr Leben und Ereignisse in ihrer Umwelt durch andere „mächtige“ Personen beeinflusst wird.
- Fatalistische Externalität (FKK-C): subjektive Überzeugung der Person, dass das Leben und wichtige Lebensereignisse von Schicksal, Glück und Pech oder Zufall abhängig sind.

Aus diesen vier Primärskalen, die voneinander unabhängig sind und jeweils acht Items umfassen, werden zwei Sekundärskalen („Selbstwirksamkeit“ und „Externalität“) und eine übergreifende Tertiärskala („Internalität versus Externalität“) wie folgt abgeleitet:

- Selbstwirksamkeit (FKK-SK + FKK-I)
- Externalität (FKK-P + FKK-C)
- Internalität versus Externalität (FKK-SK + FKK-I + FKK-P + FKK-C)

Der FKK kam in verschiedenen Studien zum Einsatz und wurde für die Anwendung bei Erwachsenen und Jugendlichen normiert. Krampen (1991) berichtet von befriedigenden internen Konsistenzen (Cronbach alpha) der Primärskalen zwischen  $r = .70$  bis  $r = .76$ .

### **2.2.1.5. Zur Erfassung der Einsamkeitsdimensionen**

*Einsamkeitsgefühle* werden durch vier Selbsteinschätzungsskalen erfasst, die jeweils eine Dimension der Einsamkeit betreffen: die „Soziale Einsamkeit“, die „Emotionale

*Einsamkeit*“, die „*Unfähigkeit zum Alleinsein*“ und schließlich die „*Kulturelle Einsamkeit*<sup>24</sup>“. Die zwei ersten Items gehen auf eine amerikanische Studie zurück (Russell et al., 1984, s. Fragebogen, Anhang B, Abschnitt VI). Das dritte Item, die „*Unfähigkeit zum Alleinsein*“, wurde von Schwab (1997) aufgrund von Ergebnissen der Entwicklung des multidimensionalen Einsamkeitsfragebogens (MEF) analog zu den ersten zwei Items konstruiert. Die zugrunde liegende Idee dieser Art von Datenerfassung ist: Was man manchmal durch viele Items eines Fragebogens erfassen muss, kann auch durch eine einzige Selbsteinschätzungsskala relativ valide erfasst werden. Es ist hierbei auch bekannt, dass die Korrelationen dieser Selbsteinschätzungsskalen mit längeren Testskalen (MEF) recht gut sind (vgl. Schwab, 1997). Zusätzlich zu diesen Einsamkeitsdimensionen steht am Ende ein zusätzliches Item, wobei die Befragten anschließend angeben sollten, welche von den beschriebenen vier Arten der Einsamkeitsdimensionen sie persönlich am stärksten in ihrem Leben beeinträchtigt. Hierfür sind die vier Arten von Einsamkeit jeweils wieder benannt. Die Befragten sollten nur eine für sie am stärksten zutreffende Antwortmöglichkeit ankreuzen. Diese Zusatzfrage diente analog zu den vier Einsamkeitsdimensionen der Präzisierung beim Erfassen der Einsamkeitsgefühle bei der Stichprobe.

## 2.2.2. Selbstkonstruierte Skalen bzw. Items

### 2.2.2.1. Soziodemografische Daten

*Soziodemografische Daten* wurden erfasst anhand von zehn allgemeinen Items<sup>25</sup>, die den lebensgeschichtlichen Hintergrund und die aktuelle familiäre Situation der Befragten abbilden. Der Antwortmodus der einzelnen Items unterscheidet sich hinsichtlich „offener“ und „nicht offener Antworten“ und hinsichtlich der Stufen (s. Tabelle 2.5.).

Tabelle 2.4.: Abgefragte soziodemografische Daten

<i>Items</i>	<i>Antwortmodus</i>
Alter	Offene Antwort
Geschlecht	2-stufig
Religiöse Orientierung	5-stufig

<sup>24</sup> Der Begriff „kulturelle Einsamkeit“ wurde von Sadler & Johnson (1980) formuliert. Die vierte Skala zur Erfassung der „*Kulturellen Einsamkeit*“ wurde in Analogie zu anderen Items von mir im Rahmen meiner Diplomarbeit konstruiert und auch hier so übernommen.

<sup>25</sup> Diese Items stammen aus dem im Rahmen meiner Diplomarbeit unter Betreuung von Prof. Dr. Reinhold Schwab verwendeten Fragebogen, der auch in vielen anderen betreuten Diplomarbeiten von Prof. Dr. Schwab eingesetzt wurden. Hier sind die Items wenig modifiziert und der Zielgruppe angepasst worden.



Familienstand	5-stufig
Wohnsituation	Offene Antwort
Personen im Haushalt	7-stufig
Nationalität des Partners	3-stufig
Schulabschluss	Offene Antwort
Land des Schulabschlusses	3-stufig
Beruf im Iran	Offene Antwort

### 2.2.2.2. Zur Erfassung der Akkulturation

Der Grad der *sozialen Einbindung* bzw. der *Akkulturation* wurde anhand einer für diesen Zweck konstruierten Skala abgefragt (s. Fragebogen, Anhang B, Abschnitt II). Die Items fragen individuell subjektive Einschätzungen der Person in Bezug auf ihre Einstellungen und Erwartungen zur Akkulturation bzw. deren Prozesse der Integration, Segregation, Assimilation und Marginalisierung ab. Anregungen für die Zusammenstellung der Skala lieferte die Akkulturationstheorie von Berry et al. (1989). Dabei wird angenommen, dass Individuen Vorstellungen darüber haben, in welcher Beziehung sie zu anderen Gruppen oder Mitgliedern der Aufnahmegesellschaft stehen wollen.

Dabei werden einige Bedingungen der Migration als Maßstab betrachtet, um den Grad der Bemühungen und des Willens der Person zur Akkulturation zu erfassen. Diese sind grob gesagt soziale Erfordernisse der neuen Umwelt, mit deren Hilfe man sich seine soziale Umwelt aneignet und allmählich lernt, entsprechend dieser zu handeln. Die Items fragen folgende Gesichtspunkte ab:

- Deutschkenntnisse
- Einschätzung der Wichtigkeit der deutschen Sprache im eigenen Alltag
- Bleibewille
- Bereitschaft zum Erwerb der deutschen Staatsangehörigkeit
- Explizit abgefragte Einstellung gegenüber der eigenen und der deutschen Kultur:
  - Orientierung nach iranischer Kultur
  - Fremdempfinden der deutschen Kultur
  - Anerkennung der positiven Seiten der deutschen Kultur
  - Ablehnung der beiden Kulturen
- Grad der Integration der eigenen Person in Deutschland

Die Befragten konnten bei diesen Fragen auf einer 7-stufigen Skala den Grad ihrer Zustimmung bzw. Einschätzung angeben.

Zur Erfassung weiterer Variablen, die insgesamt einen Eindruck über den sozialen und rechtlichen Status wie auch über das Erleben des Alltags im Kontakt mit der deutschen Gesellschaft verschaffen, sind weitere Items konstruiert worden. Die aus diesen Items zu gewinnenden Informationen sollen im Zusammenhang mit den Ergebnissen aus dem Akkulturationsgrad in erster Linie der Beschreibung des Willens zur Akkulturation dienen

aber auch in Verbindung mit anderen Skalen des Messinstruments die Überprüfung der Hypothesen bzw. Fragestellungen ermöglichen. Es handelt sich bei diesen Items um Fragen in folgenden Bereichen:

Tabelle 2.5.: Zusätzliche Variable zur Erfassung der Akkulturation

<i>Variablen</i>	<i>Antwortmodus</i>
Berufliche Situation in Deutschland	Offene Antwort
Migrationsmotive	4-stufig
Migrationsdauer	Offene Antwort
Aufenthaltsstatus	5-stufig
Persönliche soziale Kontakt	4-stufig
in welcher Sprache wird Informationsgewinnung bevorzugt?	4 x 5-stufige Items
Erleichternde bzw. erschwerende Bedingungen des Lebens in Deutschland	Offene Antwort
Einstellung gegenüber den Deutschen in Kontaktsituationen	Offene Antwort
Erwartungen von Deutschen (was wird vermisst, was wird geschätzt)	Offene Antwort
Selbstanforderungen zur Verbesserung des Kontakts mit der deutschen Gesellschaft	Offene Antwort

### 2.2.2.3. Zur Erfassung der „Momentane Psychosoziale Konflikte“ (MPSK)

Die Erfassung der *momentanen psychosozialen Konflikte* als Stresssituationen bzw. die subjektive Sichtweise der Person über Beeinträchtigungen ihres Lebens in der Migration erfolgte anhand von 15 vorgegeben Problembereichen (s. Fragebogen, Anhang B, Abschnitt III). Diese Bereiche decken ein breites Spektrum des Alltagslebens ab und können a priori unterteilt werden in allgemeine überall vorkommende und die Migration betreffende Konfliktbereiche.

Tabelle 2.6.: Spezifische und allgemeine Problembereiche in der Migration

<i>spezifische</i>	<i>allgemeine</i>
Umgang mit Behörden	Partnerschaft und Familie
Umgang mit den Deutschen und der deutschen Kultur	Erziehung und Umgang mit Kindern
Fremdenfeindlichkeit	Freunde und Bekannte
Vorurteile und Ablehnung	Beruf, Schule, Ausbildung
Aufenthaltsstatus	Finanzielle Probleme
Deutsche Sprache	Gesundheit
	Umgang mit Landsleuten
	Wohnprobleme
	Freizeit

Auf einer Skala von „0=gar nicht“ bis „6= äußerst stark“ sollten die Befragten zuerst bei einzelnen Bereichen bestimmen, wie stark sie ihr Leben in diesem Bereich als beeinträchtigt ansehen.

Bei dieser a priori Einteilung der allgemeinen und der Migration betreffenden Problembereiche wird nicht ausgeschlossen, dass sie sich auch gegenseitig beeinflussen können. Aufgrund dieser Tatsache war auch wichtig, dass die Befragten selbst angeben worauf sie die Beeinträchtigungen in den einzelnen Bereichen zurückführen bzw. welche Ursachen sie dafür in Betracht ziehen. So sind unter jedem Bereich durch fünf 7-stufige Items (von „0=trifft gar nicht zu“ bis „7=trifft völlig zu“) die möglichen Ursachenzuschreibungen nach folgendem Schema vorgegeben worden:

- von meinen Fähigkeiten bzw. Defiziten
- vom Verhalten anderer Menschen
- vom Pech bzw. von meinem Schicksal
- von kulturellen Konflikten
- von den Umständen in der Migration

Die hierbei zu bildenden Gesamtwerte für krisenspezifische Kontrollüberzeugungen in den Bereichen „Internalität“, „soziale Externalität“, „fatalistische Externalität“, „kulturelle Externalität“ und „migrationspezifische Externalität“ werden aus der Summation der zu jedem Problembereich zugehörigen gleichnamigen Items geteilt durch 15 gebildet (Tabelle 2.7.).

Tabelle 2.7.: Einordnung der Items zu den Subskalen der MPSK

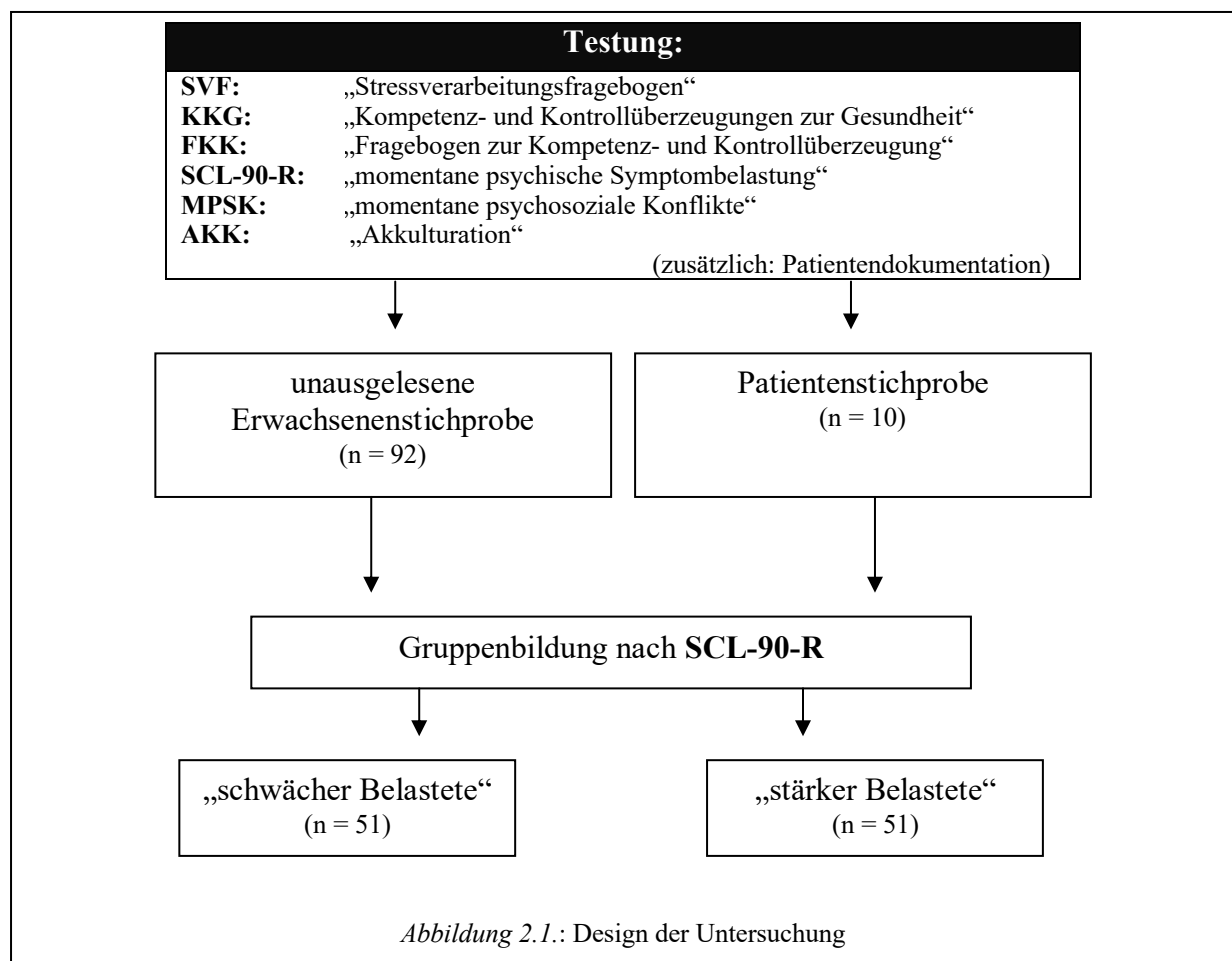
Internalität	$\sum (a_1 \dots a_{15}) / n$
soziale Externalität	$\sum (b_1 \dots b_{15}) / n$
fatalistische Externalität	$\sum (c_1 \dots c_{15}) / n$
kulturelle Externalität	$\sum (d_1 \dots d_{15}) / n$
migrationspezifische Externalität	$\sum (e_1 \dots e_{15}) / n$

Theoretisch könnte je eine so entstandene Skala einen Gesamtwert zwischen null und sechs erreichen. Somit ist neben der Erfassung von generalisierten Attributionen in dieser Untersuchung mittels des Fragebogens zu Kompetenz- und Kompetenzüberzeugungen (FKK) von Krampen (1991) und „Kontrollüberzeugungen zur Krankheit und Gesundheit“ (KKG) von Lohaus & Schmitt (1989) auch die Möglichkeit zur Erfassung krisenspezifischer Ursachenzuschreibungen der Befragten ermöglicht worden.

### 2.3. DESIGN DER UNTERSUCHUNG

Diese vergleichende Querschnittstudie mit einem Messzeitpunkt möchte Vergleiche zwischen iranischen Migrantinnen und Migranten mit und ohne psychische Störungen anstellen. Dabei werden mittels des beschriebenen Messinstrumentariums zwei Stichproben erfasst, die als Patienten- und Zufallsstichprobe (unausgelesene Erwachsenenstichprobe) bezeichnet werden. Die zugrunde liegenden fünf Forschungshypothesen dieser Untersuchung lassen sich anhand der erhobenen Vergleichsdaten dieser zwei Stichproben überprüfen. Eine differenziertere Unterscheidung zwischen Iraner(inn)en mit bzw. ohne psychische Störung wird in der Gruppenbildung „Schwächer Belastete“ und „Stärker Belastete“ auf der Grundlage der Gesamtwerte der Patienten- und Zufallsstichprobe (Gesamtpersonengruppe) nach SCL-90-R durchgeführt. Abbildung 2.1 zeigt das Untersuchungsdesign.

### 2.4. ABLAUF DER UNTERSUCHUNG



### 2.4.1. Datenerhebung

Das Messinstrument der Untersuchung wurde von mir in die persische Sprache übersetzt. Das übersetzte Messinstrument wurde dann zwei fachkundigen Freunden zur Beurteilung gegeben, die Vorschläge wurden gemeinsam diskutiert und anschließend einer kleinen Stichprobe ( $n = 5$ ) vorgelegt, womit vor allem die Verständlichkeit der einzelnen Items für Persischsprachige überprüft wurde. Bei der rein sprachlichen Überprüfung zeigte sich, dass sich alle Items der verschiedenen Skalen ohne Problem in das Persische übertragen lassen. Jedoch ergaben sich aus dem Pretest wichtige Anregungen für eine allgemeinverständlichere Wortauswahl.

Die Erhebung fand im Zeitraum Juli 2003 bis März 2004 in Hamburg statt. Die Verteilung der Fragebögen erfolgte hauptsächlich durch Freiwillige, die aufgrund ihrer beruflichen Situation mit zahlreichen Iranerinnen und Iranern in Kontakt stehen<sup>26</sup>. Das Begleitschreiben erhielt einen Hinweis auf den rein wissenschaftlichen und anonymisierten Charakter der Befragung (s. Anhang B).

Im Zeitraum der Datenerhebung sind insgesamt 550 Fragebogen verteilt worden (350 ohne und 200 mit Rückporto, adressiert an Prof. Dr. Reinhold Schwab, Fachbereich III der Psychologie der Universität Hamburg). Vor der Verteilung sind die in Hamburg ansässigen persischsprechenden Ärzte in einem Schreiben über das laufende Projekt informiert und zur Zusammenarbeit gebeten worden. Daneben ist durch Veröffentlichung entsprechender Informationen in einer in Hamburg erscheinenden persischsprachigen Zeitschrift und von mir persönlich in zwei großen Veranstaltungen auf dieses Projekt aufmerksam gemacht worden.

Die Dauer der Erhebung war anfänglich für sechs Monate geplant. Der Verlauf zeigte aber, dass sie auf ein Jahr ausgedehnt werden musste, damit eine akzeptable Rücklaufquote erzielt werden konnte. Es zeigte sich, dass die Bereitschaft der Zielpopulation zur Teilnahme an der Befragung sehr gering war. Dies macht sich durch den verhältnismäßig kleinen Teil der zurückgeschickten Fragebogen bemerkbar.

Eine Untersuchung mit dieser Zielgruppe war nicht die erste in Hamburg, daher war auch das Problem mit der geringen Rücklaufquote nicht so ganz unerwartet<sup>27</sup>. Von insgesamt 550

---

<sup>26</sup> In Hamburg niedergelassene persischsprechende Ärzte, im sozialen wie auch politischen Bereich tätige Vereine und Berater, persische Lebensmittelläden usw. Die Fragebogen sind hauptsächlich bei iranischen Geschäften, Vereinen, ärztlichen Praxen und anderen Zentren in Hamburg ausgelegt worden, die von Freiwilligen ausgefüllt und entweder an den Verteiler selbst oder per Post zugeschickt werden konnten.

<sup>27</sup> Neben einer Reihe von Diplom- und Doktorarbeiten, die sich mit der sozialen Situation von Iranern in verschiedenen Bundesländern beschäftigen zeigen auch einige quantitativ ausgeführte Studien in den USA, wo

---

---

verteilten Fragebögen sind 109 zurückgekommen. Sieben Fragebögen waren nicht vollständig ausgefüllt und wurden von der Auswertung ausgeschlossen. So liegen der vorliegenden Untersuchung die Daten aus 102 vollständig ausgefüllten Fragebögen zugrunde, die eine Rücklaufquote von etwa 20% darstellt.

#### **2.4.2. Zu den Stichproben der Untersuchung**

Ausgehend von Hypothesen ist ein erstes Ziel der vorliegenden Untersuchung gewesen herauszufinden, welche Rolle Attributions- und Bewältigungsstile bei psychischen Störungen und psychischer Gesundheit auf den Akkulturationsprozess spielen. Daher stellte sich als erste Forderung, dass eine Differenzierung zwischen iranischen Migrantinnen und Migranten mit und ohne psychische Störungen ermöglicht sein musste. Die eigentlichen Daten, an denen sich die Hypothesen dieser Untersuchung überprüfen lassen, sind bei einer unausgelesenen Stichprobe (Zufallsstichprobe) in Hamburg erhoben worden. Die Patientenstichprobe sollte vor allem dazu dienen, die psychischen Belastungen der Migranten zusätzlich zu verdeutlichen. Hier sollen diese Stichproben und eine zusätzliche Möglichkeit zur Differenzierung der Befragten hinsichtlich ihrer psychischen Symptombelastung näher erläutert werden.

##### **Zufallsstichprobe:**

Nach den jüngsten Statistiken (2003) leben 81.000 Iranerinnen und Iraner in Deutschland, etwa 14.000 davon leben in Hamburg. Die Hauptdaten der Untersuchung wurden per Fragebogen in Hamburg erhoben. Die Zufallsstichprobe umfasst somit die Daten unausgelesener erwachsener Iranerinnen und Iraner in Hamburg, die das Messinstrumentarium dieser Untersuchung ausgefüllt haben. Es wurde hier als Ziel festgelegt, dass möglichst viele das Messinstrumentarium ausfüllen, ohne irgendwelche Vordifferenzierungen hinsichtlich ihrer Beschwerden bzw. Beschwerdefreiheit und ohne irgendwelche Spezifizierung hinsichtlich soziodemografischer Faktoren.

##### **Patientenstichprobe:**

---

nach den jüngsten Statistiken über eine Million Iraner leben sollen, dass eine derartige Befragung bei Iranern bezüglich der Rücklaufquote immer ein großes Problem darstellt (z.B. Kazemipour, 2001). Dieser Punkt wird ausführlicher bei der Frage über die Repräsentativität der Befragung behandelt.

Dieser Studie liegen auch die Daten von Patienten zugrunde, die im Zeitraum der Datenerhebung mit diffusen Problemen meine psychologische Praxis<sup>28</sup> aufsuchten und bereit waren, das Messinstrumentarium der Untersuchung auszufüllen. Zusätzlich dazu wurde über die Patientenstichprobe eine Dokumentation geführt. Insbesondere wurden die probatorischen Sitzungen (3-4) nach Zustimmung der Patienten auf Tonband aufgenommen. Das so gewonnene Material wurde transkribiert, verdichtet und dokumentiert. Dabei wurde darauf geachtet, dass ein möglichst vollständiges Bild von der Lebensweise und den Akkulturationsproblemen erhalten bleibt. Die Informationen wurden dann zwecks Verdichtung und Vereinheitlichung anhand der Z-Kodierungen in der „Internationalen Klassifikation psychischer Störungen“ (ICD-10) der Weltgesundheitsorganisation (2003) zur weiteren Bearbeitung folgendermaßen klassifiziert:

- **Z61** Probleme durch negative Kindheitserlebnisse
- **Z62** Sonstige Probleme bei der Erziehung
- **Z60** Probleme in Verbindung mit der sozialen Umgebung
- **Z63** sonstige Problem in der primären Bezugsgruppe, einschließlich familiärer Umstände
- **Z64** Probleme bei bestimmten psychosozialen Umständen
- **Z72** Probleme bei der Lebensführung
- **Z73** Probleme verbunden mit Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung
- **Z81** in der Familienanamnese Hinweis auf psychische und Verhaltensstörungen

Somit liegen dieser Untersuchung über die Daten des Messinstrumentariums hinaus weitere quantitative wie auch qualitative Daten aus der klinischen Arbeit mit der Patientenstichprobe zugrunde.

### **Die Stichproben „Schwächer belastete“ und „Stärker belastete“:**

Neben der beschriebenen Zufalls- und der Patientenstichprobe bot sich methodisch auch eine andere Möglichkeit zur Differenzierung zwischen iranischen Migrantinnen und Migranten mit und ohne psychische Störungen an. Dazu wurden die beiden Gruppen zu einer einzigen zusammengefasst und diese Gesamtgruppe schließlich nach dem Grad der psychischen

---

<sup>28</sup> Im Rahmen meiner beruflichen Tätigkeit arbeite ich seit Oktober 99 in eigener Praxis und behandle private wie auch gesetzlich versicherte Patienten im Rahmen außervertraglicher Psychotherapie (Einzelfallentscheidung).



---

---

Symptombelastung der Befragten medianhalbiert (mit jeweils  $n = 51$ ). Die beiden Gruppen werden hier fortan als „Schwächer Belastete“ bzw. „Stärker Belastete“ bezeichnet und zur Überprüfung der Hypothesen herangezogen. Über die statistischen Kennwerte der beiden so gebildeten Gruppen informiert die Tabelle A2 im Anhang A.

Die rechnerische Zusammenführung der beiden Gruppen schien aufgrund folgender Überlegungen möglich.

Es gehört zu einer häufig beobachteten Tatsache, dass nicht jeder der psychisch stark belastet ist, auch eine Psychotherapie aufsucht. So ist auch aus den Daten dieser Untersuchung festzustellen, dass bei der Zufallsstichprobe relativ viele Befragte vorkommen, die aufgrund ihrer Werte im SCL-90-R weit mehr oder genauso starke psychische Symptombelastungen zeigen wie die Patientenstichprobe. Außerdem unterscheiden die Hypothesen nicht etwa zwischen Gesunden und Psychotherapiepatienten, sondern postulieren lediglich Unterschiede zwischen stärker und Schwächer seelisch belasteten Menschen. Insofern konnten die Daten der Patientengruppe zusammen mit den Daten der Hauptstichprobe verrechnet werden. Auf diese Weise ergab sich eine etwas breitere Basis zur Überprüfung der Hypothesen<sup>29</sup>.

---

<sup>29</sup> Ein Nachteil zeigt sich hiermit in der Tatsache, dass so nur über einen kleinen Teil der Gruppe „stärker belastete“, nämlich die Patientenstichprobe (weil alle Patienten auch in dieser Gruppe vorkommen, s. Tabelle 2.10.) Zusatzinformationen zur Verfügung stehen, und somit stets die Patientenstichprobe von der Gruppe stärker Belastete getrennt behandelt werden muss, wo immer auf diese Zusatzinformationen zurückgegriffen wird um ein Sachverhalt ergänzend zu beschreiben.

## 2.5. BESCHREIBUNG DER STICHPROBEN

An dieser Stelle sollen die Stichprobencharakteristika anhand der soziodemografischen Daten der Stichproben folgen.

### 2.5.1. Beschreibung der Zufallsstichprobe

Die Befragten in der Zufallsstichprobe waren zwischen 18 und 70 Jahre alt mit einem Durchschnittsalter von  $M = 39.5$ . Das Durchschnittsalter der Patientenstichprobe betrug  $M = 40.1$  (22-62 Jahre alt). Der t-Test weist diesbezüglich auf keinen signifikanten Unterschied zwischen den beiden Stichproben hin. Die Altersverteilung in Altersgruppen weist bei beiden Stichproben auf eine Normalverteilung hin ( $\chi^2 = 9.13$ ,  $df = 3$ ,  $p < 0.05$ ) wobei die Altersgruppen der 30-40 Jährigen und 41-50 Jährigen etwa 62% der Befragten ausmachen. Die Altersgruppen der 19-29 Jährigen und 51-70 Jährigen machen jeweils 20% bzw. 15.5% der Befragten aus (Abbildung 2.2.).

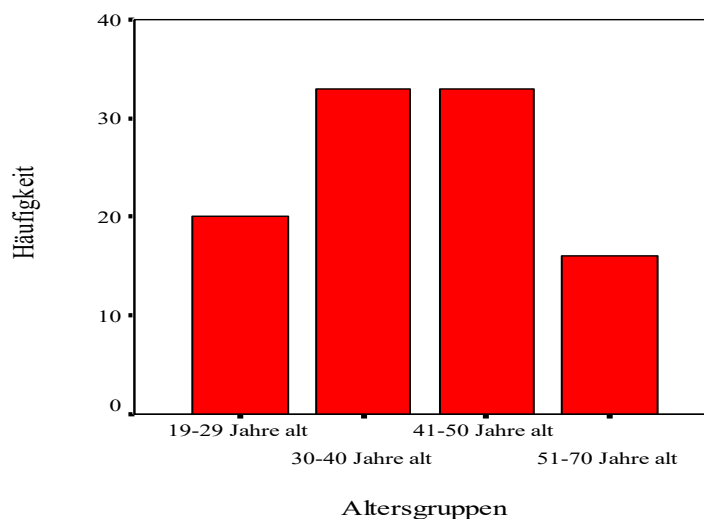


Abbildung 2.2.: Altersverteilung in vier Altersgruppen

Die folgende Tabelle 2.8. informiert über die weiteren soziodemografischen Merkmale der Patienten- und Zufallsstichprobe.

Tabelle 2.8.: soziodemografische Daten der Patienten- und Zufallsstichprobe

<i>Soziodemografische Daten</i>	<i>Ausprägungs stufen</i>	<i>Zufallsstichprobe (n = 92)</i>	<i>Patientenstichprobe (n = 10)</i>
<b>Geschlecht</b>	weiblich	45 (49,5 %)	7 (70 %)
	männlich	47 (50,5 %)	3 (30 %)
<b>Religion</b>	Muslim	57 (62,6 %)	7 (70 %)
	Bahai	1 (1 %)	
	Zarathustra	1 (1 %)	
	Christ	2 (1,9 %)	
	Keine	30 (33,1 %)	3 (30 %)
<b>Familienstand</b>	ledig	21 (23,1 %)	1 (10 %)
	verheiratet	50 (54,9 %)	4 (40 %)
	geschieden	8 (8,8 %)	5 (50 %)
	verwitwet	1 (1 %)	
	getrennt lebend	11 (12,1 %)	
<b>Schulabschluss</b>	Real, Haupt	15 (15,6 %)	3 (30 %)
	Abitur	37 (40,7 %)	5 (50 %)
	Ausbildung	1 (1,9 %)	
	Hoch-/FH-Studium	38 (41,8 %)	2 (20 %)
<b>Land des Schulabschlusses</b>	Iran	66 (72,5 %)	9 (90 %)
	Deutschland	23 (25,3 %)	1 (10 %)
	anderes Land	2 (2,2 %)	
<b>Personen im Haushalt</b>	allein lebend	21 (23,1 %)	1 (10 %)
	Eltern / Freunde	6 (6,6 %)	2 (20 %)
	Partner m. Kinder	41 (45,1 %)	2 (20 %)
	Partner o. Kinder	11 (11,1 %)	2 (20 %)
	Kinder o. Partner	6 (6,6 %)	3 (30 %)
<b>Nationalität des Partners</b>	allein lebend	21 (23,1 %)	1 (10 %)
	iranisch	65 (65,7 %)	7 (70 %)
	deutsch	4 (4,4 %)	1 (10 %)
	andere	1 (1,1 %)	1 (10 %)
<b>Beruf im Iran</b>	Schüler/Student	31 (34,1 %)	2 (20 %)
	(Fach)-arbeiter	3 (3,3 %)	3 (30 %)
	Freie Berufe	14 (17,5 %)	1 (10 %)
	Hausfrau	8 (8,8 %)	3 (30 %)
	Angestellte	9 (9,9 %)	1 (10 %)
	Beamte	22 (24,2 %)	
	kein	4 (4,4 %)	

Das Verhältnis zwischen weiblichen und männlichen Befragten ist gleich verteilt. Aus den Angaben über das Alter sind vier Altersgruppen gebildet worden. Etwa 65% der Befragten gaben als ihre religiöse Orientierung den Islam an, und etwa 33% haben keine religiöse Glaubenzugehörigkeit.

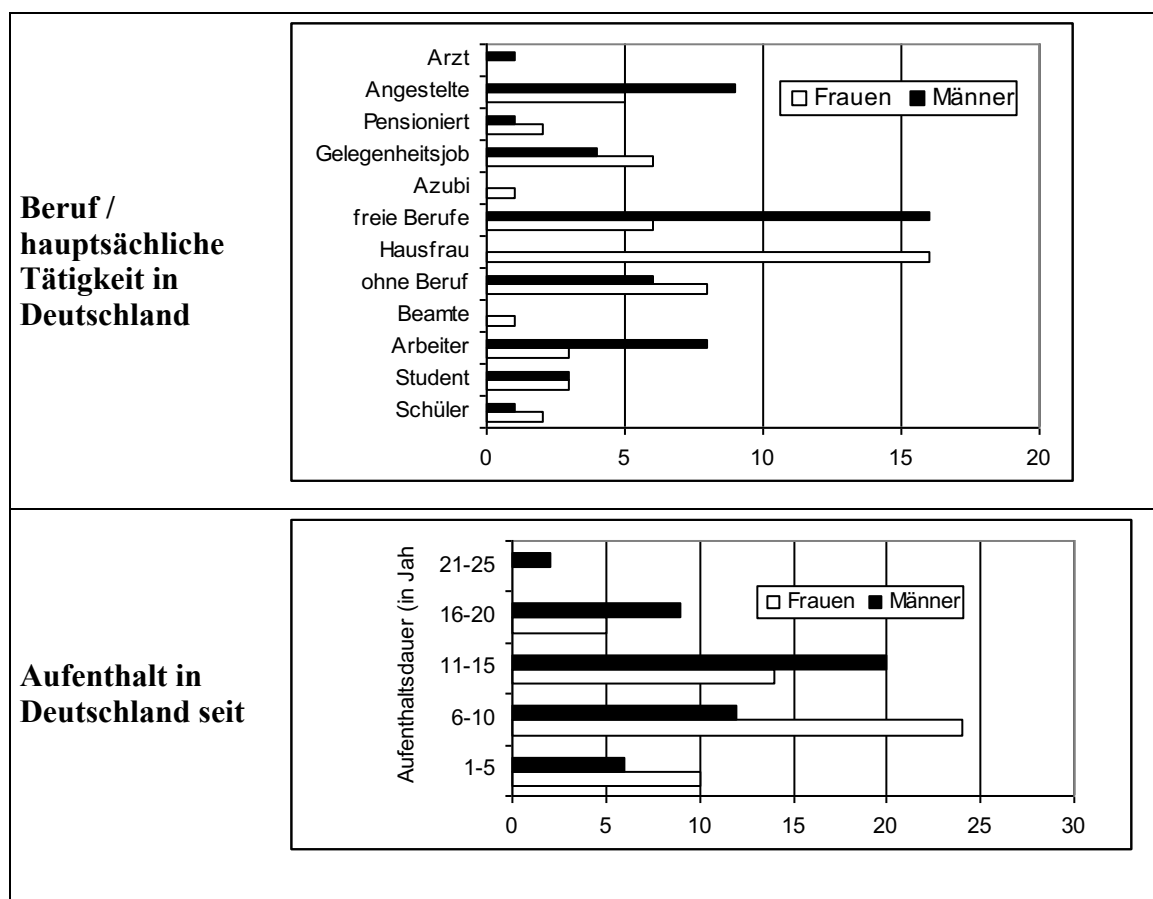
Insgesamt sind 55% der Befragten verheiratet, bis zu 50% leben in einem Haushalt mit ihrem Partner, zusammen mit zumindest einem Kind. Etwa 24% sind geschieden oder leben getrennt; von diesen leben etwa 8% ohne Partner mit einem Kind zusammen. Etwa 21% leben als Ledige allein. Von den Verheirateten bzw. mit einem Partner zusammenlebenden

Befragten haben 93% als Nationalität ihres Partners bzw. ihrer Partnerin die iranische und etwa 7% die deutsche Staatsangehörigkeit angegeben.

Nur 18% der Befragten haben einen Haupt- bzw. Realschulabschluss. Die überwiegende Mehrheit hat Abitur (etwa 40%) oder einen Hochschulabschluss (41%). Von diesen haben 73% ihren Schulabschluss im Iran und 26% in Deutschland absolviert.

Die wesentlichen Berufsgruppen im Iran bildeten die „Schüler bzw. Studenten“ mit 35%, dem folgen Angehörige der „freien Berufe“ (18%) und die Berufsgruppe „Beamte“ (25%).

Außerdem sind die Befragten hinsichtlich ihrer allgemeinen Lebenssituation in Deutschland befragt worden. Abbildung 2.3. informiert über die soziale und aufenthaltsrechtliche Situation der Gesamtuntersuchungsgruppe.



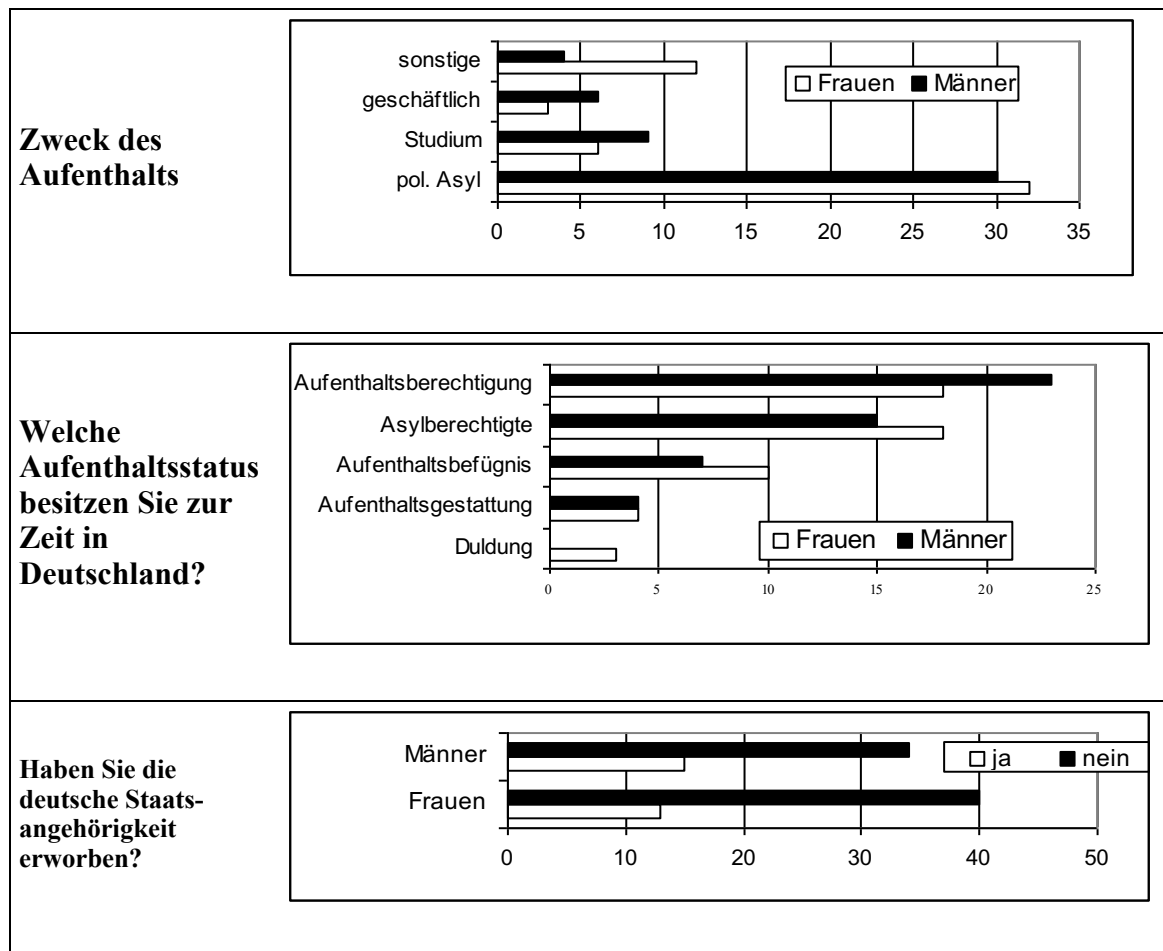


Abbildung 2.3.: Daten über allgemeine Lebenssituation der Befragten in Deutschland

Die Mehrheit der Befragten (über 70%) sind entweder berufstätig oder noch in einer beruflichen bzw. schulischen Ausbildung. Eine große Anzahl der weiblichen Befragten ( $n = 18$ ) bildet die Gruppe Hausfrauen; genauso viele männliche Befragte üben als berufliche Tätigkeit freie Berufe aus. Ansonsten sind die beiden Geschlechter in der Mehrheit der aufgeführten Tätigkeitsbereiche etwa gleich repräsentiert.

Die große Mehrheit der Befragten lebt zwischen sechs bis 20 Jahren in Deutschland, wobei die Anzahl der Frauen in den unteren (1-10 Jahren) und die der Männer in der oberen Aufenthaltsdauer (10-25 Jahre) überwiegt. Auch hier könnte es - wie auch die Forschung zeigt - sein, dass die Entscheidung zur Migration häufig erst von Männern getroffen und realisiert wird und Frauen erst dann folgen, wenn ihre Männer hier Fuß gefasst haben.

Dabei hat die Mehrheit als Zweck ihres Aufenthaltes das „politische Asyl“ angegeben, und die überwiegende Mehrheit ist im Besitz einer dauerhaften Aufenthaltserlaubnis, was auf eine positive Entscheidung in Bezug auf ihr Asylverfahren hindeutet. Die Anzahl der „Geduldeten“ ( $n=3$ ) und derer, die noch auf ihre Asylentscheidung warten

(Aufenthaltsgestattung) ist gering (n=8). Insgesamt geben 28% an, die deutsche Staatsangehörigkeit beantragt bzw. bereits bekommen zu haben.

Außerdem sollten die Befragten über Nationalität ihres Freundeskreises informieren. 45.1% geben an, dass ihr Freundeskreis ausschließlich aus ihren Landsleuten besteht. 44% haben in ihrem Freundeskreis sowohl deutsche wie auch iranische Freunde. Etwa 8% haben Freunde anderer Nationalität und nur etwa 4% geben an, dass ihr Freundeskreis ausschließlich aus deutschen Freunden besteht.

### **2.5.2. Genauere Beschreibung der Patientenstichprobe**

Alle Patienten bekamen den Fragebogen am Ende der ersten bzw. zweiten probatorischen Sitzung mit einer kurzen mündlichen Erläuterung des dem Fragebogen beigelegten Begleitschreibens und mit dem Hinweis auf Freiwilligkeit.

Zusätzlich zu diesen Daten wurde über die Patientenstichprobe eine Dokumentation geführt. Grundsätzlich wurden die probatorischen Sitzungen mit Einverständnis der Patienten aufgezeichnet, transkribiert die dann zwecks Verdichtung und Vereinheitlichung anhand der Z-Kodierungen in ICD-10 klassifiziert (s. Tabelle 2.9. und auch Punkt 2.5.2.). Die Dokumentation über Patienten diente in erster Linie dem „Bericht an den Gutachter“ im Rahmen des gutachterlichen Verfahrens zur Genehmigung einer außervertraglichen Psychotherapie bei den Krankenkassen. Nur diejenigen Patienten wurden in die Untersuchung einbezogen, für die eine außervertragliche Psychotherapie genehmigt wurde.

Die psychotherapeutische Beurteilung der Patienten beruhte auf den klinischen Beschreibungen und diagnostischen Leitlinien der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen ICD-10<sup>30</sup>. Neben der Haupt- und Zusatzdiagnose auf der Achse Ia des ICD-10 sind am Ende der probatorischen Sitzungen die Z-Kodierungen auf der Grundlage der Dokumentationen über die Patienten herausgearbeitet worden, was so eine detailliertere Darstellung von mehr Informationen in einem knappen Format erlaubt. Zusätzlich erfolgte auch für jeden Patienten „die allgemeine Einschätzung des Funktionsniveaus“ (gemäß der Achse V des DSM-IV) anhand der „Skala zur Globalen Erfassung des Funktionsniveaus

---

<sup>30</sup> ICD-10 Kapitel V ist hierarchisch aufgebaut mit zehn Hauptgruppen und 398 Störungsdiagnosen. Jede Diagnose wird dabei mit einer fünfstelligen alphanumerischen Codierung versehen, wobei die Hauptgruppen zweistellig von „F0“ bis „F9“ gekennzeichnet sind. Jede der Hauptgruppen wird in zwei bis drei Hierarchie-Ebenen weiter abgestuft: F0=Hauptgruppe F00=erste Abstufung, F00.1=zweite Abstufung, F00.11=dritte Abstufung. Die dritte Abstufung ist vorgesehen, um weitere Untergruppen, zusätzliche Symptome, Verlaufsmerkmale, das klinische Erscheinungsbild oder den Schweregrad der Störung anzuzeigen.

---

---

(GAF) durch den Kliniker“ (in Zaudig, Wittchen und Saß, 2000, S. 18-19) und wurde für jeden Patienten am Ende der probatorischen Sitzungen ausgefüllt.

Die Tabelle 2.9. beinhaltet die Beschreibung der Patientenstichprobe anhand der oben beschriebenen diagnostischen Daten bzw. Anamnesedaten.

Tabelle 2.9: genauere Beschreibung der Patientenstichprobe anhand der in der therapeutischen Arbeit erhobenen Daten, klassifiziert nach ICD-10

	Pat. A	Pat. B	Pat. C	Pat. D	Pat. E	Pat. F	Pat. G	Pat. H	Pat. I	Pat. J
<b>Achse Ia Diagnosen:</b>										
Hauptdiagnose	F32.01	F32.11	F43.21	F32.2	F32.11	F32.11	F41.2	F43.22	F43.22	F32.01
Nebendiagnose	F40.1	F60.6	F45.1	F45.1	F60.6	F45.1	F42.0	F41.2	F42.2	F60.6
<b>Z-Kodierungen:</b>										
Probleme durch negative Kindheitserlebnisse		Z61.2	Z61.3	Z61.6		Z61.6	Z61.6	Z61.2		Z61.3
Sonstige Probleme bei der Erziehung	Z62.1	Z62.3	Z62.1	Z62.4	Z62.8	Z62.1	Z62.1	Z62.4	Z62.3	Z62.4
Probleme in Verbindung mit der sozialen Umgebung	Z60.0 Z60.4	Z60.0 Z60.3 Z60.4	Z60.0 Z60.3 Z60.4	Z60.0 Z60.2 Z60.4	Z60.0 Z60.4	Z60.0 Z60.4	Z60.0 Z60.1	Z60.0 Z60.4	Z60.0 Z60.3 Z60.4	Z60.2 Z60.3 Z60.4
sonstige Problem in der primären Bezugsgruppe, einschließlich familiärer Umstände	Z63.0 Z63.2	Z63.5	Z63.0 Z63.5	Z63.0 Z63.3	Z63.0	Z63.5	Z63.0 Z63.0	Z63.0	Z-63.0 Z63.5	Z63.5
Probleme bei bestimmten psychosozialen Umständen									Z64.4	
Probleme bei der Lebensführung	Z72.0 Z72.3	Z72.0 Z72.3		Z72.0 Z72.3	Z72.0 Z72.3	Z72.0 Z72.3			Z72.6	
Probleme verbunden mit Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung	Z73.2 Z73.5	Z73.5	Z73.2	Z73.2	Z73.2 Z73.5		Z73.5	Z73.2		Z73.2
in der Familienanamnese Hinweis auf psychische und Verhaltensstörungen		Z81.8		Z81.8						
<b>Geburtsjahr und Geschlecht:</b>	1959 ♂	1965 ♂	1962 ♂	1962 ♀	1975 ♂	1965 ♂	1947 ♀	1939 ♂	1970 ♂	1960 ♀
<b>GAF ( globale Erfassung des Funktionsniveaus)</b>	55	50	40	50	35	60	45	60	40	65

*Anmerkungen:* **Haupt- und Nebendiagnosen:** **F32.01:** leichte depressive Episoden mit somatischem Syndrom; **F32.2:** schwere depressive Episoden ohne psychotische Symptome; **F32.11:** mittelgradige depressive Episoden mit somatischem Syndrom; **F40.1:** Soziale Phobien; **F41.2:** Angst und depressive Störungen, gemischt; **F42.0:** vorwiegend Zwangsgedanken oder Grübelzwang; **F42.2:** Zwangsgedanken und -handlungen, gemischt; **F43.22:** Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörung, Angst und depressive Reaktionen gemischt; **F45.1:** undifferenzierte Somatisierungsstörungen; **F60.6:** selbstunsichere Persönlichkeitsstörung

**Z-Kodierungen:** **Z60.0:** Anpassungsprobleme bei Veränderungen der Lebensumstände; **Z60.1:** atypische familiäre Situation; **Z60.2:** Alleinleben; **Z60.3:** Schwierigkeiten bei der kulturellen Eingewöhnung; **Z60.4:** soziale Zurückweisung und Ablehnung; **Z61.2:** negative veränderte Struktur der Familienbeziehung in der Kindheit; **Z61.3:** Ereignisse in der Kindheit, die den Verlust des Selbstwertgefühls zur Folge hatten; **Z61.6:** Probleme bei körperlicher Misshandlung in der Kindheit; **Z62.1:** elterliche Überfürsorglichkeit; **Z62.3:** erfahrene Feindseligkeit und ständige Schuldzuweisungen als Kind; **Z62.4:** erfahrene emotionale Vernachlässigung in der Kindheit; **Z63.0:** Probleme in der Beziehung zum (Ehe)partner; **Z63.2:** ungenügende familiäre Unterstützung; **Z63.3:** Abwesenheit eines Familienangehörigen; **Z63.5:** Familienzerrüttung durch Trennung oder Scheidung; **Z64.4:** Dissonanzen mit Betreuungspersonen; **Z72.0:** Rauchen; **Z72.3:** Mangel an körperlicher Bewegung; **Z72.6:** Teilnahme an Glücksspielen und Wetten; **Z73.2:** Mangel an Entspannung oder Freizeit; **Z73.5:** soziale Rollenkonflikte; **Z81.8:** in der Familienanamnese Hinweis auf andere psychische und Verhaltensstörungen, GAF: globale Erfassung des Funktionsniveaus (während probatorischer Sitzungen).



Der große Teil der Patienten waren Frauen jüngerer und mittleren Alters. Die meisten von ihnen hatten einen sicheren Aufenthaltsstatus und wären wahrscheinlich in ihrem Heimatland zumindest materiell besser gestellt als jetzt. Sie stammten aus der Mittelschicht, waren in ihrer Familie mit einen bis fünf Geschwistern aufgewachsen und stammten aus verschiedenen Städten im Iran, überwiegend aber aus Teheran. Sie waren bisher in keiner psychotherapeutischen Behandlung. Ihre Vorstellung von der Psychotherapie entsprach etwa dem Bild, das man auch in Deutschland findet, nämlich dass man zwischen Psychiatrie und Psychotherapie nicht unterscheidet, geschweige dann eine Vorstellung davon hat, wie in der Psychotherapie gearbeitet wird. Die Religion spielte bei fast allen keine große Rolle in ihrem Alltag. Die Mehrheit besaß einen sicheren Aufenthaltsstatus und lebte im Durchschnitt länger als 8 Jahren in Deutschland (s. Tabelle 2.8.).

Wie in Tabelle 2.10. zu sehen ist, kommen bei den Patienten grundsätzlich nur drei von neun Störungsgruppen des ICD-10 vor, nämlich „Affektive Störungen“ (F3), „Neurotische Belastungs- und somatoforme Störungen“ (F4) und „Persönlichkeitsstörungen“ (F6). Beachtenswert scheint dabei die überwiegende Anzahl der Patienten, die an Depressionen leiden. Die Rolle der Depression konnte auch hier (in Anlehnung an Hoch und Kohlmann, 1988) zum einen als Reaktion auf Belastungen zum anderen aber als Disposition gesehen werden. Zu dem war sehr häufig zu beobachten, dass die Patienten ihren Wert bestimmende Faktoren außerhalb von ihnen selbst sahen.

Fast bei allen Patienten kamen als übergeordnete Störungen ihre mangelhaften Konfliktbewältigungs-Strategien, ihre dysfunktionale Attributionen, ihre Autonomiedefizite, ihr mangelndes Selbstvertrauen und Selbstbewusstsein in Betracht. Das depressive Syndrom und die erfahrene Unsicherheit waren bei ihnen als Resultat dieser Defizite zu erklären bzw. zu verstehen. Sehr häufig waren aus dem Gefühl des Kontrollverlustes resultierende motivationale, kognitive und emotionale Defizite zu registrieren, die zu einer Einstellung der Handlungsbemühungen geführt haben. Je überzeugter ein Patient war, dass seine eigenen Fähigkeiten und die seines Partners nicht ausreichten, um mit den Problemen fertig zu werden, desto höher war die Rate an gezeigtem hilflosem Verhalten.

Die Patienten selbst sahen aber die Ursachen ihrer depressiven Störung ausschließlich in ihrer Ehe und hatten solange unter diesen Konflikten gelitten, dass sie zumeist starke körperliche Reaktionen als Folge dieses Dauerstressses entwickelt hatten. Fast alle hatten auch ihr langjähriges Leiden in der Partnerschaft als Anlass genommen, eine Psychotherapie zu beginnen.

Fast alle Patienten hatten ungünstige Erfahrungen in ihrer Kindheit und bei der elterlichen Erziehung gemacht. Bemerkenswert war dabei, dass die Konflikte in der Kindheit selten von

den Patienten selbst thematisiert wurden und wenn, dann sehr schnell als bitteres Schicksal hingenommen wurden. Ein sehr häufig zu treffender Grund für dieses Verhalten war neben der Bewahrung der Achtung und der Wertschätzung gegenüber den Eltern - das in der iranischen Kultur sehr hoch geschätzt wird - in einem starken Schuldgefühl der Patienten gegenüber ihren Eltern zu finden, weil man die Eltern in dem Alter, wo sie die Unterstützung der Kinder noch stärker brauchen, in der Heimat zurückgelassen hat<sup>31</sup>.

Die Patienten (8 von 10) litten bereits Jahre vor ihrer Emigration unter Konflikten in ihrer Ehe. Sie berichteten aber, dass diese Konflikte in der Migration verschärft und unkontrollierbar wurden, so dass eine Aufrechterhaltung der Ehe für sie nur unter starken psychischen Leiden möglich wäre. Eine mögliche Erklärung für den Zuwachs der Konflikte sahen sie (drei von acht Patienten) darin, dass sie irgendwann nicht mehr bereit waren, unter einer patriarchalischen Beziehung zu ihren Ehemännern weiter zu leiden; sie hatten in der Anfangsphase der Migration angefangen, sich in der Ehe weiter auseinander zu leben, und betrachteten ihre Ehe als eine vergeudete Zeit. Zwei Patienten zogen für ihre Konflikte ihre eigenen tiefen Hilflosigkeitsgefühle in Betracht: hinsichtlich des eigenen Alltagslebens in der neuen Umgebung, in Form des Verlusts ihres eigenen sozialen Status bzw. des ihres Partners, ihrer finanziellen Notlage und ihrer sich daraus resultierenden Zukunftsängste.

Des Weiteren zeigt die Erfahrung in der verhaltenstherapeutisch fundierten Arbeit mit iranischen Patienten, dass sie ihre Beschwerden sehr undifferenziert wahrnehmen. Dies erschwert am Anfang die Arbeit an den zentralen Punkten wie die Problem- und Zieldefinition erheblich und verlangt von dem Therapeuten viel Geduld und Sensibilität im Umgang mit dieser Problematik. Bei der Problemdefinition muss der Therapeut sehr strukturiert vorgehen, häufig in Erzählungen des Klienten einschreiten und das Gespräch lenken, bis der Klient einen Zugang zu seinen eigenen Gefühlen und Gedanken findet, die bei den Erlebnissen, von denen er erzählt, beteiligt waren.

Es macht auch die Arbeit an der Zieldefinition schwierig und verlangt mehr Zeit bis der Klient von seiner externalen Ursachenzuschreibung weg kommt und das Problem nicht ausschließlich im Verhalten anderer sieht. Denn die Patienten kommen mit der Erwartung:

---

<sup>31</sup> Anlehnend an Ghareman (1993) kann diesbezüglich noch vermerkt werden, dass iranische Patienten sehr viel Wert auf elegante und höfliche sprachliche Formulierung legen und daher ihre Kritik oder Meinungsverschiedenheit gegenüber einer älteren bzw. autoritären Person bestenfalls „durch die Blume“ äußern, dies besonders in den Anfangsphasen der Therapie dazu führt, dass Gefühle und Symptome unterdrückt werden. (So wird von Therapeuten, die hierüber Unkenntnis haben, besonders „häufig der Affekt bei diesen Patienten falsch eingeschätzt“ (Haasen, 2000, S. 23)).

helfe, dass mein Partner bzw. mein Kind oder meine Umgebung sich ändert, dann werden alle meine Beschwerden sich von selbst lösen.

So schlägt es immer fehl, wenn der Therapeut eine differenzierte Beschreibung der Beschwerden im Sinne einer Symptombeschreibung erwartet. Fragt man sie nach ihrem Empfinden, hört man nur die knappe Antwort: „Mir geht es schlecht“, „meine Nerven sind kaputt“ etc.; worauf dann die Patienten anfangen, noch detailreicher die Konfliktsituationen z.B. in der Ehe zu beschreiben, was mit einer impliziten Vorstellung einhergeht: man wird mich besser verstehen, wenn ich detailgenau das Verhalten meines Partners wie einen Film vor seine Augen führe, dann würde man selbst herausfinden, wie es mir geht<sup>32</sup>.

Kennzeichnend für alle diese Menschen war, dass sie erst sehr spät, in einem Stadium massiver psychischer Belastung um Hilfe suchten. So waren sie wegen ihrer psychischen Beschwerden manchmal jahrelang in einer medizinischen Behandlung; und trotz Empfehlungen der behandelnden Ärzte scheuten sie vor einer Psychotherapie erst mal zurück. Die Zugangsbarriere bestand für sie zuerst darin, dass sie aufgrund ihrer wenigen Sprachkenntnisse auf eine Psychotherapie in ihrer Muttersprache angewiesen waren, und sie fürchteten sich oft vor der Stigmatisierung und dem Gesichtsverlust innerhalb ihres Freundeskreises<sup>33</sup>.

Nichts desto weniger spielte die fehlende Einsicht der Patienten in die psychische Natur ihrer Beschwerden eine ungünstige Rolle während der anfänglichen Phase der Arbeit. Eine der Patientinnen brachte diesen Punkt sehr treffend zum Ausdruck. Sie wurde in Folge ihres Nervenzusammenbruches stationär behandelt. Sie brachte zum Erstgespräch ihre Klinikunterlagen mit und meinte man habe keinen organischen Schaden bei ihr gefunden und sagte wortwörtlich, „Ich bin völlig gesund. Meine Krankheit ist mein Mann“.

---

<sup>32</sup> Dies ist wiederum ein Beweis dafür, dass eine reine Beschäftigung mit den Symptomen weder angesagt noch angebracht ist. Die Erfahrung zeigt, dass die Patienten besonders dann von der Behandlung profitieren, wenn auch das soziale Umfeld und in erster Linie der/die Ehepartner/in miteinbezogen wurde.

<sup>33</sup> Offensichtlich spiegelt sich hier das veraltete Verständnis der iranischen Kultur von „psychisch gestörten Menschen“ wieder, das diese Menschen immer noch in der Umgangssprache sehr abwertend als „geistig Verwirrte“ (persisch: DIWANEH) bezeichnet. Nach Jahrhunderten der Stigmatisierung von psychisch gestörten Menschen und vor der Einführung des modernen Gesundheitssystem nach westlichem Modell, in dem spezielle religiöse Heiler und Kräuterspezialisten für „psychisch Kranke“ zuständig waren und die Behandlung mittels Schröpfen, Kräuterbehandlung, heilenden Gebeten und Amuletten und Heilzauber gegen „Bösen Blick“ erfolgte, hat sich erst anfangs des letzten Jahrhunderts durch Entstehung psychiatrischer Kliniken im Iran ein auf rein medizinisch begründetes Krankheitsverständnis entwickelt (dementsprechend schrieb man üblicherweise seine Beschwerden den Nerven zu: „meine Nerven sind kaputt“, ASABAM KHARABE), was ein physisches Leiden in den Vordergrund stellt. Erst in den letzten dreißig Jahren beobachtet man im Iran eine immer wachsende Anzahl von Beratungsstellen und psychotherapeutischen Privatpraxen, was darauf zurückzuführen ist, dass hier eine Wende von rein medizinischem Verständnis der psychischen Störungen zu einem psychischen im Gange ist.

Dass die mediterranen Patienten die Ursachen ihrer Konflikte nicht in der eigenen Person, sondern vor allem im zwischenmenschlichen Bereich lokalisieren<sup>34</sup>, wurde bereits 1995 von Pfeifer beschrieben (zit. in Haasen, 2000, S. 19). So sahen auch die Patienten dieser Untersuchung die Ursachen ihrer Beschwerden sehr stark in der Person ihres Partners bzw. in ihren Kindern und in den Menschen ihrer Umgebung.

Erst nach einigen Sitzungen wurden Bereiche wie Konflikte in der Migration, kulturelle Anpassungsprobleme, unterschiedliche Sozialisation, vor allem hinsichtlich der Geschlechterrolle und erfahrene Ablehnung seitens der Gesellschaft von Patienten selbst thematisiert. Die Patienten erlebten die Migration einerseits als ein Verlusterlebnis (sieben Patienten), was bei ihnen jahrelange Trauerreaktionen ausgelöst hatte, verbunden mit interpersonellen und kulturellen Konflikten. Sie alle äußerten Erfahrungen mit sozialer Ablehnung, fühlten sich stark einsam und machten die emotionale Kälte in zwischenmenschlichen Beziehungen verantwortlich für ihre Rückzugstendenzen und für ihre depressive Stimmungslage.

Andererseits sahen sie in der Migration auch viele Vorteile für sich: höherer Lebensstandard, soziale Sicherheit durch Gesetze und Ordnung, Gleichberechtigung der Geschlechter usw. Jedoch sahen sie alle, dass sie wegen fehlender Chancengleichheit vom Teilhaben an der Gesellschaft fern gehalten werden. Vor allem wegen fehlender Chancengleichheit auf dem Arbeitsmarkt sahen sie für sich keine Zukunftsperspektive<sup>35</sup>.

---

<sup>34</sup> Die Gründe dafür liegen sicherlich tief in den kulturellen wie auch praktizierenden, erzieherischen und gesellschaftlichen Orientierungen in diesen Ländern verwurzelt, etwa in der Unterscheidung zwischen kollektivistischer und individualistischer Orientierung.

<sup>35</sup> Markant war in diesem Zusammenhang, dass drei von sieben Patientinnen die fehlende Unterstützung ihres Ehemannes dafür verantwortlich machten, dass sie hier keine berufliche Perspektive finden und keine soziale Anerkennung genießen können.

### 3. ERGEBNISSE

#### 3.1. ZUR MOMENTANEN PSYCHISCHEN SYMPTOMBELASTUNG

*Auswertungsmethodik:* Zur Erhebung des psychischen Befindens der Gesamtpersonengruppe wurde, wie unter Punkt 2.3.1.5. beschrieben, die Symptom-Checkliste von Derogatis (1977) und Franke (1995) eingesetzt. Die SCL-90-R misst die subjektiv empfundene Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome einer Person innerhalb eines Zeitraumes von sieben Tagen.

Die 90 Items der SCL-90-R werden zunächst zu der jeweiligen Skalenstruktur der SCL-90-R zugeordnet (s. Punkt 2.2.1.1.). Für jede der so gebildeten Subskalen sind dann folgende Werte zu ermitteln: Die Summenwerte je Subskala S1-S10 werden durch Addition zu der jeder Skala zugehörigen Items bestimmt. Teilt man die so gewonnenen Summenwerte durch die Itemanzahl der jeweiligen Subskalen, bestimmt man die Skalenwerte G1-G9 (für die Zusatzskala wird kein Skalenwert berechnet). Die Belastungstendenz je Skala P1-P10 errechnet man durch Auszählen der Items von Subskalen, bei denen eine Belastung vorliegt. Um die drei globalen Kennwerte *GSI* (Global Severity Index), *PST* (Positive Symptom Total) und *PSDI* (Positive Symptom Distress Index) zu berechnen, bildet man zunächst die Summe der Summenwerte GS. Danach errechnet man den Kennwert *GSI* aus der Gesamtsumme der Items (GS) dividiert durch 90 minus der Anzahl der fehlenden Werte der Skala. Der Kennwert *PST* wird berechnet durch die Addition der Belastungstendenzen je Skala P1-P10. Dividiert man die Gesamtsumme GS durch den Kennwert *PST* so erhält man den *PSDI*.

##### 3.1.1. Überprüfung der Skalenstruktur, Reliabilitätsanalyse und Itembeschreibung

Um die Skalenstruktur der SCL-90-R zu überprüfen, sind die Items (entsprechend der Skalenstruktur der SCL-90-R für die neun Subskalen) einer Hauptkomponentenanalyse mit anschließender orthogonaler Varimax-Rotation mit der Vorgabe von neun zu extrahierenden Faktoren unterzogen worden. Die Faktorenanalyse zeigt keine zufrieden stellende Übereinstimmung der Ladungsmuster der Items mit der vorgegebenen Skalenstruktur (s. Anhang A, Tabelle A1). Viele der Items weisen hohe Ladungen auf, besonders auf den Faktoren I bis III, so dass eine eindeutige Faktorenbenennung problematisch erscheint. Auf dieser Problematik der Skalenzuordnung weisen auch die Autoren der bevölkerungsrepräsentativen deutschen Stichprobe Hessel et. al. (2001) in Übereinstimmung mit einer Reihe anderer dort erwähnter Studien hin und schließen daraus, dass „eine valide Erfassung voneinander abgrenzbarer Symptombereiche mittels verschiedener Subskalen“ nicht möglich scheint und schlagen angesichts der „unbestrittenen praktischen Relevanz“ der SCL-90-R vor, dass bei zukünftiger Anwendung „lediglich die drei globalen Kennwerte berechnet werden“ (Hessel et. al., 2001). Trotz dieser faktorenanalytischen Ergebnisse werden hier weiterhin die Auswertungen entsprechend der Skalenstruktur der SCL-90-R beibehalten. Ein wichtiger Grund für diese Entscheidung ist, dass so ein detaillierter Vergleich zwischen dieser und anderen Studien weiterhin möglich bleibt.

Die Tabelle 3.1. enthält alle wichtigen Verteilungsmaße, wie die internen Konsistenzkoeffizienten (Cranbach's Alpha) so wie die Mittelwerte und Standardabweichungen der einzelnen Subskalen der SCL-90-R. Um hier einen Vergleich zu ermöglichen, sind die ermittelten Werte der repräsentativen Stichprobe von Hessel et.al. in Klammern angegeben. Eine Reihe von Studien im Iran, in denen auch die SCL-90-R zum Einsatz kam, liefern Vergleichsdaten (z.B. Chekini, 2000 und 2001; Mirzamani-Basfeghi, 2003; Motamedi, 1998 und 2000). In der Tabelle sind als weitere Vergleichsmöglichkeit die Mittelwerte und Standardabweichungen der aktuellsten epidemiologischen Studie von Motamedi et. al. (2000) im Iran kursiv aufgeführt.

Bei der Auswertung aller Fragebögen konnte in 101 Fällen (99,9%) der Global-Severity-Index (GSI) ermittelt werden. Der GSI der untersuchten Gesamtpersonengruppe (N = 102) betrug .96 (SD =.07). Die interne Konsistenz der Gesamtskala der SCL-90-R liegt bei  $\alpha = .97$ , was als sehr gut einzustufen ist. Auch die internen Konsistenzen der Subskalen sind insgesamt als zufrieden stellend bis gut einzustufen. Die ermittelten Korrelationskoeffizienten sind im Vergleich zu den Korrelationskoeffizienten aus der Normstichprobe von Hessel et.al. (2001) unterschiedlich hoch und niedrig ausgefallen.

Die Mittelwerte der Gesamtpersonengruppe liegen bei allen Subskalen im Vergleich zu der deutschen Normstichprobe weit höher. Weitere Vergleiche anhand der T-Werte-Tabellen der SCL-90-R von Franke (1995) zeigen, dass die Grenze zwischen „normal-gesunden“ und „klinischer Stichprobe“ bei dieser Untersuchung anderes verläuft als dort angegeben. Bei Franke (1995) weisen T-Werte zwischen 60 und 70 auf sehr hohe Belastungen hin. Bei der vorliegenden Studie muss diese Grenze aber sehr viel höher gezogen werden.

in Klammern: die deutsche repräsentative Stichprobe von Hessel et.al. (2001)  
*kursiv*: Daten der epidemiologischen Studie aus dem Iran (Motamedi et.al., 2000)

Subskalen der SCL-90-R	M	SD	$\alpha$	Interkorrelationen								
				ZWA	UNS	DEP	ÄNG	AGG	PHO	PAR	PSY	GSI
Somatisierung	0.97 (0.48) <i>0.65<sup>a</sup></i>	0.85 (0.48) <i>0.54</i>	.89 (.83)	.56 (.61)	.49 (.47)	.55 (.59)	.61 (.64)	.52 (.48)	.53 (.47)	.52 (.46)	.51 (.50)	.83 (.74)
Zwanghaftigkeit	1.30 (0.45) <i>0.87</i>	0.84 (0.47) <i>0.62</i>	.85 (.83)	.64 (.72)	.71 (.77)	.65 (.72)	.61 (.64)	.59 (.57)	.64 (.67)	.61 (.67)	.93 (.88)	
Unsicherheit	0.87 (0.42) <i>0.74</i>	0.75 (0.49) <i>0.63</i>	.84 (.84)	.67 (.75)	.63 (.64)	.62 (.69)	.56 (.55)	.70 (.77)	.68 (.69)	.89 (.83)		
Depression	1.20 (0.44) <i>0.85</i>	0.94 (0.51) <i>0.67</i>	.92 (.88)	.68 (.71)	.64 (.67)	.63 (.58)	.67 (.70)	.62 (.70)	.93 (.90)			
Ängstlichkeit	0.86 (0.34) <i>0.76</i>	0.92 (0.45) <i>0.72</i>	.92 (.84)	.64 (.62)	.65 (.60)	.63 (.61)	.63 (.66)	.92 (.84)				
Aggression	0.77 (0.35) <i>0.48</i>	0.81 (0.47) <i>0.47</i>	.81 (.77)	.54 (.49)	.62 (.65)	.56 (.60)	.85 (.76)					
Phobische Ängste	0.56 (0.22) <i>0.44</i>	0.67 (0.38) <i>0.55</i>	.83 (.75)	.50 (.52)	.55 (.58)	.83 (.67)						
Paranoides Denken	1.20 (0.45) <i>1.1</i>	0.99 (0.54) <i>0.78</i>	.85 (.77)	.63 (.64)	.90 (.79)							
Psychotizismus	0.65 (0.22) <i>0.55</i>	0.74 (0.36) <i>0.53</i>	.86 (.81)	.88 (.79)								
GSI	0.96 (0.38) <i>0.72</i>	0.75 (0.39) <i>0.50</i>	.97 (.97) <i>.98</i>									
PST	41.22 (23.36) <i>36.25</i>	21.44 (18.82) <i>17.43</i>										
PSDI	1.82 (1.36) <i>1.66</i>	0.68 (0.42) <i>0.52</i>										

*Anmerkungen:* Alle Korrelationskoeffizienten der Skalen sind signifikant auf  $p < 0.01$ ,

$\alpha$  = Interne Konsistenz, Cronbach's Alpha;

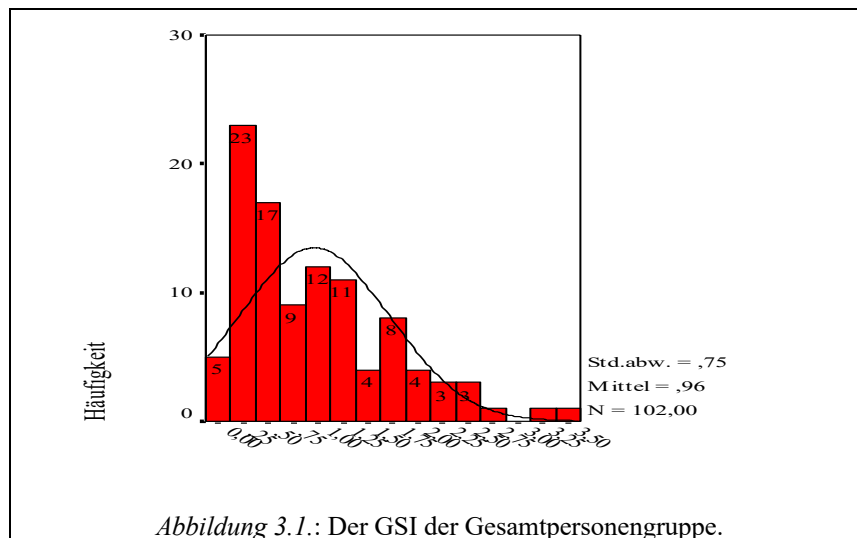
<sup>a</sup> Die erwähnte Studie aus dem Iran befasst sich sehr knapp mit der Dokumentation der Ergebnisse und liefert nur die in der Tabelle *kursiv* aufgeführten Daten.

*Skalen:* ZWA (Zwanghaftigkeit), UNS (Unsicherheit im Sozialkontakt), DEP (Depressivität), ÄNG (Ängstlichkeit), AGG (Aggression), PHO (phobische Ängste), PAR (paranoides Denken), PSY (Psychotizismus), Z-SK (Zusatzskala), GSI (global Severity Index), PST (positiv Symptom total), PSDI (positiv Symptom Distress Index)

Die bereits erwähnte Epidemiologiestudie im Iran (Motamedi et. al., 2000) und einige weitere dort durchgeführten Studie (z.B. Chekini et. al., 2001) berichten auch von einem hohen GSI

im Vergleich zu anderen Ländern. Bei der vorliegenden Untersuchung liegt der GSI wie ja wohl auch anzunehmen war um einige Punkte höher als die aktuellste im Iran durchgeführte Epidemiologiestudie. Dies deutet daraufhin, dass die psychische Symptombelastung der Befragten dieser Untersuchung sogar höher liegt als die Befunde zeigen, die uns aus dem Iran bekannt sind.

Die weiblichen Befragten der Gesamtpersonengruppe sind nach SCL-90-R signifikant stärker belastet (GSI = 1.10) als die männlichen Befragten (GSI = .80,  $t = 2.105$ ,  $df = 100$ ,  $p < 0.03$ ). Hier liegen die Werte der weiblichen Stichprobe im Vergleich zu den Befunden aus der erwähnten Epidemiologiestudie im Iran signifikant höher. Eine andere Studie im Iran berichtet (Chekini et. al., 2001) von einem GSI der männlichen Stichprobe von  $M = .73$ , im Vergleich zu der weiblichen Stichprobe  $M = .72$ , wobei die Mittelwertunterschiede sich dort nicht signifikant von einander unterscheiden.



Die Ergebnisse der 90 Items der SCL-90-R sind zu der im Kapitel (2.2.1.1.) beschriebenen Skalenstruktur zusammenfassend im Anhang A, Abbildung A1-A9 dargestellt. Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die dargestellten Ergebnisse hinsichtlich der Subskalen der SCL-90-R auf einen erhöhten und weit über der deutschen Normstichprobe (Hessel et. al., 2001) liegenden Mittelwert der Gesamtpersonengruppe in den Subskalen „Somatisierung“ ( $x = 1.03$ ), „Zwanghaftigkeit“ ( $x = 1.30$ ), „Unsicherheit im Sozialkontakt“ ( $x = 1.03$ ), „Depressivität“ ( $x = 1.20$ ) und „paranoides Denken“ ( $x = 1.20$ ) hinweisen. Diese sind auch am stärksten beim Zustandekommen des höheren GSI der Gesamtstichprobe beteiligt.



### 3.1.2. Zur psychischen Symptombelastung der Stichproben und Teilstichproben

Im Folgenden werden die Daten der verschiedenen Teilstichproben hinsichtlich ihrer psychischen Symptombelastung miteinander verglichen. Es werden zunächst die Daten der Patienten- und Zufallsstichprobe miteinander verglichen, dann die gemäß SCL-90-R gebildeten Teilstichproben „Schwächer Belastete“ und „Stärker Belastete“. Anschließend folgen der Vergleich der beiden Geschlechter und verschiedener Altersgruppen.

#### 3.1.2.1. Patienten- und Zufallsstichprobe

Die Daten der beiden Teilstichproben „Patienten“ und „Zufallsstichprobe“ sind separat voneinander erhoben worden. Tabelle 3.2. zeigt die Ergebnisse aus dem Mittelwertsvergleich der beiden Stichproben hinsichtlich der Skala „momentaner psychischer Symptombelastung“ (SCL-90).

Tabelle 3.2.: Vergleich der Patienten- und Zufallsstichprobe hinsichtlich „momentaner psychischer Symptombelastung“ (SCL-90-R)

<i>SCL-90-R-Subskalen</i>	<i>Zufallsstichprobe</i> (n = 92)		<i>Patientenstichprobe</i> (n = 10)		<i>t</i>	<i>p(t)</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
<b>Somatisierung</b>	.95	.85	1.20	.85	.923	.358
<b>Zwanghaftigkeit</b>	1.30	.83	1.53	.91	.905	.367
<b>Unsicherheit</b>	.83	.74	1.23	.77	1.639	.104
<b>Depressivität</b>	1.14	.91	1.78	1.14	2.093	.039*
<b>Ängstlichkeit</b>	.82	.92	1.23	.89	1.327	.188
<b>Aggressivität</b>	.74	.80	1.03	.89	1.095	.276
<b>Phobische Ängste</b>	.55	.69	.66	.45	.470	.640
<b>Paranoides Denken</b>	1.16	.99	1.50	.97	1.017	.311
<b>Psychotizismus</b>	.62	.75	.93	.67	1.256	.212
<b>GSI</b>	.92	.75	1.32	.72	1.350	.180

\*  $p < 0.05$

Vergleicht man die Mittelwerte der beiden Stichproben bei den einzelnen Subskalen der SCL-90-R mit denen der deutschen Normstichprobe aus Hessel et.al (2001), so liegen sie hier wesentlich höher. Dabei liegen die Werte der Patientenstichprobe durchweg höher als die Werte der Zufallsstichprobe. Die Tabelle zeigt weiter, dass die beiden Vergleichsgruppen sich nur bei einer einzigen Variablen, nämlich bei der „Depressivität“ signifikant voneinander

unterscheiden. Es deutet darauf hin, dass die Patienten wesentlich depressiver sind als die Befragten der Zufallsstichprobe. Auch insgesamt und anhand der GSI der beiden Stichproben kann gesehen werden, dass die psychische Symptombelastung bei den iranischen Migrantinnen und Migranten in Deutschland wesentlich höher ist.

Vergleichen wir die Werte der beiden Stichproben weiter, fällt aber auch auf, dass die Werte der Zufallsstichprobe sehr nah an denen der „Patientenstichprobe“ liegen, deutlich in den Subskalen „Zwanghaftigkeit“, „Depressivität“ und „Paranoides Denken“. Aufgrund dieser Befunde ist zu erwarten, dass in der Zufallsstichprobe stärker belastete Personen vorkommen, die aufgrund dessen, dass ihre Daten nicht als Patienten in dieser Untersuchung erfasst sind, eben zu diesen höheren Werte der „Zufallsstichprobe“ beigetragen haben können.

Daher wurden die Werte der Patienten- und Zufallsstichprobe aus der SCL-90-R zuerst zusammengeworfen und aus denen eine Gesamtpersonengruppe gebildet. Danach wurden aus der GSI der Gesamtpersonengruppe zwei Teilstichproben herausgebildet. Dafür wurde der Median der GSI als Kriterium zur Bildung der Teilstichproben „Schwächer Belastete“ (GSI < 71) und „Stärker Belastete“ (GSI > 71) gewählt. Demnach ergeben sich exakt zwei gleich große Teilstichprobe mit jeweils N = 51. Über die statistischen Kennwerte und den t-Test für unabhängige Mittelwertunterschiede der beiden Stichproben „Schwächer Belastete“ und „Stärker Belastete“ informiert die Tabelle A2 im Anhang A.

Sind die beiden Teilstichproben auf diese Art und Weise gebildet, ergeben sich für die einzelnen Subskalen der SCL-90-R zwei voneinander abgrenzbare Gruppen bezüglich der psychischen Symptombelastung, die aufgrund der Medianhalbierung gebildet wurden.

Nun stellt sich die Frage, ob alle Patienten auch tatsächlich in der neu gebildeten Stichprobe „Stärker Belastete“ vorkommen. Diese Frage lässt sich anhand der Prozedur Kreuztabelle im SPSS überprüfen. Demnach ergibt sich folgende Vierfeldertabelle:

Tabelle 3.4.: Ergebnisse der Kreuztabelle hinsichtlich der Verteilung der Patienten- bzw. Zufallsstichprobe in den gebildeten Stichproben „Schwächer Belastete“ und „Stärker Belastete“

	„Schwächer Belastete“	„Stärker Belastete“	
<i>Patientenstichprobe</i>	1	9	10
<i>Zufallsstichprobe</i>	50	42	92
	51	51	102

Chi<sup>2</sup> = 7.096, df = 1, p = .008

Aus der Tabelle ist zu entnehmen, dass insgesamt neun von zehn Patienten in der Stichprobe „Stärker Belastete“ vorkommen. Der GSI der einen Patientin, die nicht in dieser Gruppe vorkommt, fällt aber in den oberen Grenzbereich des GSI der Stichprobe „Schwächer Belastete“ (GSI = 71).

Die Daten der so gebildeten Teilstichproben sollen bei weiteren Darstellungen der verschiedenen Teile des Messinstrumentariums neben den Daten der Patienten- und Zufallsstichprobe eine weitere Vergleichsmöglichkeit bieten.

Betrachten wir nun die Ergebnisse aus der SCL-90-R im Zusammenhang mit den soziodemografischen Daten der Gesamtuntersuchungsgruppe. Hierzu sollen die nachfolgenden Abhandlungen ein detailliertes Bild über die Teilstichproben liefern.

### 3.1.2.2. Geschlechterunterschiede

In der Gesamtpersonengruppe kommen etwa gleich viel weibliche (N = 53) wie männlichen (N = 49) Befragte vor. In der Patientenstichprobe gibt es hauptsächlich weibliche Teilnehmerinnen und in der Gruppenbildung nach GSI Werte aus der SCL-90-R ist die Anzahl der weiblichen Befragten in der Gruppe „Schwächer Belastete“ (N = 23) im Vergleich zu „Stärker Belastete“ (N = 30) etwa gleich verteilt - vergleichbar mit der Anzahl der männlichen Befragten in den Gruppen „Schwächer Belastete“ (N = 28) und „Stärker Belastete“ (N = 21). Die Grafik 3.2. veranschaulicht den Mittelwertunterschied der beiden Geschlechter hinsichtlich ihrer „momentanen psychischen Symptombeschwerden“ (SCL-90-R).

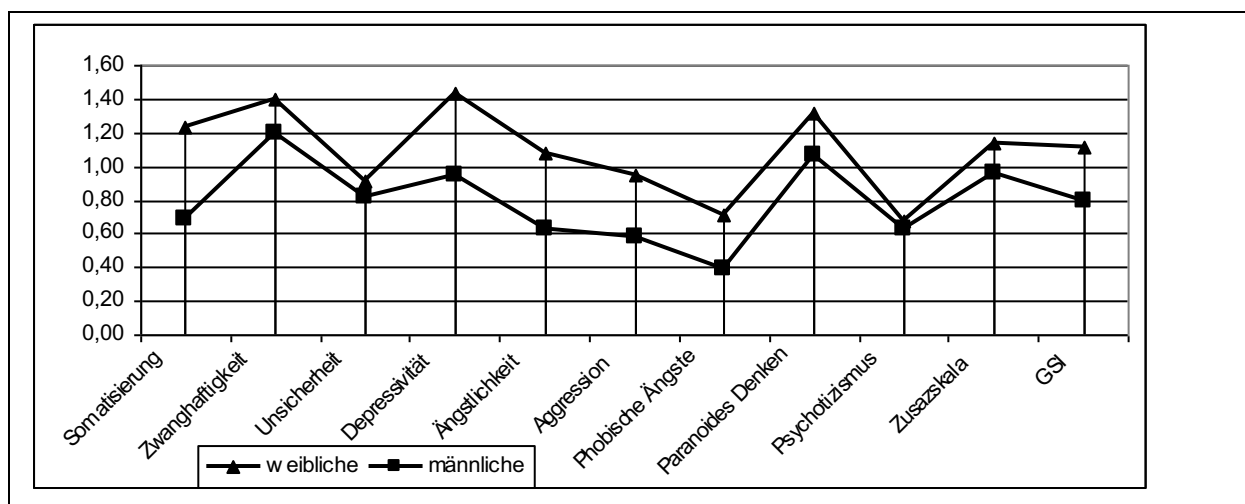


Abbildung 3.2.: Vergleich der Geschlechter der Gesamtpersonengruppe hinsichtlich momentaner psychischer Symptombelastung“ (SCL-90-R)

Die männlichen Befragten scheinen im Verhältnis zu den weiblichen in den letzten sieben Tagen psychisch weniger belastet gewesen zu sein. Diese Mittelwertunterschiede zeigen nach dem t-Test für unabhängige Stichproben eine Signifikanz für die Subskalen „Somatisierung“ ( $t = 3,445$ ,  $p < 0.01$ ), „Depressivität“ ( $t = 2.661$ ,  $p < 0.01$ ), „Ängstlichkeit“ ( $t = 2.513$ ,  $p < 0.05$ ), „Aggressivität“ ( $t = 2.331$ ,  $p < 0.05$ ), „phobische Ängste“ ( $t = 2.434$ ,  $p < 0.05$ ) und für die GSI Mittelwertunterschiede ( $t = 2.105$ ,  $p < 0.05$ ).

Viele sowohl in den westlichen Gesellschaften wie auch im Iran durchgeführte Erfassungen zum psychischen Befinden verzeichnen bei Frauen im Vergleich zu Männern eine höhere Symptombelastung. Auf die spezifischen Faktoren, die bei dieser Untersuchung einen Einfluss auf Geschlechterunterschiede zu haben scheinen, wird an anderer Stelle eingegangen. Hier soll noch anhand der bisher dargestellten Befunde darauf hingewiesen werden, dass auch die „berufliche Situation“ auf das psychische Befinden der beiden Geschlechter einen Einfluss zu haben scheint. Die Abbildung 3.3. zeigt, dass ein großer Teil der Befragten ( $N = 16$ ) Hausfrauen sind, aber in fast allen anderen Bereichen kommen auch Frauen vor. Beim näheren Betrachten der Vergleichsdaten der Berufsgruppen hinsichtlich der SCL-90-R (Anhang A, Tabelle A4) wird aber ersichtlich, dass in der Gesamtpersonengruppe überwiegend Hausfrauen und Pensionierte die stärksten psychischen Symptombelastungen aufweisen.

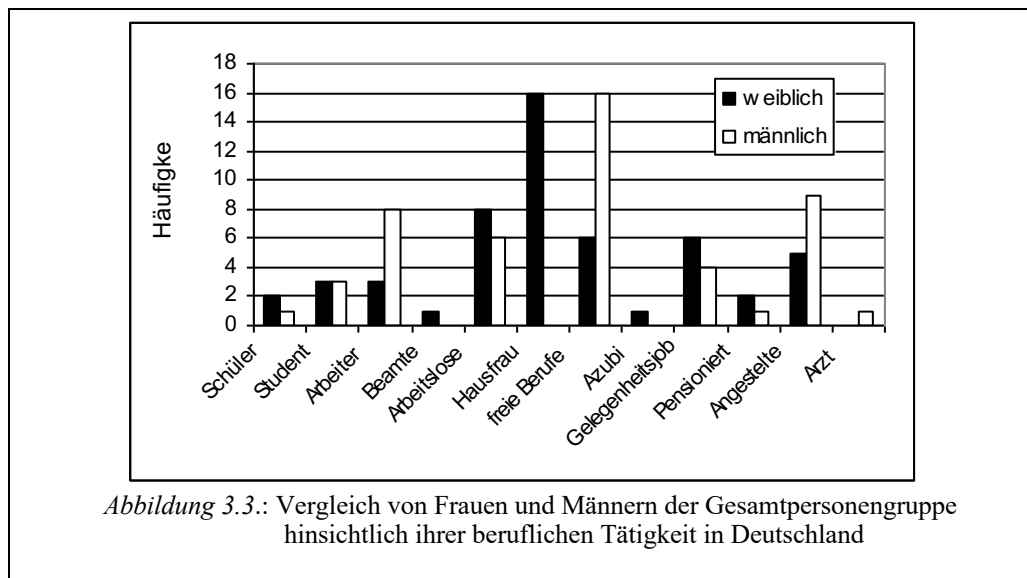
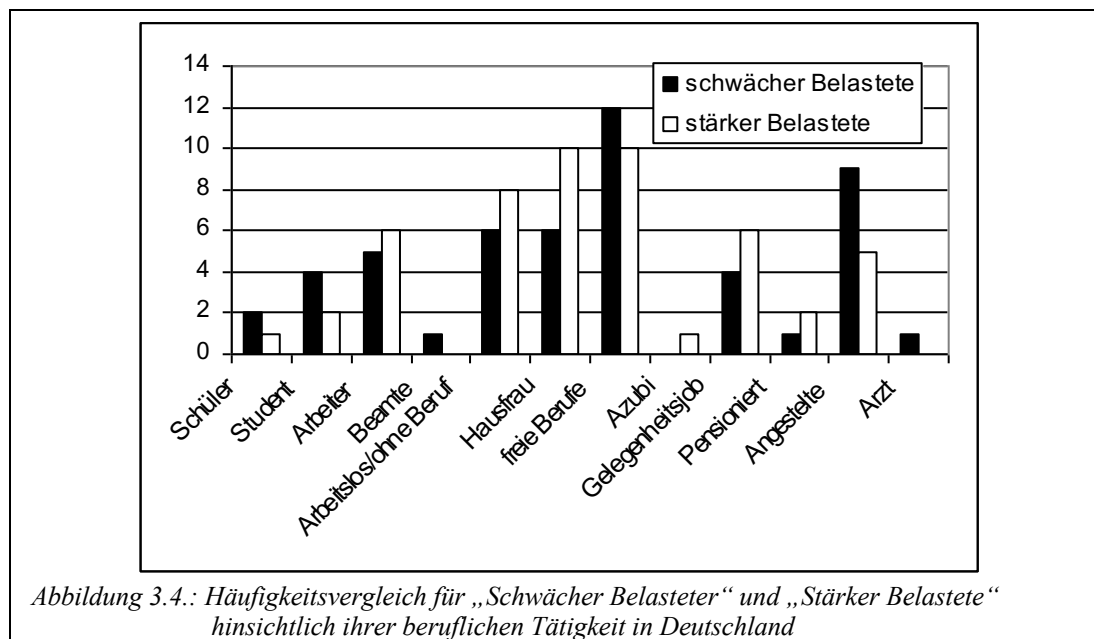


Abbildung 3.3.: Vergleich von Frauen und Männern der Gesamtpersonengruppe hinsichtlich ihrer beruflichen Tätigkeit in Deutschland

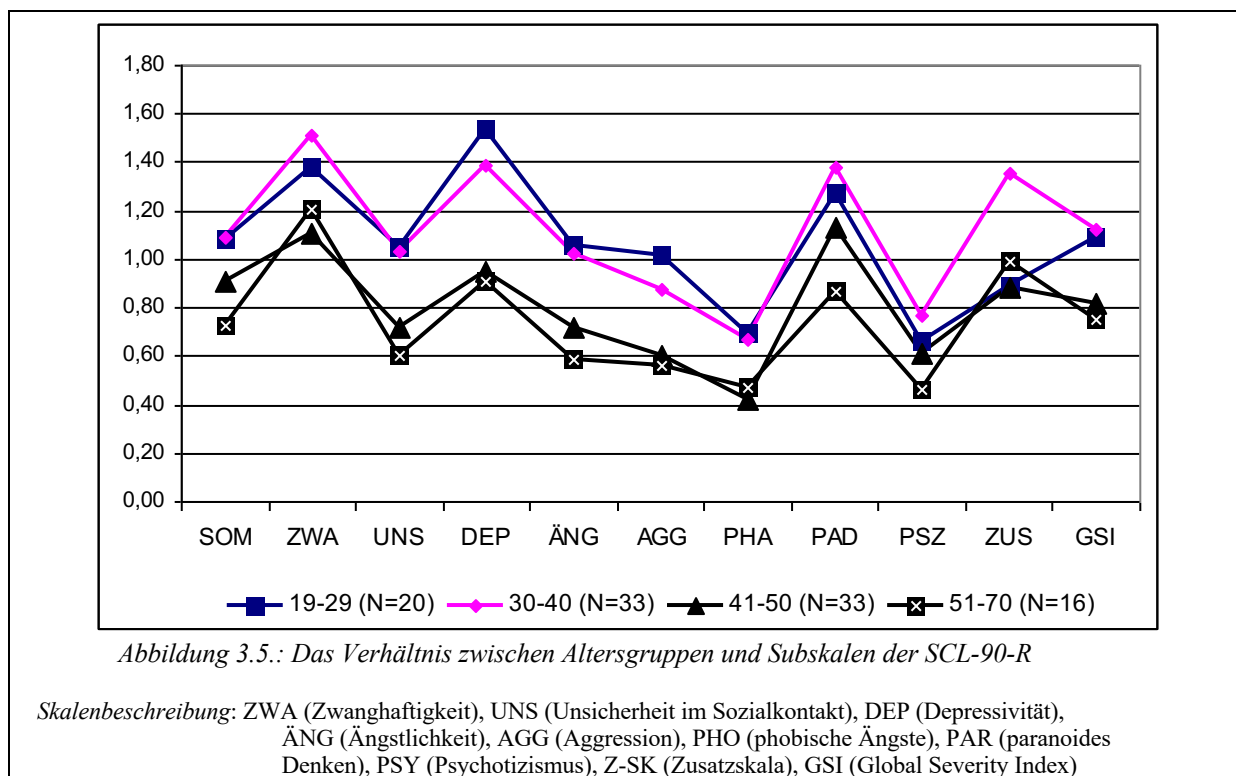
Vergleichen wir hier das Verhältnis zwischen „Schwächer Belasteten“ und „Stärker Belasteten“ hinsichtlich der beruflichen Tätigkeit in Deutschland, zeigt es sich zuerst (Abbildung 3.4.), dass die Gruppe „Stärker Belastete“ und „Schwächer Belastete“ in allen beruflichen Kategorien vorkommen.



Somit kann auf der Grundlage der hier dargestellten Daten der Stichprobe „Stärker Belastete“ im Vergleich zu „Schwächer Belastete“ festgehalten werden, dass in den Berufsgruppen „Arbeiter“, „Arbeitslose bzw. ohne Beruf“, „Hausfrauen“ und „Gelegenheitsjob“ Befragte vorkommen, die stärker als alle andere Berufsgruppen der iranischen Migrantinnen und Migranten in Deutschland unter Symptomen einer psychischen Störung leiden.

### 3.1.2.3. Altersgruppenunterschiede

Untersucht man die Rolle des Alters in Bezug auf die momentane psychische Befindlichkeit der untersuchten Gruppen, so stößt man auf einen bemerkenswerten Unterschied (Abbildung 3.5.): Die GSI-Werte zeigen eine kontinuierliche Abnahme der psychischen Symptombelastung mit zunehmendem Alter. Das heißt: Die jüngere Altersgruppe (19 bis 29 jährige) weist fast bei jeder Skala der SCL-90-R einen höheren Wert auf, wobei außerdem zu sehen ist, dass die drei weiteren Altersgruppen mit unterschiedlicher Intensität in der einzelnen Skala dieser Gruppe folgen.



Die beiden Geschlechter sind in den vier Altersgruppen etwa gleich verteilt. Aus der Grafik 3.5. wird ein höherer Grad der psychischen Symptombelastung bei den jüngeren Altersgruppen (19-40jährige) im Vergleich zu den älteren (41-70jährigen) deutlich. Dafür dass die psychische Belastung im Alter abnimmt und im Jugend- und Erwachsenenalter stärker ausgeprägt ist, gibt es sicherlich auch eine kulturelle Erklärung (Chekini et. al., 2001)<sup>36</sup>. Auf Faktoren, die diesbezüglich bei dieser Untersuchung eine Rolle spielen, wird im Zusammenhang mit Ergebnissen anderer Teile noch eingegangen und im Diskussionsteil ausführlicher diskutiert. Hier kann noch auf einen Effekt der Aufenthaltsdauer in Deutschland auf Altersgruppen hingewiesen werden. So zeigen die Daten einen signifikant höheren Mittelwert der Aufenthaltsdauer in den Altersgruppen 41-50 jährigen (N = 33, M = 3.4, SD = 1.9) und 51-70 jährigen (N = 16, M = 3.12, SD = 1.9; F = 4.55, p< 0.01). Die Länge des Aufenthalts scheint hier zu weniger psychischen Belastungen beizutragen, aber sicherlich ist das nicht der einzige Faktor.

<sup>36</sup> Die Autoren erläutern dort, dass diese Ergebnisse sowohl denen in den USA wie auch den vom „WHO“ in anderen Ländern erzielten Ergebnisse widersprechen, und führen diese Unterschiede auf die vermutlich höhere soziale Anerkennung der älteren Menschen in der iranischer Gesellschaft zurück.

### 3.1.2.4. Familienstand und psychische Symptombelastung

Wie die Ergebnisse der Varianzanalyse in der Tabelle 3.5. zeigen, weisen diejenige Befragten, die getrennt von ihrem bzw. ihrer Partner/in leben die höchsten Mittelwerte bei allen Subskalen der SCL-90-R auf. Die nächste Gruppe mit durchaus höheren Werten bilden die Geschiedenen. Die Unterschiede sind alle (außer bei „paranoidem Denken“) statistisch signifikant. Dies legt nahe, dass eine enge Beziehung zwischen Konflikten in der Partnerschaft und psychischer Belastung der untersuchten Personengruppe besteht (s. auch 2.7. die Patientenbeschreibung).

Tabelle 3.5.: Mittelwertunterschiede bei Familienstand und SCL-90-R

<i>SCL-90-R-Skalen</i>	<i>Ledige</i> (n=22)		<i>Verheiratete</i> (n=54)		<i>Geschiedene</i> (n=14)		<i>Getrennt lebende</i> (n=11)		<i>F</i>	<i>p(t)</i>
	<i>M</i>	<i>S</i>	<i>M</i>	<i>S</i>	<i>M</i>	<i>S</i>	<i>M</i>	<i>S</i>		
<i>Somatisierung</i>	.80	.71	.87	.75	1.04	.97	1.48	1.06	3.144	.010*
<i>Zwanghaftigkeit</i>	1.24	.74	1.15	.76	1.36	.88	1.90	.91	3.840	.000**
<i>Unsicherheit</i>	.88	.65	.72	.55	1.06	.99	1.17	1.0	3.191	.010*
<i>Depressivität</i>	1.09	.72	1.00	.79	1.41	1.2	1.85	.95	4.388	.000**
<i>Ängstlichkeit</i>	.77	.71	.67	.69	1.00	1.2	1.60	1.2	5.100	.000**
<i>Aggressivität</i>	.82	.66	.56	.58	.90	.99	1.21	1.0	7.157	.000**
<i>Phobische Ängste</i>	.59	.56	.38	.42	.59	.66	1.06	1.0	10.176	.000**
<i>Paranoides Denken</i>	1.20	1.0	1.03	.88	1.40	1.0	1.60	1.2	2.168	.070
<i>Psychotizismus</i>	.78	.73	.49	.58	.63	.82	.99	.97	4.414	.000**
<b><i>GSI</i></b>	<b>.93</b>	<b>.62</b>	<b>.79</b>	<b>.60</b>	<b>1.1</b>	<b>.92</b>	<b>1.5</b>	<b>.96</b>	<b>5.330</b>	<b>.001**</b>

\*\* p< 0.00; \* p< 0.05; df = 4 („verwitwet“ (n = 1) wurde in der Tabelle nicht aufgeführt)

Betrachten wir die Werte der Gesamtuntersuchungsgruppe bei GSI, so zeigt es sich, dass die GSI der Verheirateten im Vergleich wesentlich niedriger liegt. Die ledigen Befragten zeigen im Vergleich zu Geschiedenen und getrennt lebenden weniger psychische Symptombelastung auf SCL-90-R, wobei die GSI der getrennt lebenden auf höchste psychische Symptombelastung im Vergleich zu alle anderen hinweist.

Die Befunde legen den Schluss nahe, dass der Ehekonflikt für die Befragten als eine größere Quelle von Dauerstress zu betrachten ist, mit denen sich die Befragten auseinandersetzen müssen. Ziehen wir auch die Erfahrungen mit den Patienten in Betracht, die unter 2.6. ausführlicher beschrieben wurden zwar, dass die Konflikte in der Ehe einer der Hauptgründe beim Aufsuchen einer Psychotherapie waren, können diese Ergebnisse nur bestätigt werden. Auf die zu vermutenden Gründe, die auch durch Befunde anderer Untersuchungen unterstützt werden, wird bei der Diskussion ausführlicher eingegangen.

### 3.1.2.5. Schulabschluss und psychische Symptombelastung

Als weiterer wichtiger Einflussfaktor beim psychischen Befinden der Befragten zeigte sich die Variable „Schulabschluss“. In der Tabelle 3.6. wird deutlich, dass die Gruppe mit einem höheren Schulabschluss (Diplom) die niedrigsten Werte und die Gruppe mit einem Haupt- bzw. Realabschluss bzw. einer Ausbildung höhere Werte auf den Subskalen der SCL-90-R erzielt haben. Für diese Befunde liefert aber der F-Test lediglich bei „phobische Ängste“, „Depressivität“ und „Psychotizismus“ eine statistische Signifikanz.

Tabelle 3.6.: Mittelwertunterschiede hinsichtlich des Schulabschlusses und der SCL-90-R

<i>SCL-90-R-Skalen</i>	<i>Haupt/Real (n=18)</i>		<i>Ausbildung (n=2)</i>		<i>Abitur (n=41)</i>		<i>Magister (n=27)</i>		<i>Diplom (n=13)</i>		<i>F</i>	<i>p(t)</i>
	<i>M</i>	<i>S</i>	<i>M</i>	<i>S</i>	<i>M</i>	<i>S</i>	<i>M</i>	<i>S</i>	<i>M</i>	<i>S</i>		
Somatisierung	1.28	1.1	1.2	.65	.95	.80	.98	.81	.58	.54	1.094	.369
Zwanghaftigkeit	1.50	1.1	2.05	1.50	1.32	.71	1.31	.77	.84	.78	1.375	.240
Unsicherheit	1.06	1.0	1.83	.71	.86	.61	.90	.75	.47	.38	1.867	.107
Depressivität	1.53	1.2	2.11	1.25	1.24	.88	1.18	.92	.55	.48	2.281	.052*
Ängstlichkeit	1.24	1.26	1.30	.84	.89	.87	.82	.82	.30	.38	1.826	.115
Aggressivität	1.15	1.1	1.00	.70	.76	.72	.75	.77	.28	.31	1.921	.098
Phobische Ängste	1.00	1.1	1.00	.80	.51	.52	.49	.41	.18	.17	2.978	.015*
Paranoides Denken	1.31	1.14	1.75	.82	1.27	.96	1.26	1.0	.64	.50	1.238	.297
Psychotizismus	1.04	1.0	1.35	1.3	.63	.68	.60	.61	.23	.28	2.561	.032*
<b>GSI</b>	<b>1.26</b>	<b>1.06</b>	<b>1.56</b>	<b>.96</b>	<b>.96</b>	<b>.66</b>	<b>.96</b>	<b>.68</b>	<b>.47</b>	<b>.39</b>	<b>2.132</b>	<b>.061</b>

\*  $p < 0.05$ ,  $df = 5$  (eine Person mit einem Dokortitel ist nicht in der Tabelle aufgeführt.)

Diese Ergebnisse entsprechen im Prinzip den Befunden aus Franke, 1995. Auch die Befunde aus einer Studie im Iran, die sich nicht nur mit der studentischen Population beschäftigt (Mohtamedi, 1998) und die Daten der Epidemiologiestudie von Chekini et.al. (2001) bestätigen die Beziehung zwischen Schulabschluss und psychischer Symptombelastung.

### 3.1.2.6. Aufenthaltsdauer und psychische Symptombelastung

Im Zusammenhang mit der momentanen psychischen Symptombelastung der Gesamtpersonengruppe zeigt die Aufenthaltsdauer ein interessantes Ergebnis. Aus den Angaben der Befragten über ihren Aufenthalt in Deutschland wurden vier Gruppen gebildet. Der Tabelle 3.7. ist zu entnehmen, dass der Grad der psychischen Symptombelastung der Befragten sich mit länger werden des Aufenthaltes in Deutschland kontinuierlich vermindert, so dass die Gruppe mit niedrigerer Aufenthaltsdauer im Vergleich zu der Gruppe mit höherer Aufenthaltsdauer eindeutig stärkere Belastungen zeigt.

Tabelle 3.7.: momentane psychische Symptombelastung der Gesamtpersonengruppe hinsichtlich der Aufenthaltsdauer



	Aufenthaltsdauer in Jahren								F	p(t)
	1 bis 5 (n = 16)		6 bis 10 (n = 36)		11 bis 15 (n = 34)		> 16 (n = 16)			
<i>SCL-90-R Subskalen</i>	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD		
Somatisierung	1.2	.97	1.0	.90	1.0	.83	.52	.42	2.142	.100
Zwanghaftigkeit	1.5	.90	1.4	.93	1.4	.71	.81	.67	2.385	.074
Unsicherheit	1.2	.86	.94	.78	.79	.66	.57	.49	2.262	.085
Depressivität	1.6	1.0	1.2	1.0	1.1	.86	.61	.46	3.582	.017*
Ängstlichkeit	1.2	1.1	.97	.80	.67	.80	.43	.55	2.841	.042*
Aggressivität	1.2	.93	.83	.80	.67	.79	.43	.55	2.674	.050*
Phobische Ängste	.63	.64	.65	.72	.59	.71	.24	.29	1.496	.220
Paranoides Denken	1.7	1.1	1.3	.93	1.0	.89	.83	.93	2.730	.048*
Psychotizismus	1.0	.95	.70	.72	.55	.67	.34	.55	2.809	.043*
<b>GSI</b>	<b>1.3</b>	<b>.87</b>	<b>1.0</b>	<b>.79</b>	<b>.93</b>	<b>.67</b>	<b>.52</b>	<b>.47</b>	<b>3.214</b>	<b>.025*</b>

df=3, \*p<0.05

Die Mittelwertunterschiede der vier Aufenthaltsgruppen sind bei fünf von neun Subskalen der SCL-90-R („Depressivität“, „Ängstlichkeit“, „Aggressivität“, „paranoides Denken“ und „Psychotizismus“) und auch in der Gesamtsymptombelastung (GSI) signifikant. So kann hier zusammenfassend festgehalten werden: Am Anfang der Migration ist die psychische Symptombelastung sehr hoch. Sie wird kontinuierlich weniger je länger man in der Migration lebt. Dagegen zeigt die Varianzanalyse keinen Zusammenhang zwischen Migrationsmotiven der Befragten und dem Grad der psychischen Symptombelastung (s. Tabelle A3 im Anhang A).

Vergleicht man nun das Verhältnis zwischen den Stichproben „Schwächer Belastete“ und „Stärker Belastete“ hinsichtlich des Einflussfaktors Aufenthaltsdauer, so ergibt sich folgendes Bild:

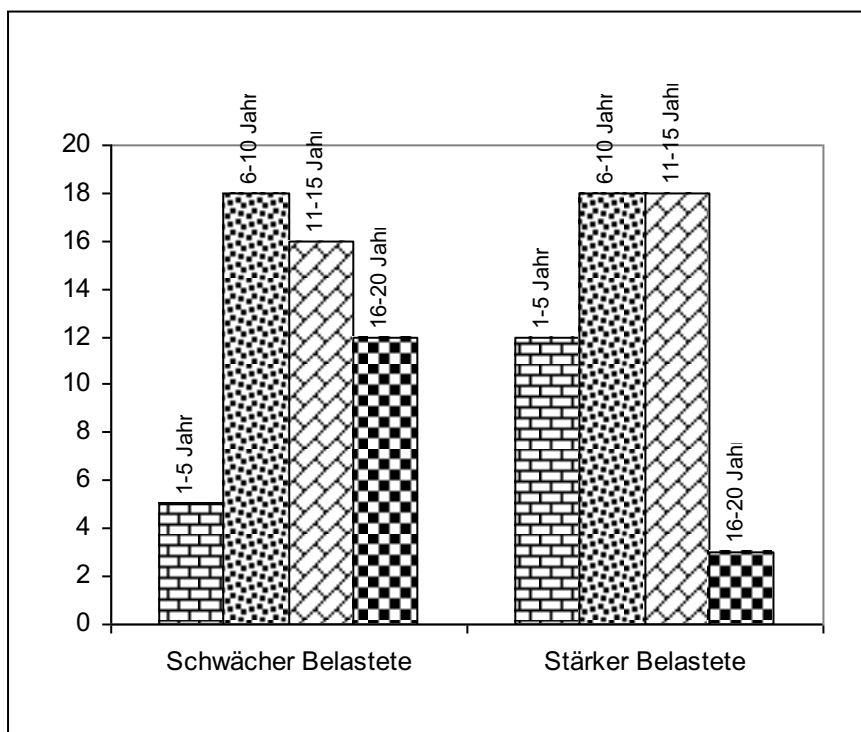


Abbildung 3.6.: Die Häufigkeit Stichproben „Schwächer Belastete“ und „Stärker Belastete“ in Abhängigkeit zur Aufenthaltsdauer

In der Stichprobe „Schwächer Belastete“ bilden Personen mit einer Aufenthaltsdauer zwischen 6 bis 20 Jahren die überwiegende Mehrheit. Dabei ist die Anzahl der Befragten dieser Stichprobe, die über 16 Jahren in Deutschland leben im Vergleich zu denen der Stichprobe „Stärker Belastete“ viel höher. Hingegen ist die Anzahl der Personen mit einer Aufenthaltsdauer von weniger als 5 Jahren bei der Stichprobe „Stärker Belastete“ viel höher. (Als Vergleich: In der Patientenstichprobe kamen keine Personen vor, die länger als 15 Jahren in Deutschland lebten).

### 3.1.2.7. Aufenthaltsstatus und psychische Symptombelastung

Ein im Zusammenhang mit der Aufenthaltsdauer als wichtig betrachteter Faktor, der einen großen Einfluss auf das psychische Befinden der Befragten zeigt, ist der aufenthaltsrechtliche Status der Befragten. Wie in Tabelle 3.8. dargestellt, weist die Varianzanalyse hochsignifikante Mittelwertunterschiede zwischen fünf unterschiedlichen Aufenthaltsgruppen hinsichtlich der psychischen Symptombelastung auf.

Tabelle 3.8.: psychische Symptombelastung in Abhängigkeit vom Aufenthaltsstatus

	Aufenthalts- berechtigung (n = 41 <sup>a</sup> )		Asyl- berechtigte (n = 33)		Aufenthalts- befähigung (n = 17)		Aufenthalts- gestattung (n = 8)		Duldung (n = 3)		F	F(t)
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD		
Somatisierung	0,82	0,81	0,84	0,81	1,05	0,68	1,33	0,67	3,00	0,65	6,230	.000
Zwanghaftigkeit	1,07	0,74	1,19	0,83	1,44	0,63	2,08	0,69	2,90	0,89	6,762	.000
Unsicherheit	0,65	0,55	0,72	0,68	1,16	0,65	1,58	0,75	2,19	1,25	7,988	.000
Depressivität	0,93	0,79	1,06	0,88	1,42	0,86	2,05	1,10	2,90	0,97	6,355	.000
Ängstlichkeit	0,59	0,66	0,70	0,81	1,02	0,81	1,74	1,06	3,23	0,75	11,420	.000
Aggressivität	0,55	0,58	0,69	0,83	0,84	0,78	1,56	1,00	2,11	0,77	5,815	.000
Phobische Angst	0,41	0,47	0,54	0,77	0,63	0,47	0,57	0,26	2,52	0,93	9,180	.000
Paranoid. Denken	0,85	0,77	1,05	0,95	1,56	0,87	2,40	1,10	2,39	0,98	7,642	.000
Psychotizismus	0,38	0,49	0,57	0,74	0,81	0,64	1,55	0,85	1,97	1,03	9,225	.000
<b>GSI</b>	<b>0,72</b>	<b>0,60</b>	<b>0,84</b>	<b>0,73</b>	<b>1,12</b>	<b>0,58</b>	<b>1,73</b>	<b>0,71</b>	<b>2,60</b>	<b>0,84</b>	<b>9,389</b>	<b>.000</b>

df= 99, alle p<0.001,

a = zusammengesetzte Gruppen: Aufenthaltsberechtigung n = 26, dt. Staatsangehörigkeit n = 15

Diese Ergebnisse zeigen sehr deutlich, dass die Sorge, die mit einem unsicheren Aufenthaltsstatus einhergeht das psychische Befinden stark beeinträchtigt. So zeigen Befragte, die nur einen ganz unsicheren Aufenthaltsstatus wie „Duldung“ besitzen auch am stärksten psychische Symptombelastung, während Befragte mit einem Bleiberecht (Aufenthaltsberechtigung bzw. dt. Staatsangehörigkeit) im Vergleich, auch zu den anderen drei, am wenigsten unter verschiedenen Formen einer psychischer Symptombelastung leiden. Zieht man in Betracht, dass auch der Aufenthaltsstatus als Asylberechtigte eine sichere Aufenthaltsform ist, so soll man den Aufenthaltsstatus als einen beteiligten Faktor ansehen, der zu diesem Unterschied beiträgt<sup>37</sup>. Einige dieser Faktoren sind bereits behandelt worden. Weiter geht es nun darum, auf die Rolle der Sprachkenntnisse beim psychischen Befinden der Befragten zu schauen.

### 3.1.2.8. Sprachkenntnisse und psychische Symptombelastung

Die Deutschkenntnisse sind anhand eines einzigen Items abgefragt worden. Auf einer 7-stufigen Skala (0 = gar nicht bis 6 = sehr gut) haben die Befragten angegeben, wie gut sie selbst ihre Kenntnisse der deutschen Sprache einschätzen. Aus den Angaben der Gesamtpersonengruppe über ihre Kenntnisse der deutschen Sprache wurden drei Gruppen gebildet<sup>38</sup>. Setzt man diese Gruppen hinsichtlich ihrer Werte auf der SCL-90-R in Beziehung zueinander, ergeben sich wie in der Tabelle 3.9. dargestellt signifikante Mittelwertunterschiede bei sieben Subskalen der SCL-90-R.

Tabelle 3.9.: Vergleich der Mittelwerte der Gesamtpersonengruppe hinsichtlich ihrer Sprachkenntnisse und der psychischen Symptombelastung

Deutsche Sprachkenntnisse								
schwach (n = 31)		mittelmäßig (n = 29)		gut (n = 42)				
M	SD	M	SD	M	SD	F	p(t)	

<sup>37</sup> Des Weiteren liegt es auf der Hand, dass nach dem Ausländerrecht nur denjenigen eine Aufenthaltsberechtigung erteilt, bzw. nur derjenige die deutsche Staatsangehörigkeit bekommen kann, die auch bestimmte Voraussetzungen erfüllt. Zu diesen Voraussetzungen zählen ein zumindest achtjähriger ununterbrochener Aufenthalt in Deutschland, gesicherte Arbeit und ausreichendes Einkommen, Beherrschung der deutschen Sprache usw.

<sup>38</sup> Dementsprechend sind die Gruppen folgendermaßen gebildet worden: 0-2 = schwach, 3-4 = mittelmäßig und 5-6 = gut

Somatisierung	1.34	1.03	1.01	0.69	0.67	0.69	6.209	.003**
Zwanghaftigkeit	1.62	0.90	1.29	0.73	1.07	0.80	4.097	.020*
Unsicherheit	1.16	0.90	0.90	0.65	0.65	0.57	4.700	.011*
Depressivität	1.63	1.16	1.19	0.84	0.89	0.71	5.901	.004**
Ängstlichkeit	1.22	1.16	0.88	0.72	0.59	0.76	4.374	.015*
Aggressivität	1.10	1.07	0.74	0.62	0.54	0.61	4.495	.014*
Phobische Angst	0.73	0.82	0.60	0.56	0.41	0.61	2.076	.131
Paranoides Denken	1.54	1.19	1.27	0.85	0.89	0.83	4.211	.018*
Psychotizismus	0.85	0.97	0.69	0.72	0.48	0.51	2.348	.101
<b>GSI</b>	<b>1.28</b>	<b>0.94</b>	<b>0.98</b>	<b>0.61</b>	<b>0.71</b>	<b>0.59</b>	<b>5.631</b>	<b>.005**</b>

df= 100, \*p<0.05, \*\*p<0.01

Der Tabelle ist als erstes zu entnehmen, dass der GSI der Befragten, die ihre Sprachkenntnisse als schwach einschätzen auf eine signifikant viel höhere Belastung dieser Gruppe hinweist. Des Weiteren fallen die hochsignifikanten Mittelwertunterschiede dieser Gruppe bei den Subskalen „Somatisierung“ und „Depressivität“ (aber auch bei fünf weiteren Subskalen der SCL-90-R) ins Auge.

Die Mittelwerte der Gruppe mit mäßiger Sprachkenntnis deuten auf niedrigere Belastung im Vergleich zu der erst genannten, aber auch deutlich höhere Belastung zu der Gruppe mit guter Sprachkenntnis. Hingegen zeigen die Mittelwerte der Befragten mit guten Sprachkenntnissen, dass sie deutlich weniger belastet sind.

Zusammenfassend ist anhand der bisher dargestellten Ergebnisse fest zu halten, dass bei dem Grad der psychischen Symptombelastung der Befragten viele Faktoren, unter anderem Alter, Geschlecht, Familienstand, Beruf, Ausbildung, Aufenthaltsdauer, Aufenthaltsstatus und Sprachkenntnisse eine Rolle spielen.

### 3.2. ATTRIBUTIONSSTIL

*Auswertungsmethodik:* „Der Fragebogen zur Kompetenz- und Kontrollüberzeugung“ (FKK) erfasst mit seinen 32 Items die subjektiv wahrgenommene Kontrolle der eigenen Person über das eigene Leben und über Ereignisse in personspezifischer Umwelt.

Die 32 Items sind zu den vier Primärskalen des FKK „Selbstkonzept“ (FKK-SK), „Internalität“ (FKK-I), „soziale Externalität“ (FKK-P) und „fatalistische Externalität“ (FKK-C) zugeordnet. Der Skalenwert jeder Primärskala ergibt sich aus dem Gesamtsummenwert der ihm zugehörigen Items. Durch einfache Addition der Primärskalenwerte FKK-SK und FKK-I entsteht die Sekundärskala „Selbstwirksamkeit“ (FKK-SKI). Aus der Addition der anderen beiden Primärskalenwerte FKK-P und FKK-C wird der Sekundärskalenwert „Externalität“ (FKK-PC) gebildet. Der Gesamtskalenwert des FKK, also SKI-PC, ergibt sich aus der Summation von FKK-SKI und FKK-PC.

Außer diesen Primär- und Sekundärskalenwerten lässt sich aus der Differenz von FKK-SKI und FKK-PC der Tertiärskalenwert FKK-SKI-PC (generalisierte Externalität versus Internalität in Kontrollüberzeugungen) berechnen. Die Transformation der Primär-, Sekundär- und Tertiärskalen in T-Werten ermöglicht den Vergleich mit T-Werten der Normuntersuchung in der FKK-Handanweisung.

#### 3.2.1. Zur Reliabilitätsanalyse des Fragebogens zur Kompetenz- und Kontrollüberzeugung

Die Überprüfung der internen Konsistenzen der einzelnen Skalen des FKK-Fragebogens zeigt eine zufrieden stellende Reliabilität. Die Tabelle unten informiert über einzelne Reliabilitätskennwerte der FKK-Skalen im Vergleich zu Krampen (1991).

Tabelle 3.10.: Reliabilitätstest für die Primär-, Sekundär- und Paritätsskalen des „Fragebogens zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (FKK)“

FKK-Skala	diese Studie	nach Krampen (1991)
	$r_{tt}$	$r_{tt}$
FKK-SK	.80	.76
FKK-I	.78	.70
FKK-P	.80	.73
FKK-C	.77	.75
FKK-SKI	.87	.83
FKK-PC	.86	.83
FKK-SKI-PC	.91	.89

#### 3.2.2. Ergebnisse der Zufallsstichprobe

Nachdem die Frage nach der Reliabilität der FKK-Skalen behandelt wurde, soll nun das Profildiagramm (Abbildung 3.7.) ein erstes Bild über den Attributionsstil der Zufallsstichprobe vermitteln. Anhand der Normtabelle in der Test-Handanweisung von Krampen (1991) sind entsprechend der einzelnen Rohwerte auch die T-Werte und Prozentwerte ermittelt und hier dargestellt worden.

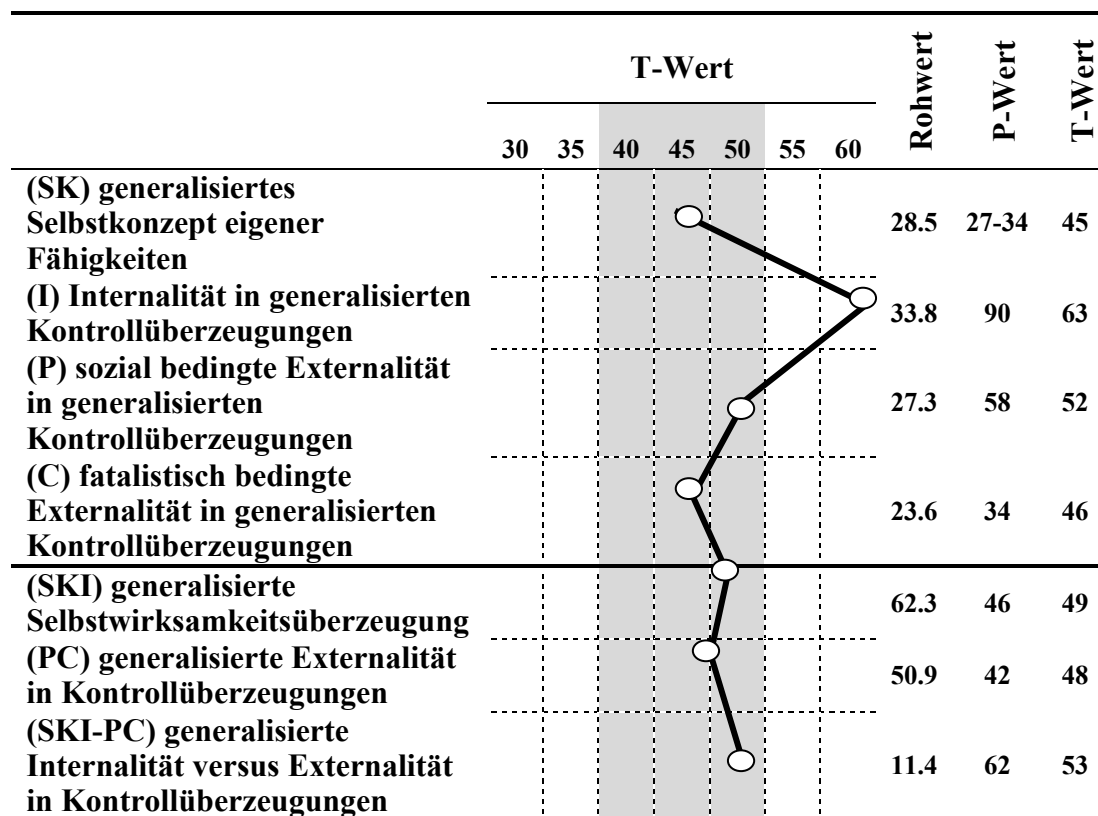


Abbildung 3.7.: Roh-, Prozent- und T-Werte der Primär-, Sekundär- und Tertiärskala der Zufallsstichprobe hinsichtlich Kompetenz- und Kontrollüberzeugung

Die T-Werte der Zufallsstichprobe liegen hier mit Ausnahme der „Internalität“ alle auf dem mittleren Bereich der Skala. Wie aus dem Profildigramm ersichtlich, erzielt die Zufallsstichprobe den höchsten T-Wert bei der Skala „Internalität in generalisierten Kontrollüberzeugungen“. Ein höherer Wert auf dieser Skala würde nach dem testtheoretischen Aufbau des FKK bedeuten, dass die Befragten davon überzeugt sind, dass sie über das eigene Leben und die Ereignisse in zwischenmenschlichen Situationen selbst viel Kontrolle haben<sup>39</sup>. In diesem Zusammenhang weist Krampen (1987) daraufhin, dass die normative Bedeutung eines höheren Wertes auf dieser Skala allein nichts über die Wertung und Ausprägung von Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen aussagt, sondern nur dann wenn ein höherer Wert auf dieser Skala einhergeht mit einem höheren Selbstkonzept und einer niedrigen Externalität (vgl. Krampen, 1987).

<sup>39</sup> Des Weiteren deutete es auf die subjektive Überzeugung der Person über gute Handlungsmöglichkeiten in Problemsituationen und höheres Selbstvertrauen hin. Die Befragten sehen sich als aktiv an, betrachten sich als ideenreich und selbstsicher in neuartigen Situationen, und kennen viele Handlungsalternativen.

Suchen wir nun im Datensatz anhand der bisher vorgestellten Befunde der Zufallsstichprobe hinsichtlich SCL-90-R und soziodemografischen Daten nach möglichen Zusammenhängen mit einzelnen Ergebnissen aus den Subskalen des FKK, so ergeben sich folgende Korrelationskoeffizienten in der Abbildung 3.8.

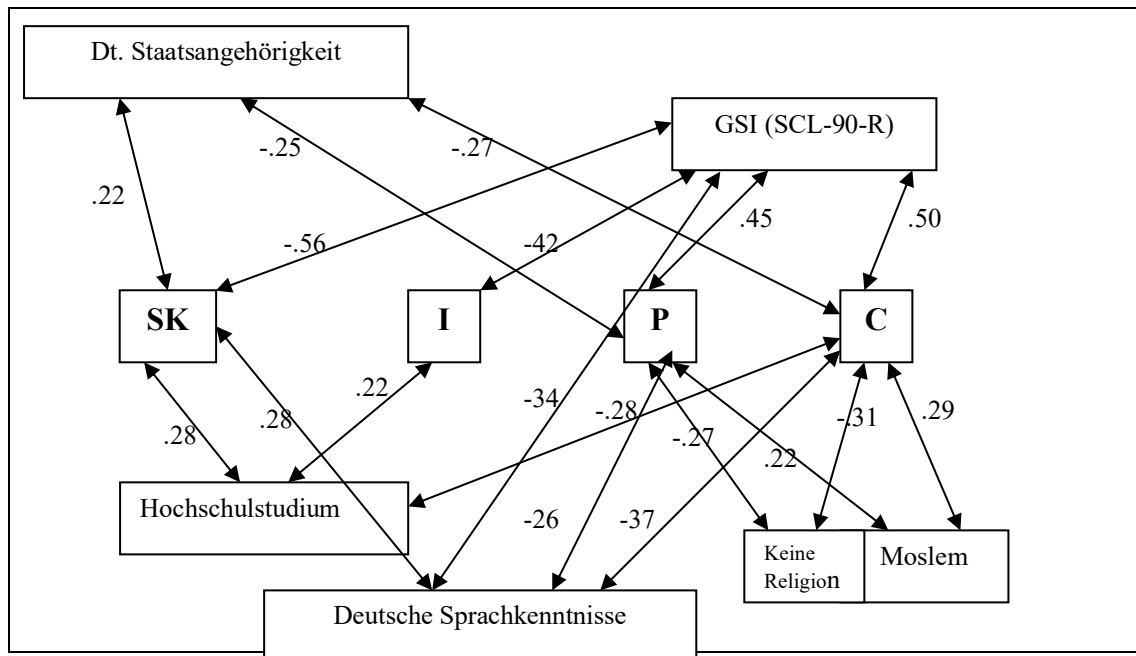


Abbildung 3.8.: Die Zusammenhänge zwischen Subskalen des FKK (Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen), SCL-90-R und einigen soziodemografischen Daten der Zufallsstichprobe,  
 Anmerkungen: SK = Selbstkonzept, I = Internalität, P = sozialbedingte Externalität, C = fatalistische Externalität  
 (nur signifikante Korrelationskoeffizienten ( $p < 0.01$ ) sind eingefügt)

In der Abbildung 3.8. ist hinsichtlich der Zusammenhänge zwischen Subskalen des FKK und GSI zu erkennen, dass ein positiver Zusammenhang zwischen psychischer Symptombelastung (GSI) der Zufallsstichprobe und „sozialer Externalität“ (P) und „fatalistischer Externalität“ (C) besteht. Hingegen bestehen zwischen „Selbstkonzept“ und „Internalität“ einerseits und GSI der Zufallsstichprobe andererseits negative Korrelationskoeffizienten.

Es zeigt sich weiter hinsichtlich der soziodemografischen Daten der Zufallsstichprobe, dass einerseits die Skala „Selbstkonzept“ mit „Hochschulstudium“, „deutsche Sprachkenntnisse“ und „deutsche Staatsangehörigkeit“ und andererseits die Skala „Internalität“ mit „Hochschulstudium“ positiv korrelieren. Eine negative Korrelation ist festzustellen zwischen „fatalistischer Externalität“ wie auch „soziale Externalität“ mit der Angabe „kein religiöser

Glaube“, wohingegen „Islam“ und soziale wie auch fatalistische Externalität positiv korrelieren.

Des Weiteren ist der Abbildung zu entnehmen, dass zwischen „deutsche Sprachkenntnisse“ und „Selbstkonzept“ ein positiver Zusammenhang besteht, während die Skala „deutsche Sprachkenntnisse“ mit den Subskalen „soziale Externalität“ und „fatalistische Externalität“ negativ korreliert.

In der Abbildung 3.7. war hinsichtlich der Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen der Zufallsstichprobe lediglich eine relativ ausgeprägte Tendenz im Bereich „Internalität“ festzustellen. Betrachtet jedoch in einem Zusammenhang mit psychischer Symptombelastung (Abbildung 3.8.), zeigen sich - aufgrund der negativen und positiven Korrelationskoeffizienten - richtungsweisende Zusammenhänge zwischen psychischer Symptombelastung und Attributionen der Zufallsstichprobe.

Diese Ergebnisse legen insgesamt nahe, dass ein höheres Selbstkonzept und eine höhere Internalität in der Kompetenz- und Kontrollüberzeugung den Migrantinnen und Migranten bei der Neuorientierung in ihrer neuen Gesellschaft helfen und einer starken psychischen Belastung entgegen wirken.

### **3.2.3. Ergebnisse der Patientenstichprobe**

Erwartungsgemäß bietet das Gesamtergebnis der Patientenstichprobe hinsichtlich ihrer Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen im Vergleich zu der Zufallsstichprobe ein ganz anderes Bild (Abbildung 3.9.).

Die niedrigeren Werte auf den Primärskalen „generalisiertes Selbstkonzept eigener Fähigkeiten“ und „Internalität in generalisierten Kontrollüberzeugungen“ und die etwas höher liegenden T-Werte auf den Primärskalen „sozial bedingte Externalität in generalisierten Kontrollüberzeugungen“ und „fatalistisch bedingte Externalität in generalisierten Kontrollüberzeugungen“ weisen in einer zusammenhängenden Betrachtungsweise auf eine instabilere psychische Auffassung der Patientenstichprobe hin. Dementsprechend sind auch die T-Werte der Sekundärskalen (SKI und PC) der Patientenstichprobe niedriger ausgefallen als bei der Zufallsstichprobe.



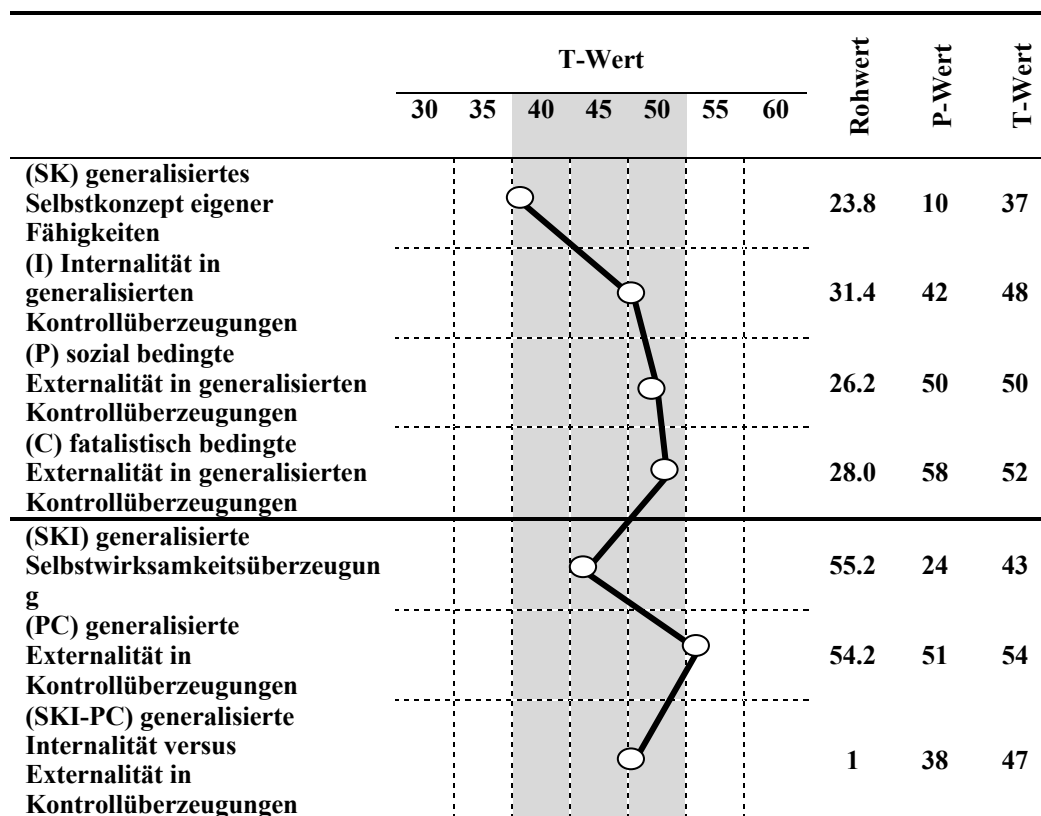


Abbildung 3.9.: Roh-, Prozent- und T-Werte der Primär-, Sekundär- und Tertiärskala der Patientenstichprobe hinsichtlich Kompetenz- und Kontrollüberzeugung

Die niedrigeren T-Werte der Patientenstichprobe auf den Primärskalen SK und I zeigen nach Krampen (1991) in ihrer normativen Bedeutung generalisierter Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen, dass hier die Patientenstichprobe ihre Handlungsmöglichkeit in Problemsituationen als wenig wirksam ansieht.

So betrachten sich die Befragten in der Patientenstichprobe als selbstunsicher, abwertend, passiv und ideenarm. Dementsprechend weist der Skalenwert für „Internalität in generalisierten Kontrollüberzeugungen“ auf eine ungünstige Bedeutung für die Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen der Patientenstichprobe hin. Insgesamt deuteten diese Werte auf ein geringes Selbstvertrauen hin<sup>40</sup>.

Über die psychische Symptombelastung der Patientenstichprobe wurde unter 3.2. und 3.3.2.1. bereits informiert. Hier stellt sich nun die Frage nach möglichen Zusammenhängen zwischen FKK und der SCL-90-R. Die Korrelationskoeffizienten zeigen hierbei lediglich einen

<sup>40</sup> D.h. die Patienten sehen sich als wenig erfolgreich, können soziale Interaktionen kaum regulieren, erleben eigene Handlungen als wenig effektiv (wenig abhängig von eigenen Anstrengungen und persönlichem Einsatz), und können somit auch eigene Interessen wenig erfolgreich vertreten (vgl. Krampen, 1991, S. 26).

negativen signifikanten Zusammenhang zwischen GSI der SCL-90-R mit den Subskalen „Selbstkonzept“ ( $r = -.74, p < 0.01$ )<sup>41</sup>.

### 3.2.4. Vergleich der Teilstichproben

Nachdem die Ergebnisse über Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen der Patienten- und Zufallsstichprobe getrennt von einander erfolgt sind, werden im Weiteren die Daten in einer zusammenfassenden Betrachtungsweise hinsichtlich weiterer wichtiger statistischer Kennwerte miteinander verglichen. Wie die beiden oben dargestellten Abbildungen 3.7. und 3.8 nahe legen, ist davon aus zu gehen, dass es grundlegende Unterschiede in subjektiv eingeschätzten Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen der beiden Teilstichproben gibt. Nun soll hier erst der Frage nachgegangen werden, ob diese Unterschiede auf einer Signifikanz beruhen. Die folgende Tabelle informiert hierüber.

Tabelle 3.11.: Mittelwertsunterschiede und weitere statistische Kennwerte der Patienten- und Zufallsstichprobe

<i>Subskalen des FKK</i>	<i>Patienten- stichprobe (n = 10)</i>		<i>Zufalls- stichprobe (n = 92)</i>		<i>t</i>	<i>p(t)</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
(SK) generalisiertes Selbstkonzept eigener Fähigkeiten	23.8	5.96	28.5	7.34	-1.95	.05*
(I) Internalität in generalisierten Kontrollüberzeugungen	31.4	6.7	33.8	6.28	-1.16	.24
(P) sozial bedingte Externalität in generalisierten Kontrollüberzeugungen	26.2	4.24	27.3	7.35	-.461	.64
(C) fatalistisch bedingte Externalität in generalisierten Kontrollüberzeugungen	28.0	8.43	23.6	6.8	1.88	.06
(SKI) generalisierte Selbstwirksamkeitsüberzeugung	55.2	10.65	62.3	11.9	-1.82	.07
(PC) generalisierte Externalität in Kontrollüberzeugungen	54.2	10.06	50.9	12.81	.776	.34

\*  $p < 0.05, df = 100$

Wie die Tabelle zeigt, sind die Mittelwerte der Patientenstichprobe bei den Primärskalen „generalisierte Selbstkonzepte eigener Fähigkeiten“ und „Internalität in generalisierten

<sup>41</sup> Zwischen GSI und „Internalität“ zeigt sich ein negativer aber nicht signifikanter Zusammenhang ( $r = -.41, n.s.$ ). Auch für die positiven Zusammenhänge zwischen GSI und „soziale Externalität“ ( $r = .45$ ) und „fatalistischer Externalität“ ( $r = .50$ ) zeigt sich keine Signifikanz.

Kontrollüberzeugungen“ niedriger als die Mittelwerten der Zufallsstichprobe. Bei der Skala „fatalistisch bedingte Externalität“ (C) und der „generalisierten Selbstwirksamkeitsüberzeugung“ (SKI) ist eine Tendenz zur Signifikanz feststellbar, aber lediglich für den Mittelwertunterschied bei der Skala „generalisiertes Selbstkonzept eigener Fähigkeiten“ zeigt der t-Test für unabhängige Stichproben eine Signifikanz.

Des Weiteren fällt in Tabelle 3.10. auf, dass die Zufallsstichprobe im Vergleich zur Patientenstichprobe bei der Skala „sozial bedingter Externalität“ einen höheren Mittelwert aufweist. Dies soll nach der theoretischen Grundlage des FKK dahingehend verstanden werden, dass die Zufallsstichprobe „sich und das Leben als stark abhängig von anderen Menschen“ ansieht.

Wie bereits vermutet und anhand der Daten belegt wurde, handelt es sich bei der Zufallsstichprobe um eine weit heterogenere Gruppe von Befragten, was ihre psychische Symptombelastung betrifft. Dies gibt wiederum hier ein Anlass, die Frage zu stellen, ob sich an den Mittelwertsunterschieden etwas ändert, wenn die Daten der aus der SCL-90-R gebildeten Stichproben „Schwächer Belastete“ und „Stärker Belastete“ hinsichtlich ihrer Kompetenz- und Kontrollüberzeugung miteinander verglichen werden. Die Tabelle 3.12. informiert über den Mittelwertvergleich der beiden Stichproben „Schwächer Belastete“ und „Stärker Belastete“.

Tabelle 3.12.: Mittelwertvergleiche und andere Testwerte für die aus den SCL-90-R gebildeten Stichproben „Stärker Belastete“ und „Schwächer Belastete“

<i>Subskalen des FKK</i>	<i>„Stärker Belastete“ (n = 51)</i>		<i>„Schwächer Belastete“ (n = 51)</i>		<i>t</i>	<i>p(t)</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
(SK) generalisiertes Selbstkonzept eigener Fähigkeiten	24.82	6.77	31.25	6.43	24.152	.000
(I) Internalität in generalisierten Kontrollüberzeugungen	31.52	6.98	35.66	4.83	12.097	.001
(P) sozial bedingte Externalität in generalisierten Kontrollüberzeugungen	30.29	5.75	24.08	6.99	24.039	.000
(C) fatalistisch bedingte Externalität in generalisierten Kontrollüberzeugungen	26.82	6.26	21.33	6.76	18.091	.000
(SKI) generalisierte Selbstwirksamkeitsüberzeugung	56.35	11.91	66.92	9.35	24.816	.000
(PC) generalisierte Externalität in Kontrollüberzeugungen	57.11	10.05	45.41	12.17	28.049	.000
(SKI-PC) generalisierte Internalität versus Externalität in Kontrollüberzeugungen	-.7647	18.28	21.51	17.80	38.84	.000

$p < 0.01$ ,  $df = 100$

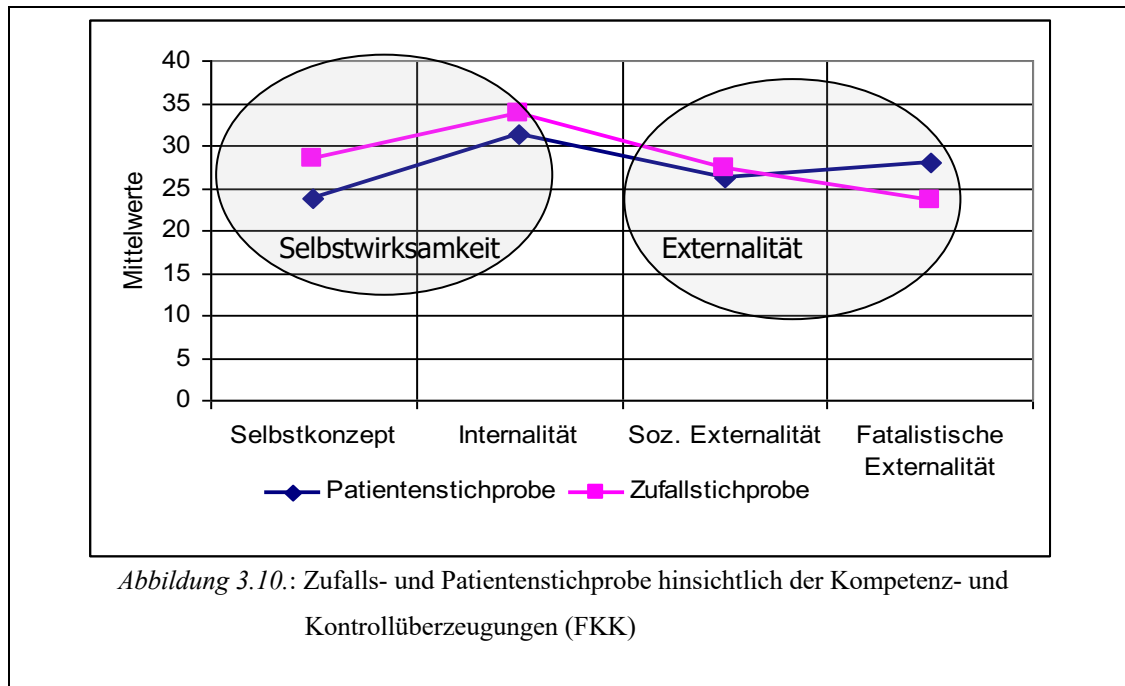
Wie die Mittelwertunterschiede der beiden Stichproben zeigen, weist die Gruppe „Stärker Belastete“ im Vergleich zu der „Schwächer Belastete“ auf einer Seite einen niedrigen Mittelwert auf den Primärskalen „generalisiertes Selbstkonzept eigener Fähigkeiten“ und

„Internalität in generalisierten Kontrollüberzeugungen“ auf. Dies kann dahingehend interpretiert werden, dass (wie aus der Literatur bekannt) eine psychische Belastung im Zusammenhang steht mit wenig Vertrauen in eigene Fähigkeiten und wenig Effektivität eigener Handlungen. Auf der anderen Seite zeigt die Gruppe „Stärker Belastete“ einen signifikant höheren Mittelwert bei „sozial bedingter Externalität in generalisierten Kontrollüberzeugung“ und bei der Skala „fatalistisch bedingter Externalität in generalisierter Kontrollüberzeugungen“. Auch hier stimmen die Daten mit denen aus der Forschung über Zusammenhänge zwischen Attributionen und psychischen Belastungen überein (z.B. vgl. Försterling, 1986). Betrachtet man die Ergebnisse dieser vier Primärskalen in einem Zusammenhang, bedeutet dies, dass die befragten Personen mit geringerem Selbstkonzept sowie niedrigerer Internalität und höherer Externalität mehr psychische Instabilität zeigen als diejenigen, die ein höheres Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten und höhere Internalität aufweisen.

### **3.2.5. Stellungnahme zur Hypothese 1**

Die erste Hypothese dieser Untersuchung bezieht sich auf den Zusammenhang zwischen psychischen Störungen und dem Attributionsstil und besagt: Iranische Migrantinnen und Migranten in Deutschland mit psychischen Störungen unterscheiden sich von Iraner(inn)en ohne psychische Störungen hinsichtlich ihres Attributionsstils.

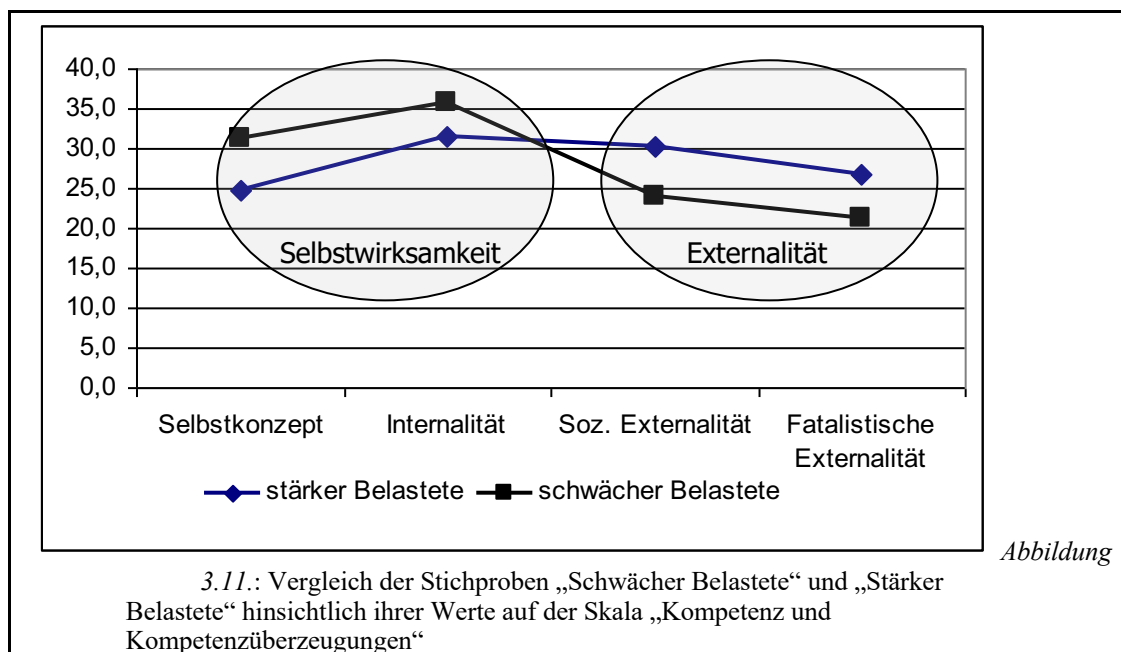
Legt man hier die Daten der Patienten- und der Zufallsstichproben zugrunde, ergibt sich das Verhältnis Selbstwirksamkeit und Externalität in der Abbildung 3.10. Daraus ist ersichtlich, dass zwischen den beiden Stichproben Unterschiede bei der „Selbstwirksamkeit“ und der „Externalität“ bestehen. Die Werte der Patientenstichprobe weisen im Vergleich zu der Zufallsstichprobe bei den Skalen „generalisiertes Selbstkonzept eigener Fähigkeiten“ und „Internalität in generalisierten Kontrollüberzeugungen“ auf eine psychische Instabilität hin. Bei der Skala „sozial bedingte Externalität in generalisierten Kompetenzüberzeugungen“ unterscheiden sich die beiden Stichproben wenig voneinander. Hierbei liegt der Mittelwert der Zufallsstichprobe sogar etwa höher. Bei der „fatalistischen Externalität“ liegt der Wert der Patientenstichprobe über dem erzielten Wert der Zufallsstichprobe bei dieser Skala.



Bei der Primärskala „fatalistisch bedingte Externalität in generalisierten Kontrollüberzeugungen“ weisen die Daten der Patientenstichprobe nach dem testtheoretischen Aufbau des FKK auf eine Art gelernte Hilflosigkeit bezüglich der eigenen Kontrollüberzeugung hin, was dann wieder darin Bestätigung findet, dass die Personen dieser Stichprobe außerdem sehr schicksalsabhängig zu sein, sich nicht vor Pech schützen zu können und die Ereignisse in ihrer Umwelt wenig rational ansehen.

Angesichts der Tatsachen, dass für diese Mittelwertunterschiede keine statistische Signifikanz erzielt werden konnte, und auch die Mittelwertunterschiede der beiden Stichproben nicht so gravierend sind, eben weil die Stichprobe der Patienten sehr klein ist, kann aufgrund der Vergleiche zwischen Zufalls- und Patientenstichprobe die erste Hypothese nicht als durch Daten gestützt betrachtet werden.

Legen wir aber die Daten der aus SCL-90-R gebildeten Stichproben „Schwächer Belastete“ und „Stärker Belastete“ zugrunde und untersuchen in welchem Verhältnis sie hinsichtlich der Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen zueinander stehen (Abbildung 3.11.), erzielen wir eindeutige Verhältnisse, die dann die ersten Hypothese stützen.



Die Abbildung zeigt eindeutig, dass die Werte der „Schwächer Belasteten“ bei den Primärskalen, die eine Selbstwirksamkeitserwartung der Befragten repräsentiert, nämlich bei „Selbstkonzept“ und „Internalität“ sehr viel höher liegen als die der „Stärker Belasteten“. Umgekehrt liegen die Werte der „Schwächer Belasteten“ bei „Externalität“ niedriger und zeigen, dass Externalität bei der Ursachenzuschreibung einen Einfluss auf das psychische Befinden hat. Zusammenfassend kann gesagt werden: Während höhere Selbstwirksamkeitserwartung in Zusammenhang mit weniger psychischen Belastungen steht, weist eine höhere Externalität auf mehr psychische Belastung hin.

### 3.2.6. Weitere gruppenstatistische Befunde

**Erwerb der deutschen Staatsangehörigkeit:** Aus vielen Untersuchungen ist bekannt, dass diejenigen Migrantinnen und Migranten - besonders in den Anfangsphasen des Aufenthalts in der Aufnahmegesellschaft – die der restriktiven Praxis der Behörden und sozialen Instanzen ausgesetzt sind, eine Unsicherheit hinsichtlich ihrer Zukunft entwickeln und zur Bewältigung ihres Alltags wenig Handlungsmöglichkeiten haben. Dies alles verstärkt die Hilflosigkeit, die als Folge der Entwurzelung des Alltagslebens in der Migration dominiert und kann beträchtliche Folgen für das Selbstkonzept der Person haben. Nimmt man den Erwerb der deutschen Staatsangehörigkeit (mit all den damit verbundenen Voraussetzungen, die ein

Migrant erfüllen muss, um sie zu bekommen) als Kriterium, zeigen die Befunde dieser Studie große Unterschiede im Attributionsstil der Befragten.

Tabelle 3.13.: Mittelwertvergleich der Befragten mit und ohne deutsche Staatsangehörigkeit hinsichtlich ihres Attributionsstils

	Haben Sie die deutsche Staatsangehörigkeit erworben?					
	Ja (n = 15)		nein (n = 87)		F	p(t)
	M	SD	M	SD		
Selbstkonzept	30.07	7.32	21.71	7.22	3.029	.081
Internalität	34.60	4.69	33.21	6.83	.981	.322
Externalität	24.46	6.70	28.01	7.03	5.961	.020*
Fatalistische Externalität	21.60	6.41	25.01	7.10	4.929	.031*

df = 99, \*p < 0.05

Der Tabelle 3.13. ist zu entnehmen, dass die Befragten, die die deutsche Staatsangehörigkeit erworben haben im Vergleich zu anderen Befragten einerseits höhere Werte bei den Skalen „Selbstkonzept“ und „Internalität“ aufweisen und andererseits signifikant niedrigere Werte bei den Subskalen des FKK „Externalität“ und „fatalistische Externalität“. Diese Befunde deuten auf ein höheres Selbstwirksamkeitsgefühl der Befragten mit deutscher Staatsangehörigkeit hin, zeigen aber aufgrund der statistischen Signifikanz deutlich, dass sie mehr Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten haben und an die Effektivität der eigenen Handlungen glauben.

**Sprachkenntnisse:** Wie die Befunden dieser Studie über die psychische Symptombelastung der Befragten gezeigt haben, spielen die Sprachkenntnisse eine große Rolle beim psychischen Befinden. Der Erwerb der neuen Sprache in der Migration ist das Ergebnis von immer zunehmenden Verständigungsleistungen der Migrantinnen und Migranten und er hilft neue Erkenntnisse zu gewinnen, Austauschprozesse zu bewältigen und auch emotionale Erfahrungen zu verarbeiten. Auch im Zusammenhang mit den Attributionsstil der Befragten zeigt sich die Variable „deutsche Sprachkenntnisse“ als eine wichtige Einflussgröße. Wie die Befunde in der Tabelle 3.14. zeigen, hängt das Selbstwirksamkeitsgefühl der Befragten sehr stark von dieser Variablen ab.

Tabelle 3.14.: Mittelwertvergleich für die drei aus den Angaben der Gesamtpersonengruppe

über Sprachkenntnisse gebildeten Teilgruppen hinsichtlich ihres Attributionsstils

	Deutsche Sprachkenntnisse						F	p(t)
	schwach (n = 31)		mittelmäßig (n = 29)		gut (n = 42)			
	M	SD	M	SD	M	SD		
Selbstkonzept	25.26	7.55	27.90	6.88	30.19	6.90	14.363	.000**
Internalität	33.10	6.48	32.59	7.59	34.67	5.14	4.315	.016*
Externalität	29.39	5.49	28.76	8.43	24.48	6.36	1.068	.348
Fatalistische Externalität	27.00	7.18	24.90	6.75	21.36	6.25	5.765	.004**

df = 99, \* p < 0.05, \*\* p < 0.01

Die Befunde in Tabelle 3.14. zeigen deutlich, dass die Befragten mit guten Sprachkenntnissen im Vergleich zu anderen einen signifikant höheren Mittelwert des Selbstkonzepts und der Internalität aufweisen, während ihre Mittelwerte bei Externalitäten erheblich niedriger ausgefallen sind. Bei der fatalistischen Externalität beruht dies auf einer Signifikanz. So ist insgesamt einerseits einer kontinuierlich steigender Wert der Selbstwirksamkeit (Selbstkonzept und Internalität) und andererseits einer im Zusammenhang mit höheren Sprachkenntnissen sinkender Wert der Externalität zwischen den drei gebildeten Gruppen festzustellen.



### 3.3. BEWÄLTIGUNGSSTRATEGIEN

*Auswertungsmethodik:* Zur Erfassung von Bewältigungsstrategien kam der Stressverarbeitungsfragebogen (SVF) von Janke et.al. 1985 zum Einsatz (s. 2.2.1.3.). Der SVF erfasst bewusst oder unbewusst laufende psychische Vorgänge, die von Personen zur Auseinandersetzung bzw. zur Beendigung von auftretendem Stress eingesetzt werden.

Der Stressverarbeitungsfragebogen (SVF) besteht aus 19 Skalen, die jeweils sechs von 114 Items beinhalten. Aus dem Summenwert der Skalen eins bis neun, dividiert durch die Anzahl der zu jeder Skala zugehörigen Items, ergibt sich einen Gesamtwert, der als Maßstab für positive Strategien eingesetzt wird. Hierbei bilden wiederum die Summenwerte der Skalen eins bis drei die „positiven kognitiven Strategien“, vier bis sechs die „positiven Ablenkungsstrategien“ und die Skalensummenwerte sieben bis neun bilden die „positiven Kontrollstrategien“.

Die Items der negativen Bewältigungsstrategien bilden eine relativ homogene Gruppe. Als Maßstab für negative Strategien werden die Summenwerte der Skalen 13 bis 17 subsumiert. Die Skala 11 („soziales Unterstützungsbedürfnis“), Skala 12 („Vermeidung“), Skala 19 („Aggression“) und die Skala 20 („Pharmakaeinnahme“) können weder zu positiven noch zu negativen Strategien zugeordnet werden.

#### 3.3.1. Teststatistische Befunde zum Stressverarbeitungsfragebogen

Die Konsistenzkoeffizienten der Subskalen des SVF für die Gesamtpersonengruppe erreichen einen befriedigenden Wert von  $\alpha = .62$  bis  $\alpha = .87$ . Die interne Konsistenz der Gesamtskala erreicht einen Wert von  $\alpha = .97$  und ist als gut einzuschätzen. Über die Frage nach der Interkorrelation der 19 Subskalen des Stressverarbeitungsfragebogens sowie dessen Reliabilität informiert im Einzelnen die Tabelle A8 im Anhang A.

Zwischen fast allen Skalen des SVF ergeben sich signifikante Interkorrelationen, sowohl positive wie auch negative, wobei die Mehrzahl der Korrelationskoeffizienten jedoch einen Wert von  $r = .60$  nicht überschreiten (die höchste Korrelation besteht zwischen Skalen „positive Selbstinstruktion“ und „Reaktionskontrollversuche“  $r = .80$ ). Aufgrund der ziemlich hohen positiven signifikanten Korrelationskoeffizienten zwischen der Mehrzahl der im SVF als positive Bewältigungsstrategien geltenden Skalen („Bagatellisierung“, „Herabsetzung“, „Schuldabwehr“, Ablenkung von Situationen“, „Ersatzbefriedigung“, „Suche nach Selbstbestätigung“, „Situationskontrollversuche“, „Reaktionskontrollversuche“ und „positive Selbstinstruktion“) mit den negativen Bewältigungsstrategien („soziale Abkapselung“, „Gedankliche Weiterbeschäftigung“, „Resignation“, „Selbstbemitleidung“, „Selbstbeschuldigung“, „Aggression“ und „Pharmakaeinnahme“) kann man hier von einer sehr unhomogenen Gruppe von Befragten ausgehen, was auch aufgrund der zugrunde liegenden Daten nicht verwunderlich ist. Andererseits ist aber insgesamt zu beobachten, dass die negativen und geringen Zusammenhänge immer nur zwischen den beiden positiven und negativen Bewältigungsstrategien bestehen und nicht zwischen Subskalen der einen Gruppe.

Die Ausprägungen der Subskalen des SVF in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht sind der Tabelle 3.14. zu entnehmen. Dort wird bei näherer Betrachtung der Mittelwerte der Subskalen deutlich, dass die einzelnen Bewältigungsstrategien in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht mit unterschiedlichen Intensitäten bestehen. Da der Beurteilung eine vierstufige Skala (ohne Null) zugrunde lag und die einzelnen Subskalen einen Höchstwert vom 24 erreichen konnten, deuten diese Befunde darauf hin, dass die angegebenen Werte der Befragten bei den Stressverarbeitungsstrategien im mittleren Bereich der Skala liegen. Dabei zählen Bewältigungsstrategien wie „Pharmakaeinnahme“, „Resignation“, „Aggression“ und „soziale Abkapselung“ zu den selten angewendeten Bewältigungsstrategien der Gesamtpersonengruppe. Hingegen werden „Reaktionskontrollversuche“ ( $M = 14.5$ ,  $SD = 4.41$ ), „Vermeidungstendenz“ ( $M = 14.4$ ,  $SD = 3.89$ ) und „Situationskontrollversuche“ mit einem Mittelwert von  $M = 14.3$  und einer Standardabweichung von  $SD = 3.60$  als die häufigsten Bewältigungsstrategien genannt.

Betrachtet man die Mittelwerte in Abhängigkeit vom Alter lässt sich ein signifikanter Effekt des Alters auf den „Situationskontrollversuchen“ feststellen. Dies bedeutet, dass die Befragten der beiden mittleren Altersgruppen (30-40 und 41-50 Jährigen) stärker zu dieser Form der Bewältigung tendieren als die jüngeren und älteren Altersgruppen. Bei fast allen anderen Subskalen ist wiederum diese Tendenz vorhanden, für diese besteht aber keine Signifikanz.

Wie weiter in Tabelle 3.15. ersichtlich, sind in Abhängigkeit vom Geschlecht eine Reihe signifikanter Effekte auf das Zustandekommen der Mittelwerte zu verzeichnen. Es ist festzustellen, dass die Mittelwerte der weiblichen Stichprobe bei fast allen Subskalen des SVF höher liegen. Wiederum sind auch signifikante Wechselwirkungen bei den sechs SVF-Subskalen ersichtlich, die dann ihrerseits zeigen, dass die Mittelwerte der weiblichen Stichprobe beim Zustandekommen der Mittelwertsunterschiede der zwei mittleren Altersgruppen einen Effekt ausüben.

Tabelle 3.15.: Bewältigungsstrategien der Gesamtpersonengruppe in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht

Bewältigungsstrategien		Alter (A)					Geschlecht (G)			A x G
		19-29 (n = 20)	30-40 (n = 30)	41-50 (n = 32)	51-70 (n = 16)	F	weiblich (n = 53)	männlich (n = 48)	F	F
Bagatellisierung	M	12.2	12.21	12.45	12.43	.029	13.45	11.10	9.127**	4.701*
	SD	2.86	4.82	4.10	4.02		3.71	4.14		
Herabsetzung	M	9.35	10.66	12.09	11.94	1.495	10.81	11.35	.289	2.207
	SD	3.44	4.82	5.20	6.30		5.54	4.41		
Schuldabwehr	M	9.75	10.63	9.81	11.44	.704	11.45	9.10	8.458**	5.168**
	SD	2.63	5.09	3.97	4.50		3.56	4.60		
Ablenkung von Situationen	M	10.40	11.42	11.30	12.81	1.120	11.71	11.04	.741	1.867
	SD	3.03	4.63	3.52	4.26		3.14	4.70		
Ersatzbefriedigung	M	10.95	10.10	11.15	11.12	.316	11.62	9.83	3.547*	1.808
	SD	4.26	5.01	4.51	6.05		4.34	5.22		
Suche nach Selbstbestätigung	M	11.65	13.33	14.63	14.31	1.402	14.11	13.00	1.076	2.572
	SD	4.53	5.60	5.38	5.90		5.62	5.17		
Situationskontrollversuche	M	12.90	15.30	14.54	13.25	2.445*	14.54	13.95	.671	.354
	SD	3.21	3.50	3.60	3.90		3.88	3.32		
Reaktionskontrollversuche	M	12.90	14.51	14.97	15.69	1.389	14.81	14.22	.444	2.370
	SD	3.22	5.15	4.03	4.73		4.27	4.62		
Positive Selbstinstruktion	M	13.45	13.60	14.24	15.06	.403	14.54	13.43	1.263	1.258
	SD	4.15	5.19	5.19	5.61		5.25	4.80		
Bedürfnis nach sozialer Unterstützung	M	11.10	11.72	11.82	11.25	.156	12.28	10.77	3.195*	1.626
	SD	4.57	4.58	4.47	3.17		4.40	4.10		
Vermeidungstendenz	M	13.60	15.27	13.97	14.06	1.014	14.71	13.91	1.088	.654
	SD	3.06	4.07	4.19	3.57		3.48	4.24		
Flucht tendenz	M	11.50	12.30	12.18	13.18	.587	13.18	11.22	7.273**	5.105**
	SD	3.87	3.88	3.62	3.99		3.52	3.83		
Soziale Abkapselung	M	9.00	9.09	8.72	10.50	.442	9.96	8.33	2.625	1.730
	SD	4.63	5.46	4.87	5.80		5.43	4.70		
Gedankliche Weiterbeschäftigung	M	12.25	14.90	13.75	15.56	1.892	15.05	13.10	4.336*	4.139*
	SD	3.86	5.52	4.30	4.92		4.60	4.90		
Resignation	M	8.50	9.00	7.93	9.56	.716	9.79	7.41	9.896**	5.397**
	SD	3.27	3.73	4.44	4.41		3.90	3.80		
Selbstbemitleidung	M	11.40	11.30	10.97	12.25	.204	12.30	10.35	3.513*	1.922
	SD	5.40	5.24	5.49	5.51		5.26	5.27		
Selbstbeschuldigung	M	9.50	10.72	10.09	10.44	.330	9.80	10.71	1.086	.408
	SD	4.07	4.30	4.64	5.15		4.40	4.55		
Aggression	M	9.45	9.64	8.70	8.94	.268	10.33	7.91	7.603**	3.805*
	SD	3.60	4.81	4.34	5.70		4.43	4.38		
Pharmakaeinnahme	M	6.60	6.57	7.30	7.50	.525	6.73	7.20	.555	1.005
	SD	3.45	3.30	3.00	3.20		3.06	3.30		

Ziehen wir nun in Betracht, dass die Subskalen des SVF in positive und negative Strategien gruppiert werden, dann wird bei den erzielten Werten der weiblichen Stichprobe deutlich, dass die Werte der weiblichen Stichprobe sowohl in negativen als auch in positiven Strategien höher liegen als die Werte der männlichen Stichprobe. Die Abbildung 3.12. veranschaulicht diese Befunde.

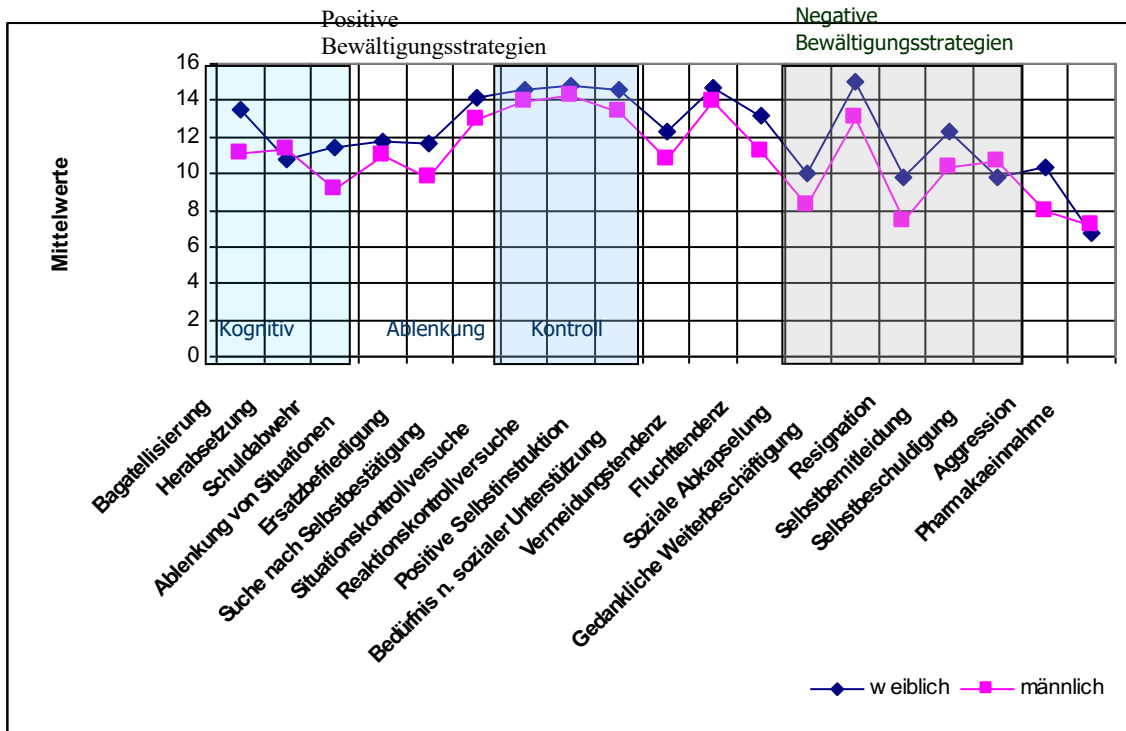


Abbildung 3.12.: Geschlechtermittelwertunterschiede bei Bewältigungsstrategien

Die männliche Stichprobe erzielt entgegen aller Erwartungen (wie z.B. bei Janke et.al., 1985) im Bereich negativer Bewältigungsstrategien bei der Subskala „Selbstbeschuldigung“ ( $M = 10.71$ ,  $SD = 4.55$ ), und wie zu vermuten wäre im Bereich negativer Bewältigungsstrategien bei der Subskala „Herabsetzung“ ( $M = 11.35$ ,  $SD = 4.41$ ) einen höheren Mittelwert im Vergleich zu der weiblichen Stichprobe. Bei allen anderen Bewältigungsformen liegen die Werte der weiblichen Stichprobe aber höher. Dies fällt besonders auf, wenn auf die signifikant höheren Werte der weiblichen Stichprobe bei den Subskalen „Aggression“, „Selbstbemitleidung“, „Schuldabwehr“ und „Bagatellisierung“ geschaut wird.

### 3.3.2. Bewältigungsstrategien der Zufallsstichprobe

Die statistischen Kennwerte der Subskalen des Stressverarbeitungsfragebogens (SVF) für die Zufallsstichprobe aufgeteilt nach Geschlecht, sind der Tabelle 3.16. zu entnehmen. Betrachten wir zunächst die Mittelwerte der einzelnen Subskalen, so wird deutlich, dass diese in allen beurteilten Bereichen um den mittleren Skalenwert der vierstufigen Skalen liegen. In den sieben von 19 Subskalen des SVF beruhen die Mittelwertunterschiede auf einer Signifikanz. Bei einigen anderen ist eine Tendenz zur Signifikanz festzustellen.

Tabelle 3.16.: Die wichtigsten statistischen Kennwerte für nach Frauen und Männer aufgeteilte Daten der Zufallsstichprobe hinsichtlich deren Bewältigungsstrategien

<i>Bewältigungsstrategien</i>	<b>Zufalls- stichprobe</b>		<i>Frauen</i>		<i>Männer</i>		<i>t</i>	<i>p(t)</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>(n = 46)</i>		<i>(n = 46)</i>			
<b>Bagatellisierung<sup>p</sup></b>	12.2	4.1	13.5	3.7	11.0	4.2	2.911	.000**
<b>Herabsetzung<sup>p</sup></b>	11.3	5.0	11.1	5.6	11.5	4.4	-.307	.760
<b>Schuldabwehr<sup>p</sup></b>	10.2	4.3	11.6	3.6	8.8	4.4	3.268	.010*
<b>Ablenkung von Situationen<sup>p</sup></b>	11.4	4.0	11.8	3.1	11.0	3.8	.894	.370
<b>Ersatzbefriedigung<sup>p</sup></b>	10.9	4.9	11.8	4.5	10.0	5.3	1.799	.070
<b>Suche nach Selbstbestätigung<sup>p</sup></b>	13.8	5.4	14.5	5.7	13.2	5.2	1.101	.270
<b>Situationskontrollversuche<sup>p</sup></b>	14.3	3.6	14.8	3.9	13.9	3.4	1.224	.220
<b>Reaktionskontrollversuche<sup>p</sup></b>	14.5	4.6	14.8	4.5	14.2	4.7	.676	.500
<b>Positive Selbstinstruktion<sup>p</sup></b>	14.1	5.1	14.8	5.5	13.5	4.8	1.170	.240
<b>Bedürfnis nach sozialer Unterstützung</b>	11.6	4.3	12.4	4.4	10.9	4.1	1.674	.090
<b>Vermeidungstendenz</b>	14.4	3.8	15.0	3.1	13.8	4.3	1.619	.100
<b>Fluchttendenz</b>	12.1	3.7	13.1	3.2	11.2	3.9	2.600	.001*
<b>Soziale Abkapselung<sup>n</sup></b>	8.9	4.8	9.9	5.0	7.9	4.5	1.924	.050*
<b>gedankl. Weiterbeschäftigung<sup>n</sup></b>	14.0	4.8	15.1	4.5	13.0	5.0	2.108	.030*
<b>Resignation<sup>n</sup></b>	8.4	3.8	9.6	3.7	7.2	3.7	3.094	.000**
<b>Selbstbemitleidung<sup>n</sup></b>	11.1	5.4	12.2	5.4	10.0	5.2	1.915	.050*
<b>Selbstbeschuldigung<sup>n</sup></b>	10.2	4.3	9.9	4.0	10.6	4.5	-.744	.450
<b>Aggression</b>	8.9	4.4	10.2	4.1	7.6	4.3	2.909	.000**
<b>Pharmakaeinnahme</b>	6.8	3.1	6.6	3.0	7.1	3.2	-.724	.470
<b>Positive Strategien</b>	11.0	2.9	11.5	2.7	10.4	3.1	1.873	.060
<b>Negative Strategien</b>	6.8	2.4	7.4	2.3	6.2	2.5	2.384	.020*

<sup>p</sup>: positive; <sup>n</sup>: negative Bewältigungsstrategien, \*\*  $p < 0.01$ , \*  $p < 0.05$ ,  $df = 90$

Hinsichtlich der einzelnen Bewältigungsstrategien sind die erzielten Mittelwerte der männlichen Befragten der Zufallsstichprobe im Vergleich zu denen der weiblichen Stichprobe bei den positiven Bewältigungsstrategien eher niedriger ausgefallen als dies bei den negativen Bewältigungsstrategien der Fall ist. Dies ist am deutlichsten bei den niedrigeren signifikanten Mittelwerten der männlichen Stichprobe bei den Skalen „Bagatellisierung“ und „Schuldabwehr“ zu verzeichnen. Die weibliche Stichprobe erzielt höhere Mittelwerte bei den positiven Bewältigungsstrategien, was auf eine effektivere Form der Auseinandersetzung mit dem Alltagsstress hindeuten könnte. Sie erzielt aber auch bei der Mehrzahl der Subskalen der negativen Strategien einen höheren Mittelwert. Besonders fallen hierbei die höheren signifikanten Mittelwerte bei „Aggressivität“, „Resignation“ und „gedankliche Weiterbeschäftigung“ auf.

Insgesamt ist zu verzeichnen, dass die weibliche Stichprobe bei den „negativen Strategien“ einen signifikant höheren Mittelwert erzielt als die männliche. Aber auch bei den „positiven Strategien“ liegt der Mittelwert der weiblichen Stichprobe höher, mit einer Tendenz zur Signifikanz.

### **3.3.3. Der Zusammenhang zwischen Bewältigungsstrategien und der psychischen Symptombelastung der Zufallsstichprobe**

Legen wir nun die Daten aus der SCL-90-R der Zufallsstichprobe zugrunde und versuchen die möglichen Zusammenhänge zwischen Bewältigungsstrategien und psychischer Symptombelastung zu untersuchen, so ergibt sich wie in der Tabelle 3.17. dargestellt, dass die Subskalen der SCL-90-R mit allen negativen aber auch mit einigen positiven Bewältigungsstrategien positiv korrelieren.

So weisen die Korrelationskoeffizienten auf einen negativen Zusammenhang zwischen „Herabsetzung“, „Suche nach Selbstbestätigung“ und „positiver Selbstinstruktion“, aber auch auf einen positiven Zusammenhang zwischen „Bagatellisierung“, „Schuldabwehr“ und „Situationskontrollversuchen“ mit den Subskalen der SCL-90-R hin. Diese Ergebnisse deuten darauf hin, dass die benannten Strategien bei einem ziemlich großen Teil der Befragten weit mehr dysfunktional als hilfreich zu wirken scheinen.

Tabelle 3.17.: Korrelationskoeffizienten zwischen Subskalen der SCL-90-R und Skalen des Stressverarbeitungsfragebogens, SVF, nach Janke et. al., 1985 bei der Zufallsstichprobe

<i>Subskalen des SVF</i>	<i>Subskalen der SCL-90-R</i>								
	<i>SOM</i>	<i>ZWA</i>	<i>UNS</i>	<i>DEP</i>	<i>ÄNG</i>	<i>AGG</i>	<i>PHA</i>	<i>PAD</i>	<i>PSY</i>
Bagatellisierung	.24 *	.21*	.20	.19	.24*	.23*	.20*	.22*	.31**
Herabsetzung	-.16	-.30**	-.30**	-.40**	-.26*	-.34**	-.31**	-.20	-.20
Schuldabwehr	.27**	.31**	.35**	.33**	.41**	.38**	.31**	.39**	.37**
Ablenkung v. Situationen	.18	.27**	.23*	.19	.17	.19	.13	.21*	.16
Ersatzbefriedigung	.10	.03	.07	.06	.11	.11	.03	.12	.07
Suche n. Selbstbestätigung	-.03	-.21*	-.16	-.22*	-.14	-.19	-.24*	-.07	-.12
Situationskontrollversuche	.22*	.15	.13	.08	.24*	.08	.05	.25*	.22*
Reaktionskontrollversuche	.14	.10	.02	-.01	.06	.00	-.07	.13	.08
Positive Selbstinstruktion	-.06	-.16	-.22*	-.25*	-.14	-.19	-.25*	-.08	-.15
<b>Bedürfnis soz</b>									
Unterstützung	.21*	.18	.19	.17	.23*	.19	.11	.20*	.18
Vermeidungstendenz	.24*	.30**	.35**	.28**	.34**	.25*	.14	.38**	.32**
Fluchttendenz	.28**	.42**	.39**	.37**	.39**	.39**	.23*	.40**	.42**
Soziale Abkapselung	.37**	.46**	.47**	.48**	.43**	.49**	.46**	.39**	.44**
gedankl. Weiterbeschäft.	.39**	.49**	.38**	.47**	.45**	.39**	.39**	.44**	.38**
Resignation	.45**	.46**	.40**	.49**	.57**	.49**	.51**	.38**	.40**
Selbstbemitleidung	.44**	.43**	.48**	.47**	.56**	.50**	.38**	.51**	.51**
Selbstbeschuldigung	.21*	.40**	.40**	.33**	.39**	.35**	.25*	.37**	.33**
Aggression	.44**	.49**	.50**	.57**	.58**	.62**	.51**	.45**	.49**
Pharmakaeinnahme	.20	.11	.15	.07	.11	.17	.7	.09	.19
Positive Strategien	.14	.07	.05	.00	.12	.06	-.01	.16	.12
Negative Strategien	.49**	.57**	.57**	.59**	.62**	.59**	.52**	.54**	.54**

Anmerkungen: N = 92 \*\* p < 0.01, \* p < 0.05 ( beide 2-seitig)

ZWA (Zwanghaftigkeit), UNS (Unsicherheit im Sozialkontakt), DEP (Depressivität), ÄNG (Ängstlichkeit), AGG (Aggression), PHO (phobische Ängste), PAR (paranoides Denken), PSY (Psychotizismus)

Des Weiteren zeigen die Korrelationskoeffizienten in der Tabelle 3.16., dass die Subskalen der SCL-90-R mit den einzelnen negativen Bewältigungsstrategien recht gut und signifikant positiv korrelieren.

Den niedrigsten Zusammenhang zeigt die Skala „negative Strategien“ zu „Somatisierung“ ( $r = .49$ ,  $p < 0.01$ ) und den höchsten zu „Ängstlichkeit“ ( $r = .62$ ,  $p < 0.01$ ). Aber auch andere Zusammenhänge sind signifikant und liegen über  $r = .50$ . Im Gegenteil dazu weisen die Korrelationskoeffizienten zwischen „positive Strategien“ und Skalen der psychischen Symptombelastung auf geringe bis keinen Zusammenhang hin.

### 3.3.4. Bewältigungsstrategien der Patientenstichprobe

Zwischen Frauen und Männern der Patientenstichprobe zeigt sich bei allen Subskalen des SVF ein Mittelwertunterschied. Dieser Unterschied beruhte jedoch aber auf keiner Signifikanz. Der Reliabilitätstest nach Cronbach's Alpha für die Gesamtskala zeigt bei der Patientenstichprobe einen Wert von  $\alpha = .90$ .

Die weiteren wichtigsten statistischen Kennwerte der Patientenstichprobe sind der Tabelle 3.18. zu entnehmen:

Tabelle 3.18.: Statistische Kennwerte der Patientenstichprobe hinsichtlich der Skalen des Stressverarbeitungsfragebogen (SVF)

	<i>Patientenstichprobe</i> (n = 10)					
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>Range</i>	<i>Varianz</i>
Bagatellisierung <sup>p</sup>	12.7	3.3	10	19	9	10.6
Herabsetzung <sup>p</sup>	8.6	3.7	4	16	12	14.2
Schuldabwehr <sup>p</sup>	11.4	3.0	6	17	11	9.6
Ablenkung von Situationen <sup>p</sup>	10.7	2.7	7	17	10	7.7
Ersatzbefriedigung <sup>p</sup>	9.3	3.1	5	14	9	9.3
Suche nach Selbstbestätigung <sup>p</sup>	10.9	3.8	6	19	13	14.8
Situationskontrollversuche <sup>p</sup>	13.2	3.0	6	16	10	8.8
Reaktionskontrollversuche <sup>p</sup>	14.4	2.3	12	18	6	5.4
Positive Selbstinstruktion <sup>p</sup>	12.3	3.0	7	17	10	8.9
Bedürfnis nach sozialer Unterstützung	10.6	4.0	4	18	14	16
Vermeidungstendenz	13.3	4.2	7	18	11	17.8
Fluchttendenz	12.7	4.6	4	19	15	20.7
Soziale Abkapselung <sup>n</sup>	11.5	6.9	0	21	21	47.2
Gedankliche Weiterbeschäftigung <sup>n</sup>	14.3	4.3	8	23	15	18.5
Resignation <sup>n</sup>	10.8	4.6	4	17	13	20.8
Selbstbemitleidung <sup>n</sup>	13.5	4.1	6	17	11	16.7
Selbstbeschuldigung <sup>n</sup>	10.1	5.8	0	16	16	34.1
Aggression	11.3	5.4	0	18	18	28.9
Pharmakaeinnahme	7.6	3.3	2	13	11	10.9
<b>Positive Strategien</b>	<b>10.1</b>	<b>1.0</b>	<b>8.3</b>	<b>11.4</b>		<b>1.0</b>
<b>Negative Strategien</b>	<b>7.9</b>	<b>3.1</b>	<b>2.2</b>	<b>11.7</b>		<b>9.8</b>

p: positive Bewältigungsstrategien; n: negative Bewältigungsstrategien

Zieht man die in der Tabelle 3.14. aufgeführten Standardabweichungen zusammen mit den jeweiligen Mittelwerten in Betracht, zeigt sich (aufgrund der starken Schwankungen der Standardabweichungen), dass die Werte der Patientenstichprobe bei den einzelnen positiven Bewältigungsstrategien dichter beieinander liegen als bei den negativen. Auch die bei den einzelnen negativen Strategien deutlich höheren Varianzwerte (die Summe quadrierter Abweichungen der einzelnen Werte dividiert durch die Anzahl der Beobachtungen) machen im Vergleich zu Varianzen der einzelnen positiven Strategien deutlich<sup>42</sup>, dass die Patientenstichprobe sich der einzelnen negativen Strategien insgesamt stärker bedient. Diese

<sup>42</sup> Vergleicht man in diesem Zusammenhang die Werte der weiblichen mit denen der männlichen Befragten, so ist zu sehen, dass hier die Werte der Frauen mehr zu dieser Schwankung beitragen als die der Männer dieser Stichprobe.



Ergebnisse weisen daraufhin, dass bei der Patientenstichprobe mehr Ähnlichkeit im Bereich der positiven als in negativen Bewältigungsstrategien besteht.

### 3.3.5. Der Zusammenhang zwischen Bewältigungsstrategien und der psychischen Symptombelastung der Patientenstichprobe

Fragen wir nun nach möglichen Zusammenhängen zwischen Bewältigungsstrategien und psychischer Symptombelastung der Patientenstichprobe, so zeigt Tabelle 3.19., dass einerseits hohe positive und zum Teil signifikante Zusammenhänge zwischen einzelnen negativen Bewältigungsstrategien und den Subskalen der SCL-90-R bestehen, und andererseits bestehen zwischen der Mehrzahl der positiven Strategien („Herabsetzung“, „Ersatzbefriedigung“, „Suche nach Selbstbestätigung“, „positive Selbstinstruktion“, „Reaktionskontrollversuche“) und SCL-90-R negative Korrelationskoeffizienten.

Tabelle 3.19.: Zusammenhänge zwischen SCL-90-R und „Stressverarbeitungsfragebogen“ (SVF) der Patientenstichprobe

<i>Subskalen des SVF</i>	<i>SCL-90-R Subskalen</i>								
	<i>SOM</i>	<i>ZWA</i>	<i>UNS</i>	<i>DEP</i>	<i>ANG</i>	<i>AGG</i>	<i>PHA</i>	<i>PAD</i>	<i>PSY</i>
Bagatellisierung	.44	.41	.39	.62	.25	.51	.40	.24	.39
Herabsetzung	-.30	-.37	-.25	-.26	.03	-.02	-.59	-.08	-.25
Schuldabwehr	.05	.57	.53	.38	.23	.15	.49	.30	.68*
Ablenkung von Situationen	.78**	.33	-.05	.24	.28	.19	.26	.14	.11
Ersatzbefriedigung	.24	-.35	-.55	-.35	-.40	-.34	-.16	-.45	-.65*
Suche nach Selbstbestätigung	-.41	-.62	-.43	-.39	-.28	-.11	-.67*	-.38	-.51
Situationskontrollversuche	.44	.63*	.55	.61	.44	.37	.57	.51	.72*
Reaktionskontrollversuche	.49	.07	-.22	.05	-.11	-.09	-.10	-.18	-.11
Positive Selbstinstruktion	-.17	-.37	-.30	-.16	-.03	-.11	-.70*	-.24	-.34
Bedürfnis n. sozialer Unterstützung	.09	-.45	-.63*	-.57	-.23	-.39	-.46	-.31	-.64*
Vermeidungstendenz	.44	.67*	.49	.46	.50	.25	.53	.54	.58
Fluchttendenz	.37	.45	.51	.64*	.57	.63*	.14	.58	.36
Soziale Abkapselung	.63	.58	.34	.47	.12	.09	.77**	.24	.55
Gedankliche Weiterbeschäftigung	.40	.54	.53	.53	.36	.28	.55	.57	.35
Resignation	.56	.68*	.65*	.76*	.34	.45	.90**	.53	.60
Selbstbemitleidung	.39	.71*	.69*	.69*	.44	.41	.69*	.60	.74*
Selbstbeschuldigung	.36	.51	.47	.53	.16	.21	.67*	.32	.67*
Aggression	.58	.55	.44	.59	.23	.29	.67*	.37	.58
Pharmakaeinnahme	.55	.14	-.19	-.01	-.05	-.23	.10	-.02	.12
<b>Positive Strategien</b>	<b>.45</b>	<b>.13</b>	<b>.03</b>	<b>.24</b>	<b>.12</b>	<b>.22</b>	<b>-.03</b>	<b>.00</b>	<b>.13</b>
<b>Negative Strategien</b>	<b>.55</b>	<b>.65*</b>	<b>.62</b>	<b>.64*</b>	<b>.28</b>	<b>.29</b>	<b>.78**</b>	<b>.46</b>	<b>.64*</b>

N = 10; \*\* p < 0.01 2-seitig, \* p < 0.05 2-seitig

Wie bei der Zufallsstichprobe bestätigen auch die in Tabelle 3.19. aufgeführten Korrelationskoeffizienten der Patientenstichproben, dass ein positiver Zusammenhang

zwischen psychischer Symptombelastung und negativen Bewältigungsstrategien besteht. Aus der Tabelle ist weiter zu entnehmen, dass überwiegend negative und zum Teil auch signifikante Zusammenhänge zwischen einzelnen positiven Strategien und den Subskalen der SCL-90-R bestehen. Es fällt dort stark auf, dass zwischen „Ablenkung von Situationen“ und „Somatisierung“ ( $r = .78, p < 0.01$ ), zwischen „Schuldabwehr“ und „Psychotizismus“ ( $r = .68, p < 0.01$ ) und zwischen „Situationskontrolle“ und „Zwanghaftigkeit“ ( $r = .63, p < 0.05$ ) immerhin positive, hohe und signifikante Zusammenhänge bestehen<sup>43</sup>.

Vergleichen wir weiter, zeigen die Korrelationskoeffizienten, dass bei der Zufallsstichprobe zwischen „Bedürfnis nach sozialer Unterstützung“ und fast allen Subskalen der SCL-90-R positive Zusammenhänge bestehen, wogegen bei der Patientenstichprobe ein negativer Zusammenhang festzustellen ist. Auch Klaus und Janke (1982) berichten von einem negativen Zusammenhang zwischen „Bedürfnis nach sozialer Unterstützung“, „Ersatzbefriedigung“ und dem Grad der „Deprimiertheit“. Diese Ergebnisse stehen jedoch nicht im Einklang mit einigen aus dem deutschsprachigen Raum bekannten Untersuchungen (Erdmann et.al., 1983; Janke et.al., 1983 / 84), die besagen, dass bei klinischen Stichproben ein starkes „Bedürfnis nach sozialer Unterstützung“ mit mehr negativer Befindlichkeit einhergeht.

Betrachten wir nun in Tabelle 3.18. die positiven, signifikanten und zum Teil hohen Zusammenhänge zwischen einzelnen negativen Bewältigungsstrategien und den Subskalen der SCL-90-R, insbesondere bei „Unsicherheit“, „Depressivität“ und „phobischen Ängste“ (wobei ein hoher signifikanter Korrelationskoeffizient zwischen „phobischen Ängsten“ und „Resignation“ von  $r = .90, p < 0.01$  besteht), so zeigen diese Befunde wieder, dass es sich hierbei um Patienten handelt, die sich überwiegend wegen Depressionen und Ängsten in die Behandlung begeben haben (vgl. Tabelle 2.11.).

### 3.3.6. Vergleich der Stichproben und Entscheidung über die zweite Hypothese

---

<sup>43</sup> Diese Ergebnisse stehen im Widerspruch zu der Erwartung, welche man mit positiven Strategien bei der Auseinandersetzung mit erlebtem Stress verbindet. Betrachten wir diese Ergebnisse aber in einem Zusammenhang mit den negativen Strategien der Patientenstichprobe, lassen sie vermuten, dass die positiven Strategien an ihrer Wirksamkeit einbüßen, wenn die negativen Strategien stärker bzw. genauso stark im Vordergrund stehen; denn wie die Bewältigungsforschung zeigt, kommt es vor allem darauf an, wie stark sich die Person bei der Auseinandersetzung mit dem erlebten Stress der positiven (funktionalen, hilfreichen) Strategien bedient.

Bis hier hin sind die wichtigsten Befunde der Patienten- und Zufallsstichproben getrennt von einander behandelt worden. Im weiteren Vorgehen soll nun überprüft werden, a) ob sich die Patienten- bzw. Zufallsstichprobe in Bezug auf ihre Ausprägungen auf dem SVF signifikant von einander unterscheiden, und b) in wieweit sich diese Datenlage verändert, wenn die aus SCL-90-R resultierenden Gruppen „Stärker Belastete“ und „Schwächer Belastete“ hinsichtlich ihrer Ausprägungen auf dem SVF mit einander verglichen werden. Zuerst gehen wir hier der Frage nach Unterschieden zwischen der Patienten- und Zufallsstichprobe nach. Die folgende Profildarstellung (Abbildung 3.13.) soll über diese Frage mit entsprechenden Subtestrohwerten der beiden Stichproben informieren.

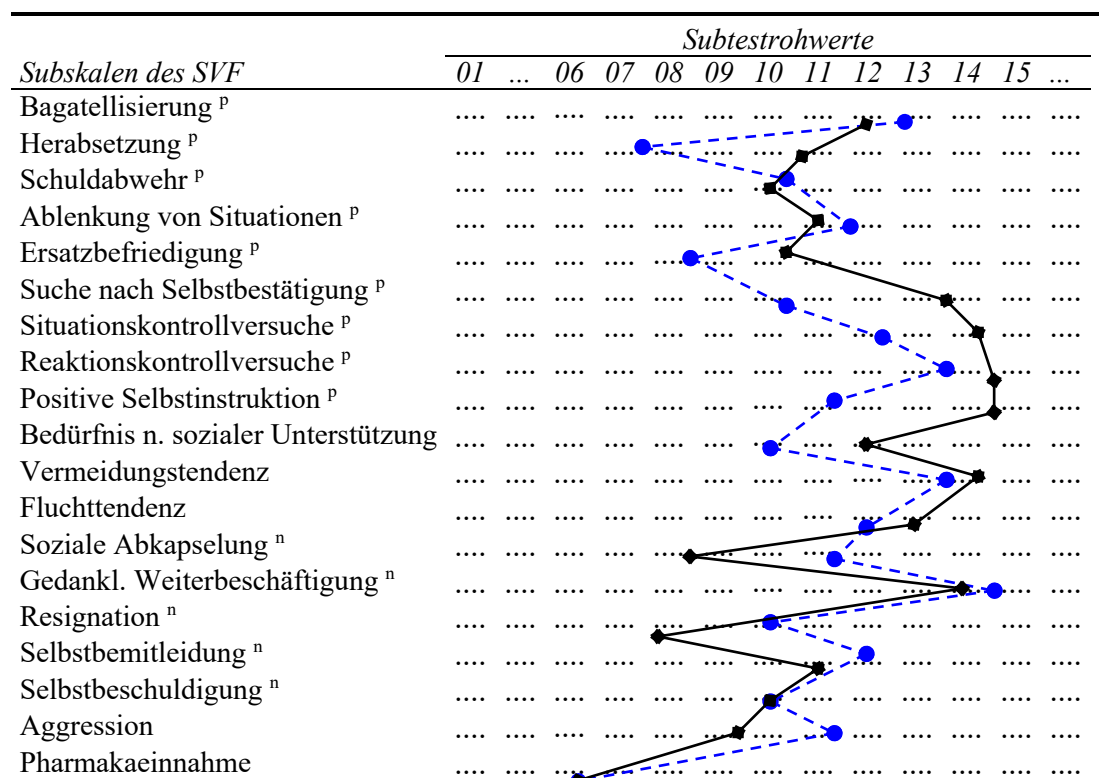


Abbildung 3.13.: Profilvergleich der Patienten- und Zufallsstichprobe hinsichtlich

Bewältigungsstrategien

<sup>P</sup>: positive Bewältigungsstrategien; <sup>n</sup>: negative Bewältigungsstrategien

Patientenstichprobe: - - - - ● - - - -

Zufallsstichprobe: —◆—

Wie aus der Profildarstellung ersichtlich, erzielt die Patientenstichprobe höhere Werte bei fast allen Subskalen, die als stressvermehrend zu betrachtend sind („soziale Abkapselung“, „gedankliche Weiterbeschäftigung“, „Resignation“, „Selbstbemitleidung“ und „Selbstbeschuldigung“), aber auch bei zwei als stressvermindernd geltende Strategien liegen

die Mittelwerte der Patienten über den Werten der Zufallsstichprobe („Schuldabwehr“ und „Ablenkung von Situationen“). Insgesamt ist zu verzeichnen, dass sich die Patienten- und Zufallsstichproben in ihrem Profilwert fast durchgehend in allen Subskalen des SVF voneinander unterscheiden. Für diese Unterschiede gibt es jedoch keine Signifikanzen; lediglich bei „Resignation“ besteht eine Tendenz zur Signifikanz (s. Tabelle A9 im Anhang A).

Werfen wir hier wieder die Frage auf: In wieweit ändern sich die bisher aufgeführten Ergebnisse, wenn die Stichproben „Schwächer Belastete“ und „Stärker Belastete“ mit einander verglichen werden, über diese Ergebnisse informiert Tabelle 3.20.

Tabelle 3.20.: Mittelwertsvergleich (t-Test für unabhängige Stichproben) der Stichproben „Schwächer Belastete“ und „Stärker Belastete“ hinsichtlich der Skalen des Stressverarbeitungsfragebogen (SVF)

<i>Bewältigungsstrategien</i>	<i>„Schwächer Belastete“ (n = 51)</i>		<i>„Stärker Belastete“ (n = 51)</i>		<i>t</i>	<i>p(t)</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
Bagatellisierung <sup>p</sup>	11.22	4.03	13.43	3.86	-2.835	.00**
Herabsetzung <sup>p</sup>	11.98	4.98	10.16	4.92	1.860	.06*
Schuldabwehr <sup>p</sup>	9.00	4.37	11.65	3.70	-3.315	.00**
Ablenkung von Situationen <sup>p</sup>	10.40	4.40	12.40	3.24	-2.625	.01**
Ersatzbefriedigung <sup>p</sup>	10.41	5.20	11.12	4.50	-.734	.46
Suche nach Selbstbestätigung <sup>p</sup>	13.92	5.30	13.23	5.60	.638	.52
Situationskontrollversuche <sup>p</sup>	13.30	3.31	15.23	3.70	-2.802	.00**
Reaktionskontrollversuche <sup>p</sup>	13.53	4.60	15.52	4.10	-2.327	.02*
Positive Selbstinstruktion <sup>p</sup>	14.10	4.95	13.92	5.16	.176	.86
Bedürfnis n. soz. Unterstützung	10.88	3.93	12.23	4.58	-1.600	.11
Vermeidungstendenz	12.96	3.95	15.70	3.27	-3.820	.00**
Fluchttendenz	10.96	3.86	13.53	3.28	-3.625	.00**
Soziale Abkapselung <sup>n</sup>	7.31	4.28	11.03	5.27	-3.915	.00**
gedankl. Weiterbeschäftigung <sup>n</sup>	12.04	4.97	16.20	3.64	-4.816	.00**
Resignation <sup>n</sup>	6.76	3.56	10.53	3.49	-5.386	.00**
Selbstbemitleidung <sup>n</sup>	8.92	5.05	13.80	4.44	-5.186	.00**
Selbstbeschuldigung <sup>n</sup>	8.49	4.66	11.98	3.51	-4.270	.00**
Aggression	7.45	4.20	10.96	4.24	-4.179	.00**
Pharmakaeinnahme	6.60	3.32	7.31	2.98	-1.128	.26
<b>Positive Strategien</b>	<b>10.41</b>	<b>3.01</b>	<b>11.41</b>	<b>2.64</b>	<b>-1.780</b>	<b>.07</b>
<b>Negative Strategien</b>	<b>5.66</b>	<b>2.41</b>	<b>8.26</b>	<b>2.00</b>	<b>-5.891</b>	<b>.00**</b>

p: positive Bewältigungsstrategien; n: negative Bewältigungsstrategien, \*\* p< 0.01, \* p< 0.05, df = 100

Die ermittelten Werte der Stichprobe „Stärker Belastete“ zeigen einerseits, dass sie in den sechs von neun Subskalen der positiven Bewältigungsstrategien im Vergleich zu der Stichprobe „Schwächer Belastete“ signifikant höhere Werte erzielen. Andererseits ist zu sehen, dass die Mittelwerte dieser Stichprobe auch hinsichtlich negativer Strategien signifikant höher liegen. Es ist bekannt, dass eine höhere psychische Belastung im Alltag zu mehr Bemühungen zur Bewältigung auffordert. Daher liegen auch die Werte der Stichprobe „Stärker Belastete“

---

---

bei den Bewältigungsstrategien insgesamt höher als die der „Schwächer Belasteten“. Aus der genaueren Betrachtung der Daten wird ersichtlich, dass die beiden Stichproben sich in erster Linie bei ihren Werten auf „negativen Strategien“ voneinander unterscheiden. Dies wäre im Sinne der kognitiven Theorie in der Stressforschung als der grundlegende Unterschied bei der Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen und psychischer Gesundheit zu betrachten.

Die zweite Hypothese besagt: Iranische Migrantinnen und Migranten in Deutschland mit psychischen Störungen unterscheiden sich von Iraner(inn)en ohne psychische Störungen hinsichtlich ihrer Bewältigungsstrategien.

In Anbetracht der Datenlage der Patienten- und Zufallsstichprobe wird lediglich festgestellt, dass sie sich hinsichtlich ihrer positiven wie auch negativen Bewältigungsstrategien voneinander unterscheiden. Jedoch gab es dafür keine statistischen Signifikanzen, um die zweite Hypothese als durch Daten gestützt betrachten zu können. (Dabei war lediglich bei dem höheren Mittelwert der Patientenstichprobe bei der Subskala „Resignation“ eine Tendenz zur Signifikanz festzustellen).

Es wurde bereits gezeigt, dass neun von zehn Patienten in der Gruppe „Stärker Belastete“ vorkommen, und somit die Gruppe „Stärker Belastete“ eine bessere Basis für die Überprüfung der Hypothesen anbietet. So zeigt sich auch bei der Überprüfung der zweiten Hypothese, dass die bisherige Befundlage sich verändert, wenn zur Überprüfung der zweiten Hypothese die Daten der Stichproben „Schwächer Belastete“ und „Stärker Belastete“ zugrunde gelegt werden.

Wie die Befunde in Tabelle 3.21. zeigen, unterscheiden sich die Stichproben „Stärker Belastete“ und „Schwächer Belastete“ hinsichtlich ihrer Ausprägung bei den negativen Strategien hoch signifikant voneinander. Auch bei den positiven Strategien erzielt die Stichprobe „Stärker Belastete“ einen höheren Mittelwert, wobei für diesen Mittelwertunterschied nur eine Tendenz zur Signifikanz zu verzeichnen ist.

Tabelle 3.21.: die wichtigsten statistischen Kennwerte und der t-Test für unabhängige Stichproben der Stichproben „Schwächer Belastete“ und „Stärker Belastete“ hinsichtlich Bewältigungsstrategien

<i>Bewältigungsstrategien</i>	„Stärker Belastete“ (n = 51)		„Schwächer Belastete“ (n = 51)		<i>t</i>	<i>p(t)</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
<b>Positive Strategien</b>	<b>11.4</b>	<b>2.6</b>	<b>10.4</b>	<b>3.0</b>	<b>-1.780</b>	<b>.07</b>
Positiv-Kognitive	11.7	2.9	10.7	3.4	-1.599	.11
Positiv-Ablenkung	12.2	3.7	11.6	4.1	-.875	.38
Positiv-Kontrolle	14.9	3.8	13.6	3.7	-1.675	.09
<b>Negative Strategien</b>	<b>8.3</b>	<b>2.0</b>	<b>5.7</b>	<b>3.0</b>	<b>-5.891</b>	<b>.00**</b>

\*\*  $p < 0.01$ , 2-seitig,  $df = 100$

Es ist dabei zu vermerken, dass die Stichprobe „Stärker Belastete“ sich auf einer Seite Stressbewältigungsstrategien bedient, die im Grunde genommen stressvermehrend wirken, auf der anderen Seite sich jedoch gleich stark solcher Bewältigungsstrategien bedient, die auf eine Stressreduktion abzielen. Es ergibt sich aus dem Vergleich der beiden Gruppen, dass die positiven Bewältigungsstrategien nur dann effektiv sein können, wenn das Ausmaß an negativen Strategien gering bleibt. Dieses Ergebnis kann in Anlehnung an die RET-Theorie von Ellis bedeuten, dass bei Entstehung bzw. Aufrechterhaltung von psychischen Belastungen die dysfunktionalen Bewältigungsstrategien einer Person eine stärkere Rolle spielen als die funktionalen Bewältigungsstrategien zur Aufrechterhaltung von psychischer Gesundheit. Es deutet auch daraufhin, dass die Grenze zwischen funktionalen und dysfunktionalen Verhaltensweisen im Verhaltensrepertoire einer Person sehr fließend sein kann, d.h. mit anderen Worten: Die Aufrechterhaltung von psychischer Gesundheit im Alltag hängt von der Wechselwirkung zwischen vermindernden und vermehrenden Bewältigungsstrategien ab, je nach dem wie eine Person sie bei Auseinandersetzung mit Belastungssituationen einsetzt.

Aufgrund der berichteten Ergebnisse kann die zweite Hypothese dann als durch Daten gestützt angesehen werden, wenn die Daten der Stichproben „Schwächer Belastete“ und „Stärker Belastete“ als Vergleichsbasis herangezogen werden.

### 3.4. ZUR BEDEUTUNG VON KRANKHEITS- UND GESUNDHEITSBEZOGENEN KONTROLLÜBERZEUGUNGEN

*Auswertungsmethodik:* In Ergänzung zur Erfassung generalisierter Kontrollüberzeugungen anhand von FKK ermöglicht der Fragebogen zur Erhebung der Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit (KKG) die Abbildung von Kontrollüberzeugungen im Bereich Gesundheit und Krankheit. Die drei Subskalen der KKG, nämlich Internalität, Externalität und fatalistische Externalität umfassen jeweils sieben von insgesamt 21 Items. Die Rohwerte der jeweils sechsstufigen Items (1= trifft sehr zu, bis 6 =trifft gar nicht zu) der KKG werden zuerst umgepolt, so dass höhere Rohwerte auch hohen Kontrollüberzeugungen entsprechen und umgekehrt. Der Gesamtwert für je drei Subskalen ergibt sich aus der Summation der Rohwerte der sieben Items, die der Skala zugeordnet sind. Der niedrigste mögliche Gesamtwert für jede Skala beträgt somit sieben, der höchste 42 Punkte.

#### 3.4.1. Die Teststatistischen Kennwerte des Fragebogens zur Erhebung der Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit (KKG)

Der Reliabilitätstest nach Cronbach's Alpha zeigt auf der Grundlage der Daten der Gesamtpersonengruppe (die Tabelle 3.22.) einen Wert zwischen  $\alpha = .64$  bis  $.78$  für die Subskalen und  $\alpha = .82$  für den KKG insgesamt und ist als zufrieden stellend zu betrachten. In der Tabelle sind auch die Interkorrelationen zwischen den Subskalen des KKG eingeführt.

Tabelle 3.22.: Interkorrelationen und der Reliabilitätstest der Subskalen des (KKG)

<i>Subskalen des KKG</i>	<i>Interkorrelationen</i>			<i>r<sub>it</sub></i>
	<i>(I)</i>	<i>(P)</i>	<i>(C)</i>	
<b>Internalität (I)</b>				<b>.74</b>
<b>Soziale Externalität (P)</b>	<b>26**</b>			<b>.64</b>
<b>Fatalistische Externalität (C)</b>	<b>-15</b>	<b>29**</b>		<b>.78</b>
<b>KKG-gesamt</b>	<b>50**</b>	<b>78**</b>	<b>67**</b>	<b>.82</b>

\*\* p< 0.01

Dabei liegt der Mittelwert der Subskala „fatalistische Externalität“ (M = 36.4, SD = 3.7) im Vergleich viel höher als der Mittelwert der Subskala „Internalität“ (M = 19.25, SD = 5.7) und der der „sozialen Externalität“ (M = 27.13, SD = 6.1). Diese höher liegenden Mittelwerte reflektieren zuerst den Glauben der Befragten über die Ursachen ihrer Beschwerden dahingehend, dass sie vorwiegend ihre Beschwerden als durch Zufälle, Glück, Pech und Schicksal bestimmt sehen. Es ist insgesamt zu verzeichnen, dass die Befragten für ihre Befindlichkeit bzw. Beschwerden stärker die externen Faktoren in Betracht ziehen als die internen. Dabei unterscheiden sich die beiden Geschlechter kaum voneinander.

### 3.4.2. Ergebnisse der Zufalls- und Patientenstichprobe

Während die bisherige Darstellung der statistischen Tests sich auf die Gesamtpersonengruppe bezog, sollen nun die beiden Stichproben im Vergleich zu einander behandelt werden. Es ist dabei zu untersuchen, ob sich die Patienten- und Zufallsstichprobe in irgendeiner Form voneinander unterscheiden. Die Befunde zum Mittelwertvergleich und die t-Tests für unabhängige Stichproben sind in Tabelle 3.23. eingeführt.

Die Mittelwerte der beiden Stichproben liegen in allen drei Subskala des KKG über 30 und zeigen somit eine Tendenz der beiden Stichproben zu Extremwerten (der höchste zu erreichende Mittelwert wäre 42).

Tabelle 3.23.: Vergleich zwischen Patienten- und Zufallsstichprobe hinsichtlich der Kontrollüberzeugungen (KKG)

<i>KKG-Subskalen</i>	<i>Zufallsstichprobe</i> ( <i>n</i> = 92)		<i>Patientenstichprobe</i> ( <i>n</i> = 10)		<i>t</i>	<i>p(t)</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
<i>Internalität</i>	34.20	3.72	33.4	3.40	-.638	.511
<i>Soziale Externalität</i>	34.0	3.68	31.8	2.85	-2.105	.034*
<i>Fatalistische Externalität</i>	36.6	3.75	34.5	2.87	-1.720	.083

*df* = 100, \**p* < 0.05, 2-seitig

Die Zufallsstichprobe erzielt im Vergleich zur Patientenstichprobe in allen Subskalen einen höheren Mittelwert. Dabei weist der t-Test für unabhängige Stichproben lediglich bei der Subskala „soziale Externalität“ auf einen signifikanten Mittelwertunterschied hin.

Der im Vergleich höhere Mittelwert der Zufallsstichprobe bei der Subskala „fatalistische Externalität“ reflektiert nach der Testtheorie der KKG den Glauben der Person, dass das eigene Befinden vorwiegend durch Zufall/Schicksal oder Glück/Pech bestimmt sein. Der wiederum im Vergleich zur Patientenstichprobe höher liegende Mittelwert dieser Stichprobe bei „sozialer Externalität“ weist auf eine höhere Bereitschaft zur Mitarbeit an einer gesundheitsfördernden Maßnahme hin, wenn diese von einem Fachmann oder von einer „als mächtig empfundenen Person“ eingeordnet bzw. empfohlen worden ist.

Parallel zu diesen Ergebnissen weist der höhere Mittelwert der Zufallsstichprobe bei der Subskala „Internalität“ auf eine höhere Bereitschaft dieser Stichprobe zur Eigeninitiative bei Bewältigung einer Störung oder beim Durchführen eines „krankheitsvermeidenden und gesundheitsfördernden Handelns“ hin (vgl. Lohaus und Schmidt, 1989, S. 4).

Zusammenfassend kann hier aufgrund der erhobenen Daten der Patienten- und Zufallsstichprobe gesagt werden, dass die Bereitschaft der Patientenstichprobe im Vergleich



---

---

zur Zufallsstichprobe sowohl bei Eigeninitiative zur Bewältigung einer Störung als auch bei der Mitarbeit an einer gesundheitsfördernden Maßnahme wie auch bei der Bereitschaft zur aktiven Bewältigung einer Krankheit niedriger ist.

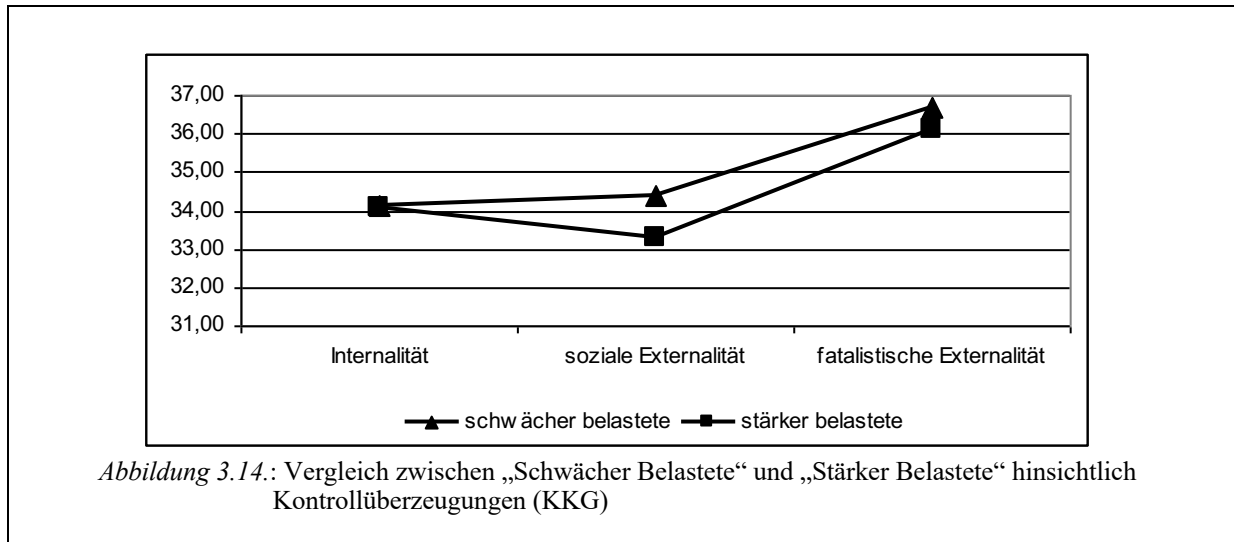
### 3.4.3. Vergleich der Stichproben und Stellungnahme zu der dritten Hypothese

Aus den bisher dargestellten Befunden hinsichtlich der Kontrollüberzeugungen der Patienten- und Zufallsstichprobe war festzustellen, dass die Zufallsstichprobe bei allen drei Subskalen des KKG, also bei der Eigeninitiative zur Bewältigung gesundheitsbezogenen Handelns („Internalität“) und bei Verhaltensweisen, die eine Mitarbeit bzw. Bereitschaft zur Bewältigung der Krankheit reflektieren („soziale Externalität“ und „fatalistische Internalität“) höhere Werte erzielt hatte als die Patientenstichprobe. Diese Befunde sind als Unterschiede in Verhaltensweisen der beiden Stichproben hinsichtlich ihrer bereichsspezifischen Kontrollüberzeugungen zu Gesundheit und Krankheit zu verstehen. Sie vermitteln aber nichts Konkretes, denn es ist nicht bekannt, ob nicht die Aufmerksamkeit der einzelnen Befragten beim Ausfüllen des Fragebogens auf unterschiedliche Beschwerden fokussiert sein könnte. So könnte es sein, dass die Patienten sich beim Ausfüllen des Fragebogens auf Beschwerden fokussiert haben, für die sie sich in psychotherapeutische Behandlung begeben haben und die Befragten in der Zufallsstichprobe z.B. ihre letzte grippale Erkrankung vor Augen hatten; und wie es so oft bei psychisch bzw. psychosomatischen Beschwerden der Fall ist, sehen sich die Betroffenen hinsichtlich ihrer Eigeninitiative relativ hilflos an..

Vergleichen wir nun die Befunde aus dem KKG mit den Daten aus der SCL-90-R, lässt sich festhalten: Zwischen „sozialer Externalität“, „fatalistischer Externalität“ und allen Subskalen des SCL-90-R bestehen negative Zusammenhänge, wobei nur die Korrelationen zwischen „fatalistischer Externalität“ und Subskalen der SCL-90-R auf Signifikanzen beruhen; ein negativer signifikanter Zusammenhang von  $r = -0,23$  ( $p < 0,05$ ) besteht zwischen den Skalen „Somatisierung“ und „sozialer Externalität“ (s. Tabelle A11 im Anhang A).

Hinsichtlich der bereichsspezifischen Kontrollüberzeugungen der Stichproben „Schwächer Belastete“ und „Stärker Belastete“ in Bezug auf Gesundheit und Krankheit ergibt sich etwa dasselbe Bild wie bei der Patienten- und Zufallsstichprobe. Wie Abbildung 3.14. zu entnehmen ist, sind auch die Mittelwerte der beiden Stichproben „Schwächer Belastete“ und „Stärker Belastete“ auf der Subskala „Internalität“ etwa gleich hoch („Schwächer Belastete“  $M = 34,12$ ,  $SD = 3,6$ , und „Stärker Belastete“  $M = 34,10$ ,  $SD = 3,8$ ). In den Bereichen

„soziale Externalität“ und „fatalistische Externalität“ fallen die Mittelwerte der Stichprobe „Stärker Belastete“ niedriger aus als im Vergleich zur Gruppe „Schwächer Belastete“. Für diese Mittelwertunterschiede gibt es aber keine Signifikanz.



Die hinsichtlich der bereichsspezifischen Kontrollüberzeugungen zugrunde liegende Hypothese dieser Untersuchung besagt:

Iranische Migrantinnen und Migranten in Deutschland *mit* psychischen Störungen unterscheiden sich von Iraner(inne)n *ohne* psychische Störungen hinsichtlich ihrer Einstellungen und Meinungen über Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen und über Bedingungen der psychischen Gesundheit.

Wie die gruppenstatistischen Befunde hinsichtlich der bereichsspezifischen Kontrollüberzeugungen gezeigt haben, ist bei allen drei Subskalen des KKG ein höherer Mittelwert der Zufallsstichprobe im Vergleich zur Patientenstichprobe zu finden. Die Ergebnisse der t-Tests wiesen aber lediglich bei der Subskala „soziale Externalität“ (und KKG-Gesamtskala) auf einen signifikanten Unterschied zwischen Patienten- und Zufallsstichprobe hin. Aus dem Vergleich der Stichproben „Schwächer Belastete“ und „Stärker Belastete“ ging auch hervor, dass sie sich lediglich in „sozialer Externalität“ und „fatalistischer Externalität“ voneinander unterscheiden, jedoch nicht signifikant. Somit ist die dritte Hypothese nur als durch Daten bedingt gestützt zu betrachten.

### 3.5. MOMENTANE PSYCHOSOZIALE KONFLIKTE

*Auswertungsmethodik:* Der Gesamtwert der 15 angegebenen Konfliktbereiche ergibt sich aus der Summation der angegebenen Werte geteilt durch 15. Somit konnten die Befragten einen Gesamtwert von 0 (keine psychosozialen Konflikte in keinem Bereich) bis zu einem Höchstwert von 6 (beträchtlich große psychosoziale Konflikte in allen Bereichen) erreichen.

Die zu bildenden Skalenwerte für konflikt spezifische Kontrollüberzeugungen in den Bereichen „Internalität“, „soziale Externalität“, „fatalistische Externalität“, „kulturelle Externalität“ und „migrationspezifische Externalität“ werden aus der Summation der 75 Items (je Konfliktbereich fünf Items) geteilt durch 15 gebildet.

In diesem Abschnitt soll zunächst analysiert werden, welche psychosozialen Konflikte momentan das Leben der Befragten beeinträchtigen. Danach wird analysiert, auf welche konflikt spezifischen Kontrollüberzeugungen die Befragten diese psychosozialen Konflikte im Einzelnen zurückführen. Mit dem Erfassen der *konflikt spezifischen Kontrollüberzeugung* in dieser Form verbindet sich die Absicht, die dritte Ebene der Kontrollüberzeugungstheorien neben der Ebene der *generalisierten Kontrollüberzeugungen* (FKK) und der *bereichs spezifischen Kontrollüberzeugungen* (KKG) abzudecken.

Zunächst werden die wichtigsten Kenngrößen der Skala wie deren Reliabilität und Interkorrelationen anhand der Daten der Gesamtpersonengruppe überprüft. Die Überprüfung der Korrelationen zwischen Konfliktbereichen und SCL-90-R soll anschließend darüber informieren, in wieweit die von den Befragten erlebten Konflikte mit ihrer Symptombelastung in Zusammenhang stehen. Als Hauptbefunde dieses Teils werden danach die Stichproben hinsichtlich ihrer momentanen psychosozialen Konflikte (MPSK) und der konflikt spezifischen Kontrollüberzeugungen miteinander verglichen.

#### **3.5.1. Die teststatistischen Kennwerte der Skala „momentane psychosoziale Konflikte“ (MPSK)**

Die Überprüfung der Reliabilität und Interkorrelationen der MPSK wurden auf Grundlage der Daten der Gesamtpersonengruppe berechnet. Der Reliabilitätstest weist dabei auf einen zufrieden stellenden Wert von  $\alpha = .83$  für die 15 abgefragten Konfliktbereiche hin. Der Reliabilitätstest für die mit diesen 15 Bereichen verbundenen konflikt spezifischen Kontrollüberzeugungen ergab einen Wert von  $\alpha = .82$  für „Internalität“,  $\alpha = .80$  für „Externalität“,  $\alpha = .89$  für „fatalistische Externalität“,  $\alpha = .78$  für „kulturelle Externalität“ und  $\alpha = .79$  für „migrationspezifische Externalität“.

Die einzelnen Items der MPSK korrelieren alle positiv miteinander. Die Interkorrelationen der Items der MPSK weisen auf zum Teil hoch positive und überwiegend hoch signifikante Korrelationskoeffizienten hin (Tabelle A12 im Anhang A).

### Zusammenhänge zwischen MPSK und SCL-90-R:

Gehen wir an dieser Stelle der Frage nach möglichen Zusammenhängen zwischen „momentanen psychosozialen Konflikten“ (MPSK) und Subskalen der SCL-90-R nach, dann ist wie in der Abbildung 3.15. dargestellt, festzuhalten, dass zwischen der Mehrheit der Konfliktbereiche und der GSI der SCL-90-R ein Zusammenhang besteht.



Abbildung 3.15.: Zusammenhänge zwischen dem GSI (SCL-90-R) und momentanen psychosozialen Konflikte

Die bestehenden Korrelationskoeffizienten zeigen einen positiven, signifikanten und zum Teil auch hohen Zusammenhang zwischen GSI der SCL-90-R und den 10 von 15 abgefragten Konfliktbereichen. Weitere Einzelheiten sind der Tabelle A14 im Anhang A zu entnehmen.

### 3.5.2. Befunde der Zufalls- und Patientenstichprobe hinsichtlich momentaner psychosozialer Konflikte

Es ist nun an dieser Stelle als erstes auf die Frage einzugehen, ob die Zufalls- bzw. Patientenstichprobe sich hinsichtlich ihrer momentanen psychosozialen Konflikte von

einander unterscheiden. Anschließend wird das Verhältnis zwischen „Stärker Belasteten“ und „Schwächer Belasteten“ untersucht. Unter 3.5.4. wird dann darauf eingegangen, ob die beiden Stichproben sich hinsichtlich ihrer krisenspezifischen Kontrollüberzeugungen voneinander unterscheiden. Über die erste Frage informiert Tabelle 3.24.

Tabelle 3.24.: Vergleich zwischen der Patienten- und Zufallsstichprobe hinsichtlich „momentaner psychosozialer Konflikte“ (MPSK) und t-Test für unabhängige Stichproben

<i>Problembereiche</i>	<b>Patienten- stichprobe (n = 10)</b>		<b>Zufalls- stichprobe (n = 92)</b>		<i>t</i>	<i>P(t)</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
Ehe- bzw. Partnerschaft	2.50	1.95	2.08	1.74	.703	.484
Erziehung	1.80	1.70	1.71	1.71	.145	.885
Freundeskreis	2.90	1.59	2.36	1.20	1.028	.307
Schule/Beruf/Ausbildung	3.00	1.87	2.85	1.90	.223	.824
Finanzielles	4.50	1.35	2.98	1.50	3.049	.003**
Umgang mit Behörden	3.70	1.82	2.60	1.74	1.874	.064
Gesundheit	3.90	1.91	2.14	1.60	3.226	.002**
Umgang mit Dt. u. dt. Kultur	4.10	1.44	2.45	1.35	3.622	.000**
Umgang mit Landsleuten	3.70	1.15	2.43	1.57	2.480	.015*
Wohnprobleme	1.20	2.14	1.22	1.85	-.045	.964
Freizeit und Hobbys	3.10	1.80	2.21	1.80	1.471	.144
Fremdenfeindlichkeit	3.80	1.81	2.54	1.22	2.253	.026*
Vorurteile u. Ablehnung	3.80	1.88	2.84	1.24	2.171	.032*
Aufenthaltsprobleme	3.00	1.84	2.65	1.39	.730	.467
Deutsche Sprache	3.60	1.50	2.30	1.70	2.173	.032*
<b>MPSK- Insgesamt</b>	<b>3.31</b>	<b>.80</b>	<b>2.4</b>	<b>.90</b>	<b>3.187</b>	<b>.002**</b>

df = 100, \*p < 0.05, \*\* p < 0.01

Wie aus dem Vergleich der Mittelwerte der beiden Stichproben in Tabelle 3.24. zu erkennen ist, weisen die höheren Mittelwerte der Patientenstichprobe in fast allen Konfliktbereichen (außer bei „Wohnproblemen“) daraufhin, dass die Befragten dieser Stichprobe ihr Leben durch Krisen und Probleme stärker beeinträchtigt sehen als die Zufallsstichprobe. Dabei weist der t-Test für unabhängige Stichproben in sieben von insgesamt 15 Bereichen („Finanzielles“, „Gesundheit“, „Umgang mit Deutschen und Deutscher Kultur“, „Umgang mit den Landsleuten in Deutschland“, „das Erleben der Fremdenfeindlichkeit“, „Vorurteile und Ablehnung seitens der deutschen Gesellschaft“ und „Probleme mit der Deutschen Sprache“) auf eine Signifikanz für den höheren Mittelwert der Patientenstichprobe hin. Auch bei der Summe der Konfliktbereiche liegt der Mittelwert der Patientenstichprobe signifikant höher als im Vergleich zur Zufallsstichprobe, was auf stärkere psychosoziale Belastung dieser Stichprobe hindeutet.

Dass bei Personen, die eine psychotherapeutische Behandlung aufsuchen, auch in vielen Lebensbereichen starke Einschränkungen bzw. Konflikte vorzufinden sind, ist in der Literatur zur Klinischen Psychologie als eine vielfältig belegte Tatsache zu betrachten<sup>44</sup>.

### **3.5.3. Vergleich der Stichproben „Schwächer Belastete“ und „Stärker Belastete“ hinsichtlich momentaner psychosozialer Konflikte**

Im Folgenden sollen die bisher dargestellten Ergebnisse nun im Vergleich zu den aus der SCL-90-R gebildeten Stichproben „Schwächer Belastete“ und „Stärker Belastete“ repräsentiert werden. Zuerst soll die Frage geklärt werden, ob sich die Stichproben „Schwächer Belastete“ und „Stärker Belastete“ hinsichtlich ihrer momentanen psychosozialen Konflikte (MPSK) voneinander unterscheiden.

Wie aus Tabelle 3.25. zu entnehmen ist, liegen die Mittelwerte der „Stärker Belasteten“ durchgehend in allen Konfliktbereichen über den Werten der „Schwächer Belasteten“.

Die im Vergleich höheren Mittelwerte der Stichprobe „Stärker Belastete“ weisen auf stärkere psychosoziale Konflikte für diese Stichprobe hin, und zeigen somit, dass das Alltagsleben in der Migration für diese Stichprobe in mehreren Bereichen signifikant stärker als beeinträchtigt empfunden wird<sup>45</sup>.

Tabelle 3.25.: Mittelwertvergleich zwischen „Schwächer Belasteten“ und „Stärker Belastete“ hinsichtlich „momentaner psychosozialer Konflikte“ (MPSK) und t-Test für unabhängige Stichproben

---

<sup>44</sup> Es ist an dieser Stelle kurz zu erwähnen, dass Konfliktbereiche wie „finanzielle Situation“, „Gesundheit“, „Vorurteile“, „Fremdenfeindlichkeit“ und „deutsche Sprache“ von vielen Patienten im Zusammenhang mit Konflikten in der Partnerschaft oder in der Erziehung oder beim Lernen der Sprache benannt werden. Etwas ausführlicher wird hierauf im Diskussionsteil angegangen.

<sup>45</sup> Diese einzelnen Konfliktbereiche stehen sicherlich nicht einfach isoliert für sich da. Sie können sich auch gegenseitig beeinflussen. So könnten sich z.B. „finanzielle Probleme“ auf „Wohnprobleme“ oder auf „Hobbys und Freizeit“ negativ auswirken, oder „Probleme mit der deutschen Sprache“ negativ auf „Umgang mit Behörden“ oder „Vorurteile und Ablehnung“ wirken.

<i>Problembereiche</i>	<i>„Schwächer Belastete“</i> (n = 51)		<i>„Stärker Belastete“</i> (n = 51)		<i>t</i>	<i>P(t)</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
Ehe- bzw. Partnerschaft	1.88	1.51	2.37	1.96	-1.412	.161
Erziehung	1.70	1.56	1.74	1.85	-.115	.908
Freundeskreis	1.80	1.26	3.03	1.57	-4.368	.000**
Schule/Beruf/Ausbildung	2.13	1.80	3.60	1.70	-4.230	.000**
Finanzielles	2.60	1.60	3.70	1.32	-3.814	.000**
Umgang mit Behörden	2.10	1.63	3.33	1.70	-3.742	.000**
Gesundheit	1.72	1.52	2.90	1.70	-3.680	.000**
Umgang mit Deutschen und der deutschen Kultur	2.41	1.49	2.82	1.40	-1.450	.150
Umgang mit Landsleuten	2.05	1.50	3.05	1.50	-3.377	.001**
Wohnprobleme	1.57	1.53	3.04	1.80	-4.467	.000**
Freizeit und Hobbys	1.94	1.60	3.40	1.80	-4.720	.000**
Fremdenfeindlichkeit	2.72	1.42	3.15	1.22	-1.638	.105
Vorurteile u. Ablehnung	2.31	1.60	3.05	1.20	-2.717	.008*
Aufenthaltsprobleme	1.13	1.52	2.46	2.10	-3.626	.000**
Deutsche Sprache	2.20	1.90	2.82	1.48	-1.929	.054*
<b>MPSK- Insgesamt</b>	<b>2.01</b>	<b>.84</b>	<b>2.97</b>	<b>.67</b>	<b>-6.275</b>	<b>.000**</b>

df = 100, \* P < 0.05, \*\* p < 0.001

Aus diesem Vergleich lässt sich allgemein entnehmen, dass die Stichprobe „Stärker Belastete“ dabei besonders diejenigen Bereiche als stärker konfliktreich angibt, die die zwischenmenschlichen Beziehungen betreffen (z.B. „Freundeskreis“, „Umgang mit den Landsleuten“) aber auch die Bereiche, die von der Person der Befragten relativ höhere Eigenkompetenzen und Kompetenzen in sozialer Interaktion fordern („Ausbildung“, „Umgang mit Behörden“, „deutsche Sprache“, „Freizeit und Hobbys“).

Wie die bisher dargestellten Ergebnisse der Patienten- und Zufallsstichprobe wie auch die der „Schwächer Belasteten“ und „Stärker Belasteten“ es gezeigt haben, sind bei den momentanen psychosozialen Konflikten unterschiedliche Intensitäten der Alltagsbeeinträchtigung zwischen den Teilstichproben festzustellen. Bringen wir nun diese Ergebnisse in einen Zusammenhang, so veranschaulicht die folgende Abbildung die Intensität der Alltagsbeeinträchtigung der Teilstichproben im Vergleich zueinander.

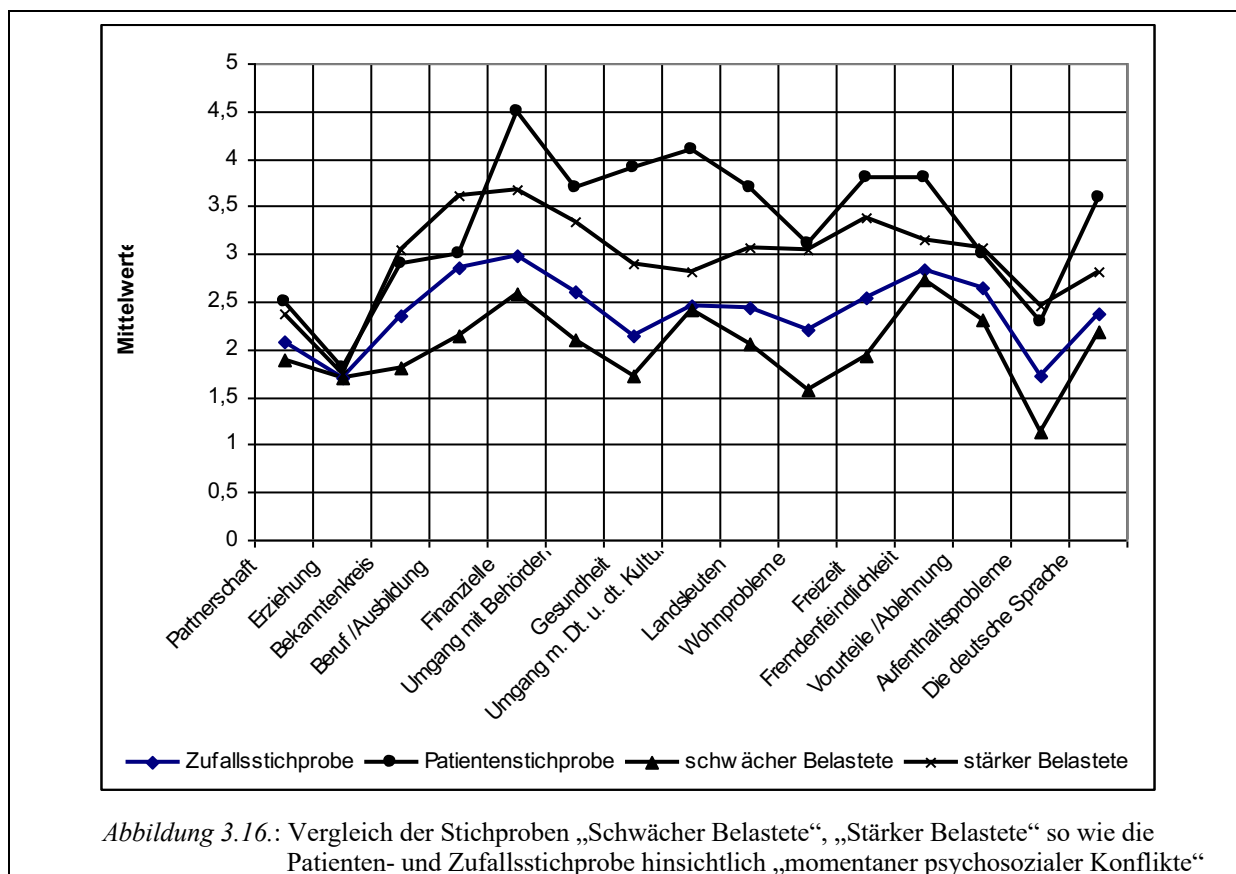


Abbildung 3.16.: Vergleich der Stichproben „Schwächer Belastete“, „Stärker Belastete“ so wie die Patienten- und Zufallsstichprobe hinsichtlich „momentaner psychosozialer Konflikte“

Hinsichtlich der psychosozialen Konflikte tritt aus dem Vergleich der Stichproben in Abbildung 3.16. deutlich hervor, dass der Grad der psychosozialen Konflikte der Patientenstichprobe bzw. der Stichprobe „Stärker Belastete“ in allen Bereichen höher liegt als bei der Zufallsstichprobe bzw. der Stichprobe „Schwächer Belastete“.

Betrachten wir nun diese Ergebnisse in einem Zusammenhang mit den unter Punkt 3.7.2. behandelten signifikant hohen und positiven Korrelationskoeffizienten zwischen „momentanen psychischen Symptombelastung“ (SCL-90-R) und psychosozialen Konflikten, so lassen diese Befunde darauf schliessen, dass beim Zustandekommen der höheren Werte der SCL-90-R der Patientenstichprobe bzw. der „Stärker Belasteter“ die psychosozialen Konflikte sehr stark beteiligt sind, bzw. dass die hohe psychische Symptombelastung der Befragten in einem direkten Zusammenhang steht mit dem Grad ihrer psychosozialen Belastung.

Vergleichen wir im Datensatz weiter, um weitere beteiligte Faktoren herauszukristallisieren, so gibt die folgende Tabelle 3.26. über weitere Zusammenhänge zwischen den psychosozialen Konflikten, Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen und Bewältigungsstrategien der Befragten Auskunft. In der Tabelle sind nur diejenigen Koeffizienten eingeflossen, die einen signifikanten Zusammenhang aufweisen.



Tabelle 3.26.: Zusammenhänge zwischen den Subskalen des FKK, negativen Bewältigungsstrategien (SVF) und „momentaner psychosozialer Konflikte“

<i>Konfliktbereiche</i>	Attributionen (FKK)			<i>Negative Bewältigungsstrategien (SVF)</i>
	<i>Selbstkonzept</i>	<i>Internalität</i>	<i>Soziale Externalität</i> <i>Fatalistische Externalität</i>	
Ehe- bzw. Partnerschaft	-.24*		.20*	.20*
Erziehung				
Freundeskreis	-.27**		.22* .30**	.23*
Schule/Beruf/Ausbildung	-.24*	-.32**		.29**
Finanzielles				
Umgang mit Behörden	-.24*	-.37**	.23*	.29**
Gesundheit	-.30**		.26** .24*	.30**
Umgang mit Deutschen und der deutschen Kultur				
Umgang mit Landsleuten	-.29**			
Wohnprobleme		-.24*	.26** .24*	.20*
Freizeit und Hobbys	-.32**	-.25**	.27** .29**	.30**
Fremdenfeindlichkeit				
Vorurteile u. Ablehnung	-.28**	-.21*	.21*	
Aufenthaltsprobleme			.25* .23*	.29**
Deutsche Sprache	-.20*		.31** .22*	.24*

\* $p < 0.05$ , \*\* $p < 0.01$  (nur signifikante Ergebnisse sind in der Tabelle eingeführt)

Wie ersichtlich, stehen die Bereiche „Erziehungsprobleme“, „finanzielle Probleme“ und „Umgang mit Deutschen und der deutschen Kultur“ in keinem (nennenswerten) Zusammenhang mit Bewältigungsstrategien und mit dem Attributionsstil der Befragten. Betrachten wir zuerst die negativen Zusammenhänge zwischen den Subskalen „Selbstkonzept“ und „Internalität“ mit den Konfliktbereichen: Es ist dabei fest zu stellen, dass niedrigere Werte auf den Subskalen „Selbstkonzept“ und „Internalität in eigener Kompetenz“ mit höheren Werten der Skala „momentaner psychosozialer Konflikte“ einhergehen. Dieser Befund bedeutet, dass Personen, die eine höhere generalisierte Erwartung der eigenen Person hinsichtlich eigener Handlungsmöglichkeiten in verschiedenen Situationen (höheres Selbstkonzept), und zudem eine höhere subjektive Überzeugung haben, über das eigene Leben und Ereignisse in zwischenmenschlichen Situationen selbst Kontrolle zu haben, (Internalität) auch weniger unter psychosozialen Konflikte leiden.

Des Weiteren zeigen die Korrelationskoeffizienten, dass zwischen „sozialer Externalität“ und „fatalistischer Externalität“ und den Konfliktbereichen ein positiver Zusammenhang besteht. Diese Zusammenhänge geben hinsichtlich ihres Bedeutungsgehalts im „Fragebogen zur Kompetenz- und Kontrollüberzeugung“ zu verstehen, dass diejenige Befragte, die eine höhere subjektive, generalisierte Überzeugung haben und ihr Leben und Ereignisse in ihrer Umwelt

durch andere „mächtige“ Personen, Schicksal, Glück und Pech oder Zufall beeinflusst sehen auch unter stärkeren psychosozialen Konflikten leiden.

Ein positiver Zusammenhang besteht auch zwischen negativen Bewältigungsstrategien des „Stressverarbeitungsfragebogens“ (SVF) und den neun von 15 Items der Skala „momentane psychosoziale Konflikte“, was darauf hin deutet, dass Befragte mit höheren psychosozialen Konflikten stärker von negativen Bewältigungsstrategien gebrauch machen. Ein nennenswerter Zusammenhang zwischen positiven Bewältigungsstrategien und psychosozialen Konflikten wurde nicht beobachtet.

#### **3.5.4. Psychosoziale Konflikte in Abhängigkeit von der Aufenthaltsdauer**

Wie die Befunde aus den vorangehenden Abschnitten gezeigt haben, weist der Dauer des Aufenthalts einen Einfluss sowohl auf das psychische Befinden wie auch auf Kontroll- und Kompetenzzuschreibungen der Befragten auf. Es ist auch bei den psychosozialen Krisen zu klären, wie diese in Abhängigkeit von der Aufenthaltsdauer aussehen. Die gruppenstatistischen Befunde hinsichtlich der Aufenthaltsdauer und psychosozialen Krisen sind in der Tabelle 3.27. dargestellt.

Wie der Tabelle zu entnehmen ist, zeigen die Mittelwerte bei 11 von insgesamt 15 Bereichen eine kontinuierliche Abnahme der Intensität der Beeinträchtigung durch die psychosozialen Konflikte in Abhängigkeit zur Aufenthaltsdauer. Jedoch nur sieben von diesen Mittelwertunterschieden beruhen auf eine Signifikanz. In Bereichen wie „Probleme mit der Fremdenfeindlichkeit“, „Probleme mit Vorurteilen und Ablehnung“, „Probleme mit der Gesundheit“ sind keine all zu großen Unterschiede zwischen den vier Aufenthaltsgruppen zu finden. Die Konfliktbereiche „Partnerschaft/Familie“ und „Erziehungsprobleme“ zeigen mit steigender Aufenthaltsdauer eine kontinuierliche Zunahme, jedoch sind die Mittelwertunterschiede nicht signifikant.

Die Mittelwerte der Befragten mit einem kürzerem Aufenthalt liegen bei allen Konfliktbereichen im Vergleich durchgehend höher, während die Intensität der Beeinträchtigung bei den Befragten mit einem längeren Aufenthalt nicht so stark ausgefallen ist. Dies zeigt insgesamt, dass die Intensität der psychosozialen Krisen in den Anfangsphasen der Migration besonders hoch ist. Des Weiteren kann aufgrund der Mittelwertvergleiche zwischen den vier Aufenthaltsgruppen gesagt werden, dass sich im Verlauf des Aufenthalts sowohl die Stärke als auch das Ausmaß der psychosozialen Konflikte verändern, so dass die Belastung der Personen durch diese Konflikte kontinuierlich weniger wird.

Tabelle 3.27.: momentane psychosoziale Konflikte, krisenspezifische Kontrollüberzeugungen hinsichtlich der Aufenthaltsdauer der Gesamtpersonengruppe

	<i>Aufenthaltsdauer im Jahr</i>								<i>F</i>	<i>p(t)</i>
	1 bis 5 (n = 16)		6 bis 10 (n = 36)		11 bis 15 (n = 34)		> 16 (n = 14)			
<i>Psychosoziale Konfliktbereiche:</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>		
Partnerschafts-Familienprobleme	1.38	2.00	2.25	1.98	2.38	1.35	1.93	1.38	1.124	.350
Erziehungsprobleme	1.31	2.12	1.75	1.87	1.82	1.51	1.86	1.41	.289	.884
Freundeskreis	3.38	2.09	2.36	1.25	2.38	1.50	1.57	1.34	2.765	.032*
Beruf/Schule/Ausbildung	3.44	2.16	3.17	1.90	2.68	1.80	1.93	1.64	1.566	.190
Finanzielle Probleme	4.31	1.40	3.06	1.35	3.26	1.50	1.64	1.22	7.032	.000**
Probleme mit Behörden	3.44	2.13	2.83	1.86	2.65	1.65	1.86	1.17	1.664	.165
Probleme mit der Gesundheit	2.50	2.31	2.25	1.59	2.35	1.70	2.00	1.41	.412	.800
Umgang mit den Deutschen und der deutschen Kultur	3.06	1.73	2.53	1.46	2.38	1.50	2.93	0.83	.801	.527
Umgang mit den Landsleuten	3.81	1.91	2.28	1.39	2.56	1.44	1.86	1.23	3.949	.005*
Wohnprobleme	3.44	2.28	2.22	1.68	2.44	1.64	1.14	1.23	3.987	.005*
Probleme mit der Freizeit	4.31	1.35	2.42	1.65	2.47	1.67	2.00	1.36	5.442	.001**
Fremdenfeindlichkeit	3.31	1.70	2.61	1.10	3.15	1.42	2.93	1.27	1.111	.356
Vorurteile und Ablehnung	2.81	1.64	2.44	1.50	2.76	1.23	2.93	1.54	.430	.787
Aufenthaltsprobleme	2.75	2.41	2.22	1.81	1.41	1.84	0.71	1.20	3.342	.013*
Deutsche Sprache	3.63	1.82	2.53	1.66	2.44	1.67	1.57	1.16	3.818	.006*

df= 100, \*p&lt; 0.05, \*\*p&lt; 0.01

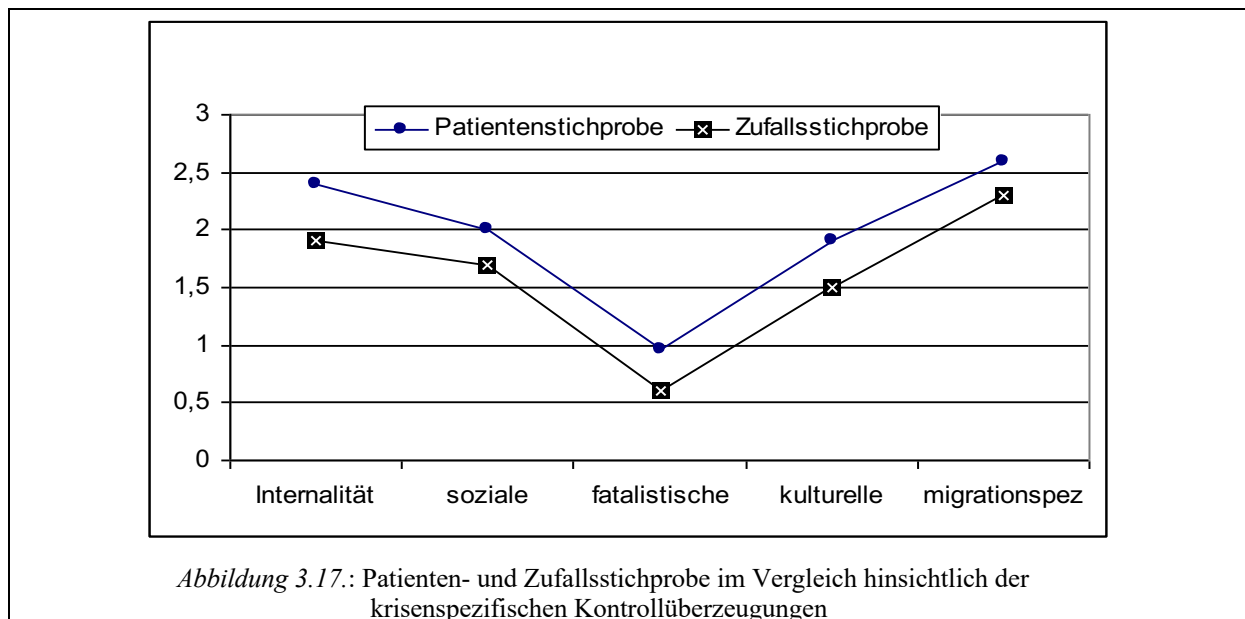
### 3.5.5. Vergleich der Stichproben hinsichtlich krisenspezifischer Kontrollüberzeugungen

Des Weiteren ist hinsichtlich der momentanen psychosozialen Konflikte auch die Frage wichtig, worauf die Befragten ihre Konflikte in den einzelnen Bereichen zurückführen.

Der Vergleich zwischen den Mittelwerten der Patienten- und Zufallsstichprobe zeigt, dass die Mittelwerte der Patientenstichprobe in jeder der krisenspezifischen Kontrollüberzeugungen durchaus höher liegen als die der Zufallsstichprobe. Die Abbildung 3.17. dient zur Visualisierung dieses Vergleichs.

Die durchweg höheren Mittelwerte der Patientenstichprobe zeigen aber in der ersten Linie, dass die Befragten in dieser Stichprobe häufiger zu psychosozialen Konflikten Stellung genommen haben<sup>46</sup> und dementsprechend sind auch deren Werte bei krisenspezifischen Kontrollüberzeugungen höher als die der Zufallsstichprobe.

<sup>46</sup> Hätte ein Befragter die Intensität der Belastung auf einer von 15 Bereichen der psychosozialen Konflikte mit Null (= gar nicht) bewertet (wie ein ziemlich großer Teil der Zufallsstichprobe), so bräuhete er bei dieser Frage nicht noch weitergehen und zu den spezifischen Kontrollüberzeugungen auch noch Stellung zu nehmen.



Gehen wir nun der Frage nach dem Verhältnis zwischen „Schwächer Belasteten“ und „Stärker Belasteten“ hinsichtlich ihrer konfliktspezifischer Kontrollüberzeugungen bei den „momentanen psychosozialen Konflikten“ nach, ergibt sich, dass die Stichprobe „Stärker Belastete“ durchaus bei allen Kontrollüberzeugungen signifikant höhere Mittelwerte erreicht als die Stichprobe „Schwächer Belastete“. Die Ergebnisse sind im Einzelnen der Tabelle 3.28. zu entnehmen.

Tabelle 3.28.: „Schwächer Belastete“ und „Stärker Belastete“ im Vergleich hinsichtlich der „spezifischen Kontrollüberzeugungen in den Problembereichen“ (MPSK)

konfliktspezifische Kontrollüberzeugungen	„Schwächer Belastete“ (n = 51)		„Stärker Belastete“ (n = 51)		t	P(t)
	M	SD	M	SD		

<b>Internalität</b>	<b>1.67</b>	<b>.98</b>	<b>2.27</b>	<b>1.13</b>	<b>-2.902</b>	<b>.005*</b>
<b>Externalität insgesamt</b>	<b>1.20</b>	<b>.71</b>	<b>2.1</b>	<b>.80</b>	<b>-4.997</b>	<b>.000**</b>
<b>fatalistische</b>	<b>.35</b>	<b>.71</b>	<b>.95</b>	<b>1.0</b>	<b>-3.375</b>	<b>.001**</b>
<b>kulturelle</b>	<b>1.31</b>	<b>.88</b>	<b>1.85</b>	<b>1.0</b>	<b>-2.797</b>	<b>.006*</b>
<b>migrationspezifische</b>	<b>1.97</b>	<b>1.0</b>	<b>2.76</b>	<b>1.0</b>	<b>-3.748</b>	<b>.000**</b>
<b>soziale</b>	<b>1.19</b>	<b>.80</b>	<b>2.25</b>	<b>.97</b>	<b>-6.009</b>	<b>.000**</b>

df = 100, \*p < 0.05, \*\*p < 0.01

Aus dem Vergleich der Mittelwerte der beiden Stichproben in der Tabelle 3.28. tritt deutlich hervor, dass die Stichprobe „Stärker Belastete“ die Ursachen ihrer hohen psychosozialen Konflikte vergleichsweise stärker in den Gegebenheiten des alltäglichen Lebens in der Migration („Migrationsumstände“) sucht. Dies wird noch deutlicher, wenn der im Vergleich signifikant höher liegende Mittelwert dieser Stichprobe mit dem „kulturellen Unterschied“ zusammen betrachtet wird. Somit attribuiert die Stichprobe „Stärker Belastete“ die Ursachen ihrer Belastungen sehr stark mit externen Bedingungen der neuen Umgebung. Neben diesem Ergebnis zeigt aber der höher liegende Mittelwert der Stichprobe „Stärker Belastete“ bei der Skala Internalität/Selbstkonzept, dass sie in zweiter Reihe die eigene Person und ihre fehlenden Eigenkompetenzen für ihre psychosozialen Konflikte verantwortlich macht. Sie zieht hier also sowohl externe wie auch interne Ursachen signifikant stärker in Betracht als die „Schwächer Belasteten“.

Insgesamt bestätigen diese Ergebnisse das schon aus der Forschung bekannte Wissen, dass zwischen Informationsgrundlage und der daraus erschlossenen Ursachenzuschreibung eine direkte Beziehung besteht (z.B. die Attributionstheorie von Kelley). In einem übertragenen Sinn bedeutet das hier, dass die Befragten insgesamt hinsichtlich krisenspezifischer Kontrollüberzeugungen variabler attribuieren als wenn man sie hinsichtlich ihrer allgemeinen Kontrollüberzeugungen befragt. Diese Ergebnisse spiegeln bei der Patientenstichprobe bzw. der Stichprobe „Stärker Belastete“ bei der Skala Internalität/Selbstkonzept ein im Vergleich höheres Maß an Selbstvorwürfen und Selbstschuldgefühlen wider und reflektieren die Hilflosigkeit der eigenen Person der Patienten bzw. „Stärker Belastete“ (nach dem Motto: ich bin schuld daran und muss leiden), während die höheren Werte der Zufallsstichprobe bzw. „Schwächer Belastete“ bei der Subskala Selbstkonzept und Internalität des FKK auf stärkeren Glaube in die eigene Selbstwirksamkeit hindeutet.

Des Weiteren zeigen die Daten, dass die Stichprobe „Stärker Belastete“ bei 11 von 15 Konfliktbereichen die bestehenden Probleme als durch das Verhalten anderer Personen verursacht betrachten. Die signifikant höheren Mittelwerte dieser Stichprobe im Vergleich zu niedrigeren Werten der Stichprobe „Schwächer Belasteter“ weisen auf oppositionelle Einstellung der „Stärker Belasteten“ und stehen in einem Zusammenhang mit den Werten der Stichprobe hinsichtlich der oben erwähnten Internalitätswerte (vollständige Tabelle im Anhang A, Tabelle A13).

### 3.6. ZUM GRAD DER AKKULTURATION DER BEFRAGTEN

*Auswertungsmethodik:* Die Erfassung der Akkulturation geschah in zwei Teilen (s. Punkt 2.2.2.2.). Im ersten aus fünf freien Fragen bestehenden Teil, haben sich die Befragten zu ihrer Lebenssituation in Deutschland frei äußern können. Die freien Antworten wurden zuerst einer Textanalyse unterzogen, wonach diese auf 23 Begriffe reduziert wurden. Es wurde dann jedem der Befragten im Falle einer Übereinstimmung eine Eins und bei einer Nicht-Übereinstimmung ein Null zugewiesen, diese Angaben wurden anschließend durch N (die Anzahl der Befragten, die hierbei zugestimmt haben) geteilt. Im zweiten Teil, der mit seinen neun 7-stufigen Items den Akkulturationsgrad der Befragten erfasst, wurden die Angaben einfach summiert und durch die Anzahl der gesamten Items geteilt. Zusätzlich zu diesen lieferte die Frage über die von den Befragten *bevorzugten Medien zur Informationsgewinnung im Alltag* weitere Informationen.

Im Folgenden werden zuerst die erhobenen Daten der Stichproben hinsichtlich ihrer Akkulturation miteinander verglichen. Danach folgen die notwendigen Schritte zur Überprüfung der Hypothesen hinsichtlich der Akkulturation. Im Anschluss daran werden die Ergebnisse aus den freien Fragen über die bevorzugten Medien zur Informationsgewinnung im Alltag dargestellt und analysiert.

#### 3.6.1. Ergebnisse der Zufalls- und der Patientenstichprobe

Zuerst ist die Frage zu klären, ob sich die Stichproben dieser Untersuchung hinsichtlich des Grades ihrer Akkulturation voneinander unterscheiden. Dafür betrachten wir zuerst die Ergebnisse der Patienten- und Zufallsstichprobe. Über die statistischen Vergleichswerte der beiden Stichproben sowie über die Ergebnisse des t-Test für unabhängige Stichproben informiert Tabelle 3.29.

Wie dort ersichtlich, liegen die Mittelwerte der Zufallsstichprobe bei sieben von insgesamt neun Fragen höher als die der Patientenstichprobe.

Betrachten wir dort zuerst die Ergebnisse der Zufallsstichprobe, so zeigt Tabelle 3.29.: Die höheren Mittelwerte der Zufallsstichprobe bei den Fragen, die im Grunde genommen implizit die Tendenz zur Integration in der Gesellschaft ermitteln (alle außer sechs und acht) führen auch dazu, dass der Grad der Akkulturation dieser Stichprobe im Vergleich höher liegt. Es ist aber lediglich bei der Frage nach „Deutschkenntnisse“ eine Signifikanz zu beobachten.

Tabelle 3.29.: Vergleich von Patienten- und Zufallsstichprobe hinsichtlich des Grads der Akkulturation

<i>Akkulturation</i>	<i>Zufalls- stichprobe (n = 92)</i>		<i>Patienten- stichprobe (n = 10)</i>		<i>t</i>	<i>p(t)</i>
	<i>M</i>	<i>S</i>	<i>M</i>	<i>S</i>		
1) Wie schätzen Sie selbst Ihre Deutschkenntnisse ein?	3.29	1.57	2.50	1.08	-1.58	.052*
2) Wie wichtig ist es für Sie, dass Sie in Ihrem Alltag (noch) besser deutsch sprechen können?	5.40	0.97	4.80	1.98	1.639	.104
3) Können Sie sich vorstellen, für immer in Deutschland zu bleiben und hier für sich eine Zukunft aufbauen?	3.77	1.77	3.40	1.71	-.629	.531
4) Falls Sie die deutsche Staatsangehörigkeit nicht haben: Können Sie sich vorstellen, sie zu erwerben?	4.78	1.54	4.30	1.56	-.936	.351
5) Wie sehr richten Sie Ihr Leben in Deutschland nach Traditionen und Werten der iranischen Kultur aus?	3.93	1.20	3.40	1.64	1.286	.201
6) Glauben Sie, dass Sie der deutschen Kultur fremd gegenüber stehen?	2.58	1.61	3.30	1.56	1.312	.192
7) Glauben Sie, dass es in der deutschen Kultur positive Seiten gibt, die Sie für Ihr Leben als wichtig empfinden?	4.43	1.32	4.60	1.26	.375	.708
8) Würden Sie sagen: Ich lebe mein eigenes Leben und orientiere mich weder nach den Normen der iranischen noch der deutschen Kultur?	1.47	1.57	1.60	1.17	.236	.814
9) Würden Sie sich als jemand bezeichnen, der in Deutschland integriert ist?	3.47	1.72	3.00	1.69	-.834	.407
<b>Akkulturationsgrad</b>	<b>3.74</b>	<b>.61</b>	<b>3.43</b>	<b>.61</b>	<b>-1.24</b>	<b>.219</b>

\* $p < 0.05$ ,  $df = 100$

Es ist aus den Daten zu sehen, dass die Zufallsstichprobe sowohl die Wichtigkeit der deutschen Sprache für ihren Alltag als auch ihre eigene Deutschkenntnisse höher einschätzt als die Patientenstichprobe. Sehen wir das Erlernen der deutschen Sprache als die wichtige Brücke zur Teilnahme an dem gesellschaftlichen Leben in der Migration, was auch in der Migrationsforschung vielfältig bestätigt wurde, so reflektieren die höheren Mittelwerte der Zufallsstichprobe besonders bei den Fragen eins und zwei neben dem Bleibewillen (Frage drei) und der Identifizierung mit der bundesrepublikanischen Gesellschaft (Frage vier) auf eine im Vergleich höhere Akkulturation der Befragten der Zufallsstichprobe.

Andererseits zeigt der höher liegende Mittelwert der Patientenstichprobe bei der Frage „... der deutschen Kultur fremd gegenüber stehen“, dass sie sich weniger mit der Gesellschaft und Kultur in Deutschland identifizieren kann, obwohl die Befragten dieser Stichprobe im Vergleich starke positive Seiten in der deutschen Kultur finden, und glauben, dass diese ihr Leben bereichern. Es ist auch zu beobachten, dass sie sich im Vergleich zu der Zufallsstichprobe weniger nach Werten und Traditionen der iranischen Kultur orientieren. Der höhere Mittelwert dieser Stichprobe bei Frage acht, wonach eine stärkere Marginalisierung zu beobachten ist, zeigt wiederum in diesem Zusammenhang, dass die Befragten der Patientenstichprobe sich als wenig integriert in Deutschland einschätzen.



### 3.6.2. Vergleich der Stichprobe „Schwächer Belastete“ und „Stärker Belastete“

Legen wir nun die Daten der Stichproben „Schwächer Belastete“ und „Stärker Belastete“ hinsichtlich des Akkulturationsgrads zugrunde, so können wir wie in Tabelle 3.30., feststellen, dass sie sich in vier von neun Fragen signifikant voneinander unterscheiden. Demnach ist auch zu beobachten, dass der Akkulturationsgrad der Stichprobe „Schwächer Belastete“ signifikant höher liegt im Vergleich zu der Stichprobe „Stärker Belastete“.

Tabelle 3.30.: Mittelwertsvergleich für die Teilgruppen „Schwächer Belastete“ und „Stärker Belastete“ hinsichtlich des Akkulturationsgrads und t-Test für unabhängige Stichproben

Akkulturation	„Schwächer Belastete“ (n = 51)		„Stärker Belastete“ (n = 51)		t	p(t)
	M	S	M	S		
1) Wie schätzen Sie selbst Ihre Deutschkenntnisse ein?	3,6	1,5	2,9	1,5	2.30	.024*
2) Wie wichtig ist es für Sie, dass Sie in Ihrem Alltag (noch) besser deutsch sprechen können?	5,2	1,3	5,5	.90	.1.34	.183
3) Können Sie sich vorstellen, für immer in Deutschland zu bleiben und hier für sich eine Zukunft aufbauen?	4,1	1,6	3,4	1,8	2.22	.028*
4) Falls Sie die deutsche Staatsangehörigkeit nicht haben: Können Sie sich vorstellen, sie zu erwerben?	5,1	1,3	4,4	1,7	2.15	.034*
5) Wie sehr richten Sie Ihr Leben in Deutschland nach Traditionen und Werten der iranischen Kultur aus?	3,8	1,3	4,0	1,2	-.630	.530
6) Glauben Sie, dass Sie der deutschen Kultur fremd gegenüber stehen?	2,5	1,6	2,7	1,6	-.244	.807
7) Glauben Sie, dass es in der deutschen Kultur positive Seiten gibt, die Sie für Ihr Leben als wichtig empfinden?	4,6	1,2	4,4	1,4	.150	.881
8) Würden Sie sagen: Ich lebe mein eigenes Leben und orientiere mich weder nach den Normen der iranischen noch der deutschen Kultur?	1,6	1,6	1,3	1,5	1.03	.306
9) Würden Sie sich als jemand bezeichnen, der in Deutschland integriert ist?	3,9	1,6	3,0	1,7	2.73	.007**
<b>Akkulturationsgrad</b>	<b>3.8</b>	<b>.61</b>	<b>3.4</b>	<b>.58</b>	<b>2.64</b>	<b>.010*</b>

\*p < 0.05, \*\*p < 0.01, df = 100

Die signifikanten und im Vergleich zu „Stärker Belasteten“ höher liegenden Mittelwerte der Stichprobe „Schwächer Belastete“ zeigen im Einzelnen, dass die Befragten dieser Stichprobe

- ihre Kompetenzen in der deutschen Sprache höher einschätzen,
- dass sie sich ihre Zukunft in Deutschland intensiver vorstellen können,
- dass sie sich als jemand bezeichnen, der in Deutschland integriert ist, und
- dass sie stärker zur Übernahme der deutschen Staatsangehörigkeit geneigt sind.

Des Weiteren erzielt diese Stichprobe auch bei der Frage nach „Integration in Deutschland“ einen höheren signifikanten Mittelwert. Diese Befunde deuten insgesamt auf einen im Vergleich höheren Akkulturationsgrad der Stichprobe „Schwächer Belastete“ hin.

Hingegen spiegelt der höhere Mittelwert der Stichprobe „Stärker Belastete“ bei der Frage nach der Wichtigkeit der deutschen Sprache für den Alltag, betrachtet in einem

Zusammenhang mit dem signifikant niedrigeren Mittelwert dieser Stichprobe bei „Deutschkenntnissen“ ihren Wunsch wider, besser deutsch sprechen zu können. Des Weiteren zeigen die Daten, dass die „Deutschkenntnisse“ mit der Frage „... der deutschen Kultur fremd gegenüber stehen“ ( $r = -.28, p < 0.05$ ) und der Frage „Orientierung nach Traditionen und Werten der iranischen Kultur in Deutschland“ ( $r = -.20, n.s.$ ) in einem Zusammenhang stehen. Betrachten wir nun die bisher dargestellten Befunde über Akkulturationsgrad der Stichproben zusammen, so veranschaulicht Abbildung 3.18. das Verhältnis der Stichproben „Stärker Belastete“ bzw. Patientenstichprobe und „Schwächer Belastete“ bzw. der Zufallsstichprobe bei den einzelnen Fragen hinsichtlich der Akkulturation.

Wie in der Abbildung oben ersichtlich, liegen die Werte der Stichproben (außer bei den Fragen sechs und acht) über dem mittleren Bereich des siebenstufigen Antwortmodus. Insgesamt ist eine starke Tendenz der Zufallsstichprobe bzw. der Stichprobe „Schwächer Belastete“ zur oberen Grenze der Antwortskala bei den Fragen zwei, vier und sieben festzustellen. Diese Fragen betreffen die Rolle der deutschen Sprache im Alltag, der Absicht zum Erwerb der deutschen Staatsangehörigkeit und das Erkennen positiver Seiten der deutschen Kultur. Dass alle Befragten die kulturellen Werte der iranischen und deutschen Kulturen differenziert wahrnehmen, wird aus deren Angaben bei den Fragen fünf und sieben deutlich, wobei sie in ihrem Alltagsleben die Traditionen und Werte der iranischen Kultur beachten und mit einer höheren Tendenz zur oberen Grenze der siebenstufigen Antwortskala angeben, dass sie in der deutschen Kultur positive Seiten sehen, von denen sie meinen, dass diese ihr Leben bereichern können.

Es ist in diesem Zusammenhang nach Berry (1997) anzunehmen, dass das gewachsene Interesse bei diesen Items auf die Bereitschaft bzw. auf die positive Einstellung der Befragten zur Akkulturation hindeutet. Auch die subjektive Einschätzung der Zufallsstichprobe bzw. der Stichprobe „Schwächer Belasteter“ bei der Frage nach eigener Integration in Deutschland (Frage neun) unterstützt diese Aussage in dem oben genannten Sinn.

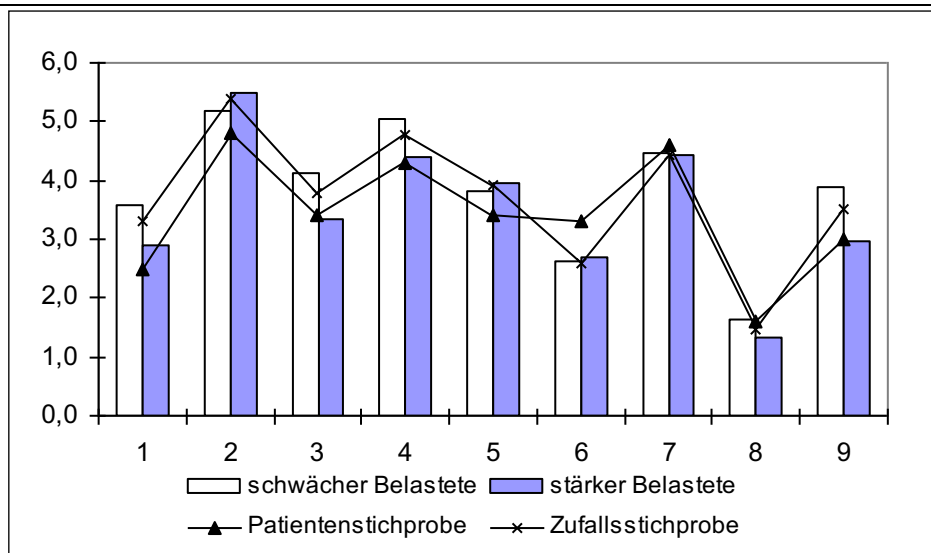


Abbildung 3.18.: Mittelwertvergleiche zwischen Patienten-, und Zufallsstichprobe, sowie „Schwächer Belastete“ und „Stärker Belastete“ hinsichtlich des Akkulturationsgrads.

*Anmerkungen:*

- 1 = Wie schätzen Sie selbst Ihre Deutschkenntnisse ein?
- 2 = Wie wichtig ist es für Sie, dass Sie in Ihrem Alltag (noch) besser deutsch sprechen können?
- 3 = Können Sie sich vorstellen, für immer in Deutschland zu bleiben und hier für sich eine Zukunft aufbauen?
- 4 = Falls Sie die deutsche Staatsangehörigkeit nicht haben: Können Sie sich vorstellen, sie zu erwerben?
- 5 = Wie sehr richten Sie Ihr Leben in Deutschland nach Traditionen und Werten der iranischen Kultur aus?
- 6 = Glauben Sie, dass Sie der deutschen Kultur fremd gegenüber stehen?
- 7 = Glauben Sie, dass es in der deutschen Kultur positive Seiten gibt, die Sie für Ihr Leben als wichtig empfinden?
- 8 = Würden Sie sagen: Ich lebe mein eigenes Leben und orientiere mich weder nach den Normen der iranischen noch der deutschen Kultur?
- 9 = Würden Sie sich als jemand bezeichnen, der in Deutschland integriert ist?

Zusammenfassend können wir festhalten, dass die Werte der Patientenstichprobe und die der Stichprobe „Stärker Belasteter“ bei fast allen Fragen sehr nah an einander liegen, (was in dem Verhältnis der Zufallsstichprobe zur Stichprobe „Schwächer Belasteter“ zu beobachten ist). Die Vergleichsdaten zeigten: die Stichprobe „Stärker Belastete“ orientiert sich stärker an Werten und Traditionen der iranischen Kultur. So war auch festzustellen, dass bei dieser Stichprobe der Bleibewille und die Absicht zur Erwerb der deutschen Staatsangehörigkeit weniger ausgeprägt ist. Die Befragten dieser Stichprobe gaben an, dass sie stärker „...der deutschen Kultur fremd gegenüber“ stehen, aber auch, dass sie in der deutschen Kultur positive Seiten sehen, die ihr Leben bereichern.

Sie misst der Rolle der deutschen Sprache im Alltag eine stärkere Bedeutung bei, schätzt aber ihre eigenen Deutschkenntnisse im Vergleich als wenig gut ein<sup>47</sup>. Auch bei der Frage nach Integration in Deutschland stuft sich diese Stichprobe als weniger integriert im Vergleich zu der Stichprobe „Schwächer Belastete“ ein.

Insgesamt zeigen sich die Fragen nach „Deutschkenntnissen“ (eins), „Bleibewillen“ (drei), „Identifikation mit Deutschland durch Erwerb der deutschen Staatsangehörigkeit“ (vier) und „Selbsteinschätzung zur Integration in Deutschland“ (neun) als markante Fragen zur Erfassung des Akkulturationsgrads der Befragten.

### 3.6.3. Aufenthaltsdauer und Akkulturationsgrad

Es gehört vielleicht zum Allgemeinverständnis, wenn man annimmt, dass die Befragten, die erst seit wenigen Jahren in Deutschland leben auch niedrigere Werte bei der Akkulturation aufweisen würden. Gehen wir anhand der erhobenen Daten dieser Frage nach, so veranschaulicht Abbildung 3.19. das Verhältnis zwischen verschiedenen Aufenthaltsgruppen dieser Untersuchung hinsichtlich ihrer Akkulturation in Deutschland.

Abbildung 3.18. zeigt: die Gruppe mit der höchsten Aufenthaltsdauer (über 20 Jahre) erzielt bei Fragen eins bis vier, sieben und neun auch die höchsten Werte, welche insgesamt auf eine höhere Akkulturation der Gruppe hindeuten. Dabei weisen die Ergebnisse der einfaktoriellen Varianzanalyse (ANOVA) auf einen signifikanten Mittelwertunterschied bei Fragen vier ( $F = 2.647, p > 0.05$ ), sechs ( $F = 2.301, p > 0.05$ ) und neun ( $F = 3.203, p > 0.01$ ) hin.

Es zeigt sich in der Abbildung, dass mit länger werden der Aufenthaltsdauer (verständlicherweise) auch a) die Deutschkenntnisse zunehmen, b) Bleibeabsicht und Bereitschaft zum Erwerb der deutschen Staatsangehörigkeit stärker werden, c) die deutsche Kultur weniger als fremd empfunden wird und d) die positiven Seiten der deutschen Kultur stärker bejaht wird.

---

<sup>47</sup> So könnte man vermuten, dass höhere Werte der Stichprobe „stärker Belastete“ bei „Orientierung nach der iranischen Kultur in Deutschland“ und beim „Fremdempfinden der deutschen Kultur“ mit dem Grad ihrer Deutschkenntnisse in Zusammenhang stehen könnten. Hierfür liefert jedoch die Korrelation nach Pearson keinen nennenswerten oder auch signifikanten Korrelationskoeffizienten.

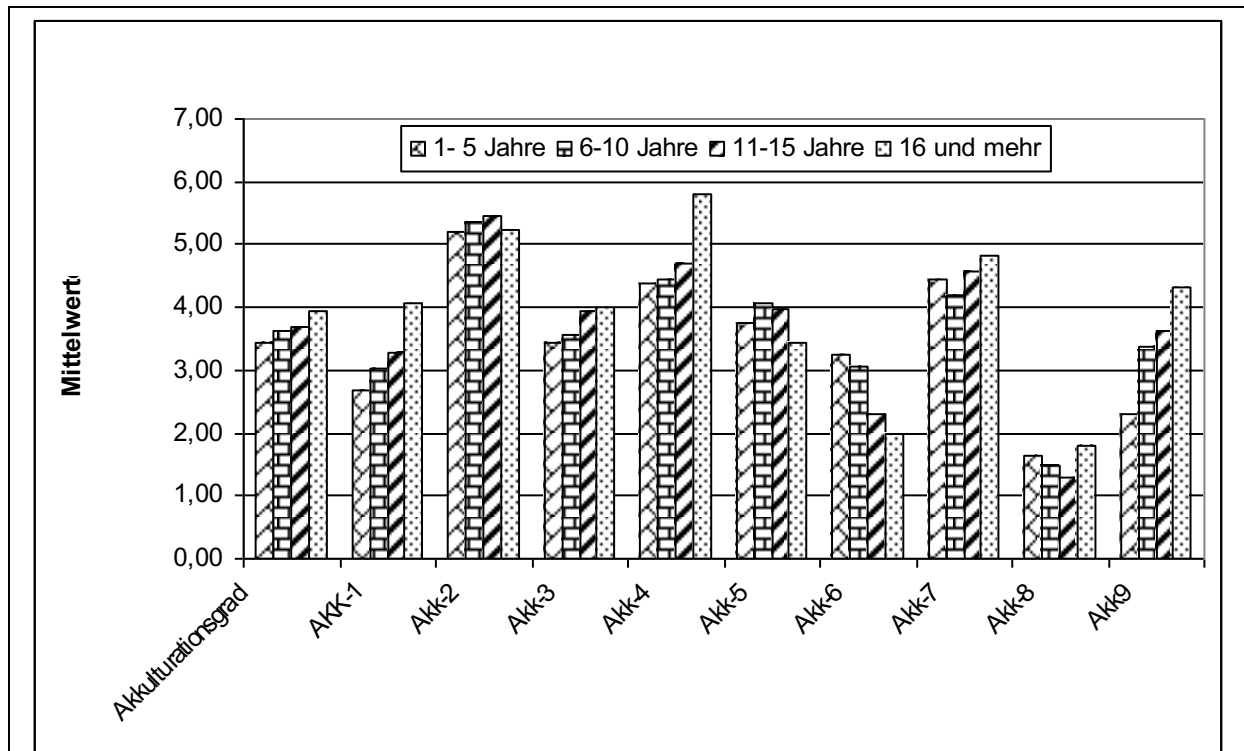


Abbildung 3.19.: Das Verhältnis zwischen Akkulturationsgrad und Aufenthaltsdauer der Stichproben, aufgeteilt in Aufenthaltsgruppen: 1-5 Jahre (n=16), 6 bis 10 Jahre (n=36), 11 bis 15 Jahre (n=34) und 16 Jahre und länger (n=16)

*Anmerkungen:*

Akk-1 = Wie schätzen Sie selbst Ihre Deutschkenntnisse ein?

Akk-2 = Wie wichtig ist es für Sie, dass Sie in Ihrem Alltag (noch) besser deutsch sprechen können?

Akk-3 = Können Sie sich vorstellen, für immer in Deutschland zu bleiben und hier für sich eine Zukunft aufbauen?

Akk-4 = Falls Sie die deutsche Staatsangehörigkeit nicht haben: Können Sie sich vorstellen, sie zu erwerben?

Akk-5 = Wie sehr richten Sie Ihr Leben in Deutschland nach Traditionen und Werten der iranischen Kultur aus?

Akk-6 = Glauben Sie, dass Sie der deutschen Kultur fremd gegenüber stehen?

Akk-7 = Glauben Sie, dass es in der deutschen Kultur positive Seiten gibt, die Sie für Ihr Leben als wichtig empfinden?

Akk-8 = Würden Sie sagen: Ich lebe mein eigenes Leben und orientiere mich weder nach den Normen der iranischen noch der deutschen Kultur?

Akk-9 = Würden Sie sich als jemand bezeichnen, der in Deutschland integriert ist?

Die signifikanten Mittelwertunterschiede der verschiedenen Aufenthaltsgruppen hinsichtlich der subjektiven Einschätzung des eigenen Integrationsgrades (Frage neun) in Deutschland bestätigen den Einfluss der Aufenthaltsdauer beim Akkulturationsgrad der Befragten<sup>48</sup>.

<sup>48</sup> Sucht man nach möglichen Zusammenhängen zwischen Attributionen und Aufenthaltsdauer, so besteht ein negativer signifikanter Zusammenhang zu „Externalitäten“ des FKK ( $r = -.26$ ;  $p < 0.05$ ). Dies könnte in dem Sinn verstanden werden, dass die Befragten, die länger in Deutschland leben bei ihrer Kompetenzüberzeugungen weniger nach Externalitäten tendieren.

### 3.6.4. Stellungnahme zu der vierten Hypothese

Die bisher dargestellten Befunde über die „momentane psychische Symptombelastung“ (SCL-90-R), über den Akkulturationsgrad und über die Dauer der Migration einerseits und die Befunde aus dem Attributionsstil (FKK) und Bewältigungsstrategien (SVF) der Befragten andererseits sollen nun der Überprüfung der vierten und fünften Hypothese dienen.

Die vierte Hypothese besteht aus zwei Teilen und besagt: „Die Dauer der Migration und der Grad der sozialen Einbindung stehen im Zusammenhang mit dem psychischen Befinden der Migrantinnen und Migranten“. Es ist also hierbei zuerst zu überprüfen, a) ob zwischen „Aufenthaltsdauer“ und den psychischen Beschwerden und b) zwischen „Akkulturationsgrad“ und den psychischen Beschwerden der Befragten ein Zusammenhang besteht. Diesbezüglich können die Daten auch im Vergleich der Stichproben dargestellt werden.

Der Grad der Akkulturation (als Maßstab für die soziale Einbindung) wurde bereits ermittelt. Tabelle 3.31. beinhaltet die Korrelationskoeffizienten zwischen den Subskalen der SCL-90-R und dem Akkulturationsgrad der Stichproben „Schwächer Belasteter“ und „Stärker Belasteter“ so wie der Patienten- und Zufallsstichprobe.

Tabelle 3.31.: Zusammenhänge zwischen Akkulturationsgrad und den Subskalen der SCL-90-R der Gesamtpersonengruppe, Zufalls- und Patientenstichprobe, so wie der Stichproben „Schwächer Belastete“ und „Stärker Belastete“

Subskalen der SCL-90-R	Gesamtpersonengruppe (n = 102)	Akkulturationsgrad			
		Zufallsstichprobe (n = 92)	Patientenstichprobe (n = 10)	„Schwächer Belastete“ (n = 51)	„Stärker Belastete“ (n = 51)
Somatisierung	-.31**	-.37**	-.18	-.09	-.38**
Zwanghaftigkeit	-.37**	-.38**	-.30	-.13	-.44**
Unsicherheit	-.32**	-.27**	-.25	-.01	-.26*
Depressivität	-.37**	-.41**	-.25	-.20	-.41**
Ängstlichkeit	-.38**	-.41**	-.44	-.09	-.50**
Aggressivität	-.29**	-.35**	-.32	-.07	-.37**
Phobische Ängste	-.32**	-.37**	-.03	-.01	-.38**
Paranoides Denken	-.32**	-.36**	-.33	-.13	-.39**
Psychotizismus	-.32**	-.31**	.00	-.11	-.27
<b>GSI</b>	<b>-.38**</b>	<b>-.38**</b>	<b>-.22</b>	<b>-.16</b>	<b>-.40**</b>

\*\* p < 0.01, \* p < 0.05 (2-seitig)

Die bestehenden hochsignifikanten Korrelationskoeffizienten in Tabelle 3.31 weisen auf einen negativen Zusammenhang zwischen Akkulturationsgrad der Gesamtpersonengruppe und allen Subskalen der SCL-90-R hin. Auch wenn die Korrelationskoeffizienten nicht hoch

ausgefallen sind, geben sie Grund zur Annahme, dass der Akkulturationsgrad einen Einfluss auf das psychische Befinden der Befragten hat.

Betrachten wir diese Befunde im Verhältnis Patienten- und Zufallsstichprobe, so weisen die Koeffizienten der Zufallsstichprobe auf einen negativen signifikanten Zusammenhang zwischen Akkulturationsgrad und allen Subskalen der SCL-90-R hin. Auch wenn die negativen Zusammenhänge bei der Patientenstichprobe nicht auf Signifikanz beruhen, deuten sie dennoch daraufhin, dass ein höherer Grad an Akkulturation mit weniger psychischer Symptombelastung einhergeht.

Ziehen wir die Daten der Stichproben „Schwächer Belasteter“ und „Stärker Belasteter“ in betracht, so sind auch hier die negativen Korrelationskoeffizienten in dem oben genannten Sinn zu interpretieren, wobei in diesem Verhältnis nur die Korrelationskoeffizienten der Stichprobe „Stärker Belasteter“ auf Signifikanz beruhen.

Die erzielten Ergebnisse deuten alle daraufhin, dass beim Zustandekommen der signifikanten Korrelationskoeffizienten der Gesamtpersonengruppe höchst wahrscheinlich die Werte der Stichprobe „Stärker Belastete“ beigetragen haben. Das heißt mit anderen Worten: die Befragten, die aufgrund ihrer höheren Werte auf SCL-90-R eine höhere Symptombelastung aufweisen, haben niedrigere Werte bei der Akkulturation erzielt. Aber auch die Korrelationskoeffizienten der Befragten, die weniger psychische Symptombelastung aufweisen, zeigen, dass zwischen Akkulturationsgrad und psychischer Symptombelastung ein negativer Zusammenhang besteht. Somit kann (auch im Vergleich der Stichproben) der erste Teil der vierten Hypothese als durch Daten gestützt betrachtet werden.

Zur Erfassung der Aufenthaltsdauer diente die einfache Frage: „Seit wann leben Sie in Deutschland?“. Hinsichtlich des zweiten Teils der vierten Hypothese, die einen Zusammenhang zwischen „Aufenthaltsdauer bzw. Migrationdauer“ und dem psychischen Befinden der Migrantinnen und Migranten postuliert, weisen die Korrelationskoeffizienten auf negative signifikante Zusammenhänge hin (Anhang A, Tabelle A16). Daraus ist, angesichts der relativ niedrigen aber hoch signifikanten Korrelationskoeffizienten ( $r = -.16$  bis  $-.30$ ,  $p < 0.01$ ), festzustellen, dass ein höherer Wert auf SCL-90-R einhergeht mit einer niedrigeren Aufenthaltsdauer<sup>49</sup>. Das heißt mit anderen Worten: diejenigen Befragten, die

---

<sup>49</sup> Betrachten wir die Befunde im Verhältnis der Stichproben dieser Untersuchung zueinander, so zeigt sich aus dem Mittelwertvergleich, dass die Patientenstichprobe mit einer Aufenthaltsdauer von  $M = 2.0$ ,  $SD = .82$  bzw. die Stichprobe „Stärker Belastete“ ( $M = 2.3$ ,  $SD = .94$ ) im Durchschnitt einen kürzeren Aufenthalt in Deutschland aufweisen als die Zufallsstichprobe ( $M = 2.6$ ,  $SD = .99$ ) bzw. die Stichprobe „Schwächer Belastete“ ( $M = 2.7$ ,  $SD = .98$ ). Hierbei zeigt der t-Test einen signifikanten Mittelwertunterschied zwischen „Schwächer Belasteten“ und „Stärker Belasteten“ ( $t = 2.047$ ,  $p < .05$ ).

länger als 16 bzw. 20 Jahren in Deutschland leben zeigen auch weniger psychische Symptombelastung als diejenigen, die erst ein bis fünf Jahre hier leben. Die Abbildung 3.20. veranschaulicht diesen Vergleich.

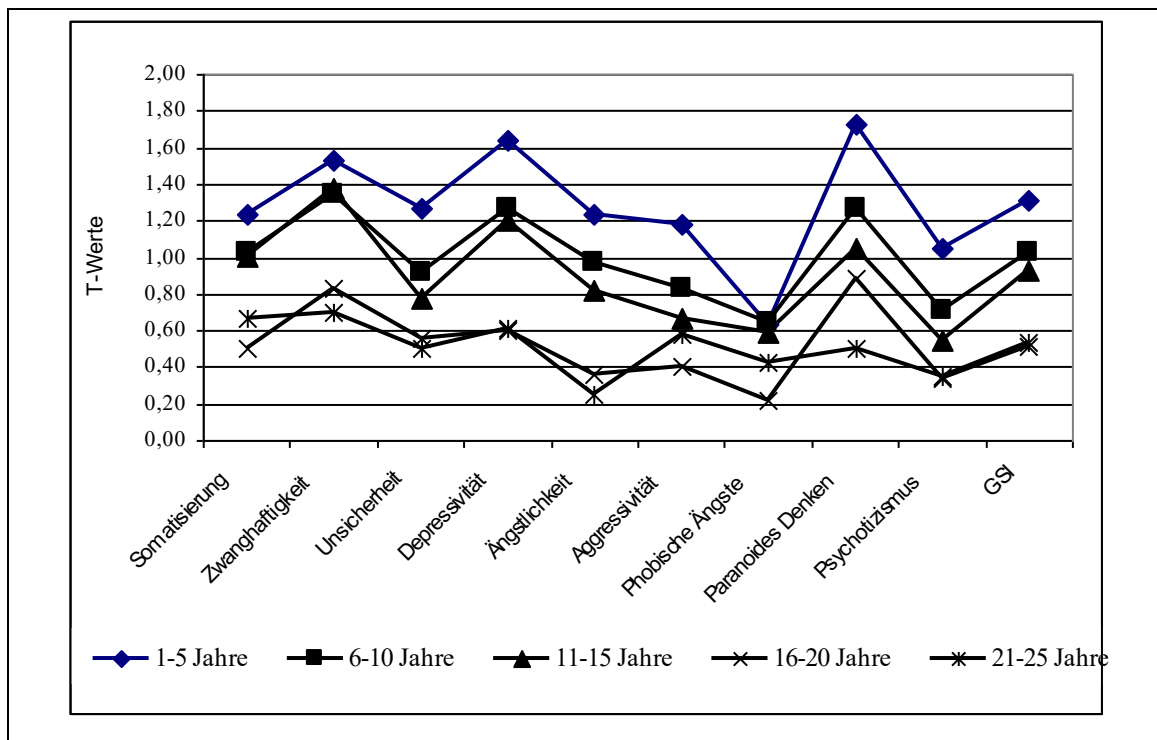


Abbildung 3.20.: Dauer der Migration und das psychische Befinden der Gesamtpersonengruppe

Die einfaktorielle Varianzanalyse (ANOVA) zeigt bei den Subskalen „Depressivität“, „paranoides Denken“ und „GSI“ signifikante Mittelwertunterschiede ( $p < 0.05$ ).

Aufgrund dieses Effektes kann auch der zweite Teil der vierten Hypothese als durch Daten gestützt angesehen werden.

### 3.6.5. Stellungnahme zu der fünften Hypothese

Die fünfte Hypothese bezieht sich auf den Attributions- und Bewältigungsstil der Befragten und besagt: Attributionsstil und Bewältigungsstrategien der Befragten stehen in Zusammenhang mit dem Grad ihrer Akkulturation.

Die Daten über den Grad der Akkulturation (Punkt 3.8.), über Attributionsstil (Punkt 3.4.) und Bewältigungsstrategien (Punkt 3.5.) sind bereits behandelt worden. Hier sollen diese Befunde zur Überprüfung der fünften Hypothese zu einer zusammenhängenden Darstellung einbezogen werden. Tabelle 3.32. informiert über bestehende Korrelationskoeffizienten



zwischen dem Attributionsstil und dem Akkulturationsgrad der Befragten auch im Vergleich der Stichproben.

Tabelle 3.32.: Korrelationskoeffizienten zwischen Attributionsstil und dem Grad der Akkulturation der Befragten bzw. der Zufalls- und der Patientenstichprobe so wie zwischen den Stichproben „Stärker Belastete“ und „Schwächer Belastete“

<i>Attributionen(FKK)</i>	<i>Akkulturationsgrad</i>				
	<i>Gesamt (n = 102)</i>	<i>Zufalls- stichprobe (n = 92)</i>	<i>Patienten- stichprobe (n = 10)</i>	<i>„Schwächer Belastete“ (n = 51)</i>	<i>„Stärker Belastete“ (n = 51)</i>
<b>Selbstkonzept</b>	<b>.30*</b>	<b>.30**</b>	<b>.11</b>	<b>.20*</b>	<b>.19</b>
<b>Internalität</b>	<b>.40**</b>	<b>.42**</b>	<b>.14</b>	<b>.07</b>	<b>.46**</b>
<b>Soziale Externalität</b>	<b>-.09</b>	<b>-.11</b>	<b>.01</b>	<b>-.11</b>	<b>-.26*</b>
<b>Fatalistische Externalität</b>	<b>-.13</b>	<b>-.11</b>	<b>-.11</b>	<b>-.02</b>	<b>-.33*</b>

\*  $p < 0.05$ ; \*\*  $p < 0.01$  (2-seitig)

Betrachten wir in der Tabelle zuerst die signifikant positiven Zusammenhänge zwischen „Selbstkonzept“, „Internalität“ und dem Akkulturationsgrad der Gesamtpersonengruppe, so zeigen sie, dass ein höherer Grad an Akkulturation mit mehr „Selbstkonzept“ und „Internalität“ hinsichtlich der Kompetenz- und Kompetenzüberzeugungen (FKK) einhergeht. Es ist dort auch ersichtlich, dass der Grad der Akkulturation in einem negativen Zusammenhang steht mit „Externalität“ und „fatalistischer Externalität“.

Auch im Vergleich der Stichproben weisen die Befunde auf einen positiven Zusammenhang zwischen Akkulturationsgrad und der Sekundärskala des FKK Selbstwirksamkeit (Selbstkonzept und Internalität) hin. Dabei zeigen die Korrelationskoeffizienten der Stichprobe „Stärker Belasteter“ auf negative signifikante Zusammenhänge zwischen Akkulturationsgrad und Externalität (soziale Externalität und fatalistische Externalität). Dies bedeutet: Die subjektive Überzeugung der Person, dass das Leben und wichtige Lebensereignisse von Schicksal, Glück, Pech oder Zufall abhängig sind oder durch andere mächtige Personen beeinflussbar, in einem negativen Zusammenhang steht mit dem Grad der Akkulturation. Hingegen stehen die generalisierte Erwartung der eigenen Person hinsichtlich eigener Handlungsmöglichkeiten in verschiedenen Situationen und die subjektive Überzeugung, über das eigene Leben und Ereignisse selbst Kontrolle zu haben in einem positiven Zusammenhang mit dem Akkulturationsgrad.

Wenden wir uns nun den Bewältigungsstrategien der Befragten zu und fragen nach möglichen Zusammenhängen zwischen diesen und dem Akkulturationsgrad, so deutet der signifikant negative Zusammenhang (Tabelle 3.33.) zwischen Akkulturationsgrad und den negativen Strategien (SVF) der Gesamtpersonengruppe darauf hin, dass ein höherer Wert bei negativen Bewältigungsstrategien mit einem niedrigeren Wert auf der Skala Akkulturation einhergeht. Es zeigt sich weiter, dass zwischen positiven Strategien und Akkulturationsgrad kein Zusammenhang besteht.

Es wurde bereits anhand der vorliegenden Daten besonders im Vergleich zwischen „Schwächer Belasteten“ und „Stärker Belasteten“ gezeigt (Punkt 3.5.5.), dass es bei der Bewältigung des Akkulturationsstresses genau auf das Verhältnis der negativen zu positiven Bewältigungsstrategien ankommt. Dabei zeigten die Daten hoch signifikante Mittelwertunterschiede hinsichtlich der psychischen Symptombelastung und negativen Bewältigungsstrategien.

Tabelle 3.33.: Zusammenhänge zwischen Attributionsstil und dem Akkulturationsgrad der Befragten

<i>Bewältigungsstrategien (SVF)</i>	<i>Akkulturationsgrad</i>				
	<b>Gesamt (n = 102)</b>	<i>Zufallsstichprobe (n = 92)</i>	<i>Patientenstichprobe (n = 10)</i>	<i>„Schwächer Belastete“ (n = 51)</i>	<i>„Stärker Belastete“ (n = 51)</i>
<b>Positive Strategien</b>	<b>.03</b>	.01	.09	.15	.05
<b>Negative Strategien</b>	<b>-.30**</b>	-.32**	-.02	-.26	-.16

\*  $p < 0.05$ ; \*\*  $p < 0.01$ , 2-seitig

Betrachten wir in der Tabelle die Werte der Stichproben im Vergleich zueinander, so sind sie im Wesentlichen vergleichbar mit dem, was bereits über die Ergebnisse der Gesamtpersonengruppe gesagt wurde. Bei den Stichproben sind aber die Korrelationskoeffizienten weder hoch noch signifikant. Lediglich bei der Zufallsstichprobe besteht ein negativer signifikanter Zusammenhang zwischen Akkulturationsgrad und negativen Strategien.

Es konnte gezeigt werden, dass zwischen der Sekundärskala des FKK (Selbstwirksamkeit) und Akkulturationsdauer ein positiver und zwischen Sekundärskala des EKK (Externalität) und Akkulturationsgrad der Befragten ein negativer Zusammenhang besteht. Es wurde auch hinsichtlich der Bewältigungsstrategien festgestellt, dass der Akkulturationsgrad der Befragten in einem negativen Zusammenhang steht mit den negativen

Bewältigungsstrategien. Angesicht dieser Befunde kann die fünfte Hypothese als durch Daten gestützt betrachtet werden.

### 3.6.6. Weitere Befunde zur Akkulturation

Bei dem Teil der Fragen hinsichtlich der Akkulturation, der einer Beschreibung des Akkulturationserlebens der Befragten dienen soll, hatten die Befragten die Möglichkeit, sich anhand vier vorgegebener Fragen über ihr Leben in der Migration frei zu äußern. Aus den freien Antworten sind nach einer Inhaltsanalyse wie in folgendem dargestellt, insgesamt 23 Kategorien herausgebildet worden. Die Tabelle 3.34. informiert über die wichtigsten statistischen Kennwerte der Gesamtpersonengruppe.

Tabelle 3.34.: Kategorisierte und als dichotom behandelte Antworten aus freien Fragen

<i>Freie Fragen</i>	<i>Antwort in Kategorien</i>	<i>Gesamtpersonengruppe (n = 102)</i>		
		<i>M*</i>	<i>SD</i>	
Was in Deutschland erleichtert Ihnen das Leben und was erschwert es?	Erleichtert ↙	- Höherer Lebensstandard	0.34	0.48
		- Gesetze und Ordnung	0.33	0.47
		- Unabhängigkeit	0.09	0.28
		- Freiheit	0.41	0.49
		- Soziale Sicherheit	0.30	0.46
	Erschwert ↘	- Die deutsche Sprache	0.37	0.49
		- Arbeit/Beruf/Finanzprobleme	0.25	0.43
		- Aufenthaltsprobleme	0.11	0.31
		- Heimweh, Einsamkeit	0.56	0.50
		- Ablehnung und Vorurteile	0.64	0.48
Was vermissen Sie am meisten bei Deutschen?	⇒	- Emotionale Wärme	0.71	0.46
		- Kontaktfreudigkeit	0.31	0.47
		- Offenheit und Verständnis für andere Kulturen	0.34	0.48
		- Disziplin und Ordnung	0.25	0.44
Was schätzen Sie an Deutschen am ehesten?	⇒	- Pünktlichkeit	0.30	0.45
		- Aufrichtigkeit	0.62	0.49
		- Ehrlichkeit, Direktsein	0.42	0.50
		- Gesetzestreue	0.31	0.47
		- Arbeitsam, Genauigkeit	0.23	0.43
Was müssten Sie Ihrer Meinung nach an sich selbst verändern, damit Ihr Kontakt zu den Deutschen und der deutschen Gesellschaft (noch) besser wird?	⇒	- Besser Deutsch lernen	0.35	0.48
		- mehr über die deutsche Gesellschaft und die Kultur erfahren.	0.33	0.47
		- Mehr Selbstbewusstsein, Selbstvertrauen gewinnen	0.41	0.50
		- Mehr Kontakt mit Deutschen suchen.	0.25	0.39

\* Der höchste zu erreichende Mittelwert bei jeder Kategorie wäre gleich „eins“ gewesen.

Insgesamt zeigen vier von 23 Kategorien einen Mittelwert, der über dem mittleren Bereich liegt. Dies bedeutet: Ein größerer Teil der Befragten findet darin Übereinstimmung, dass a) sein Leben in der Migration von „Einsamkeit, Heimweh, Sehnsucht nach Familie“ und durch „Ablehnung und Vorurteile“ erschwert wird, b) dass sie im Zusammenleben mit Deutschen am meisten die „emotionale Wärme“ vermissen, und c) dass sie am meisten die „Aufrichtigkeit“ an Deutschen schätzen. Die Übereinstimmung der Befragten bei anderen Kategorien zeigt sogar unterschiedliche Intensität, ist aber (mit Ausnahme des als erleichternd genannten Faktors „Unabhängigkeit“) nie niedriger als  $\frac{1}{4}$  als der zu erzielende Höchstwert (= 1) ausgefallen.

Interessant scheinen die Aussagen der Befragten bei der Frage: „Was müssten Sie Ihrer Meinung nach in sich selbst verändern, damit Ihr Kontakt zu den Deutschen und der deutschen Gesellschaft (noch) besser wird?“ Ein großer Teil der Befragten ist der Meinung, dass sie/er an eigenen interpersonellen wie auch sozialen Kompetenzen weiter arbeiten muss, um das Zusammenleben mit den Deutschen besser gestalten zu können (es hatten insgesamt lediglich vier Personen angegeben, dass sie an sich selbst gar nichts zu verändern bräuchten). Vor allem sind größere Übereinstimmung der Befragten bei Aussagen wie: „besser Deutsch lernen“ und „mehr Bewusstsein und Selbstvertrauen gewinnen“ zu finden.

Des Weiteren bietet sich auch an, die Befunde aus den freien Fragen ins Verhältnis zu den Stichproben zu sehen. Es soll zuerst die Frage geklärt werden, inwieweit die Antworten der beiden aus der SCL-90-R gebildeten Stichproben „Schwächer Belastete“ und „Stärker Belastete“ sich voneinander unterscheiden. Tabelle 3.35. informiert über Mittelwertunterschiede dieser Stichprobe.

Tabelle 3.35.: Mittelwertsvergleich zwischen „Schwächer Belastete“ und „Stärker Belastete“ hinsichtlich der freien Fragen über das Erleben des Alltags in der Migration

	„Schwächer Belastete“ (n = 51)		„Stärker Belastete“ (n = 51)		t	P(t)
	M	SD	M	SD		
<i>Freie Fragen<sup>1</sup></i>						
erleichternd	1.49	1.07	1.47	1.22	0.086	.093
erschwerend	1.69	0.93	2.16	1.05	-2.404	.002*
Was sollen Sie an sich selbst verändern, damit ihr Leben mit Deutschen und in der deutschen Gesellschaft besser wird?	1.10	0.92	1.47	1.03	-1.928	.005*

\*p < 0.05, df = 100, <sup>1</sup>(vollständige Wortlaut im Anhang B)

Der Mittelwert der Stichprobe „Stärker Belastete“ liegt, wie in Tabelle 3.35. ersichtlich, im Vergleich signifikant höher bei der Frage nach erschwerenden Bedingungen des Lebens in der Migration. Hierbei zeigt die aus freien Äußerungen der Befragten zu eine Kategorie gebildeten Antwort „Einsamkeit, Heimweh, Sehnsucht nach Familie und Freunde“ signifikant stärker zu diesem Mittelwertunterschied beigetragen haben als andere kategorisierte Antworten bei dieser Frage („Stärker Belastete“:  $M = .71$ ,  $SD = .41$ , „Schwächer Belastete“:  $M = .41$ ,  $SD = .50$ ;  $t = -.3101$ ,  $p < 0.01$ ; vollständige Tabelle A 17 im Anhang A). Auch bei der Frage „was sollen Sie an sich verändern, damit Ihr Kontakt zu den Deutschen und der deutschen Gesellschaft (noch) besser wird“ zeigt der Mittelwert der Stichprobe „Stärker Belasteter“, dass die Befragten dieser Stichprobe signifikant stärker hierauf eingehen. Dabei meint die Stichprobe in erster Linie, dass sie noch verstärkt Kontakte suchen soll („Stärker Belastete“:  $M = .30$ ,  $SD = .46$ ; „Schwächer Belastete“:  $M = .08$ ,  $SD = .27$ ;  $t = -2.883$ ,  $p < 0.05$ ).

### Informationsgewinnung im Alltag:

Als nächstes wurden die Befragten gefragt: „Wenn Sie sich über Politik, Wissenschaft usw. informieren, welche Medien bevorzugen Sie?“ Aus dem Vergleich der Daten konnten keine nennenswerten Unterschiede zwischen den Stichproben beobachtet werden. Es bestand lediglich eine höhere Tendenz der „Stärker Belasteten“ zum Fernsehen. Darum werden im Folgenden die Daten lediglich im Vergleich der Geschlechter dargestellt.

Wie Tabelle 3.36. zeigt: Insgesamt werden zur Informationsgewinnung im Alltag in gleicher Tendenz von allen Befragten sowohl die deutschsprachigen wie auch die persischsprachigen Medien genutzt.

Tabelle 3.36.: Vergleich der Geschlechter hinsichtlich bevorzugter Medien zur Informationsgewinnung im Alltag

	<i>Frauen</i>		<i>Männer</i>		<i>Gesamt</i>		<i>t</i>	<i>p(t)</i>
	<i>(n = 53)</i>		<i>(n = 49)</i>		<i>(n = 102)</i>			
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
Persischsprachige Radio- oder Fernsehsender	1.6	1.5	1.8	1.4	1.7	1.4	-.747	.457
Deutschsprachige Radio- oder Fernsehsender	3.0	1.4	3.1	1.4	3.1	1.3	-.309	.758
Gedruckte Medien in persischer Sprache	1.4	1.4	2.4	1.4	1.9	1.5	-3.75	.000**
Gedruckte Medien in deutscher Sprache	1.9	1.6	2.5	1.5	2.2	1.5	-2.08	.040*

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .001$ ,  $df = 100$

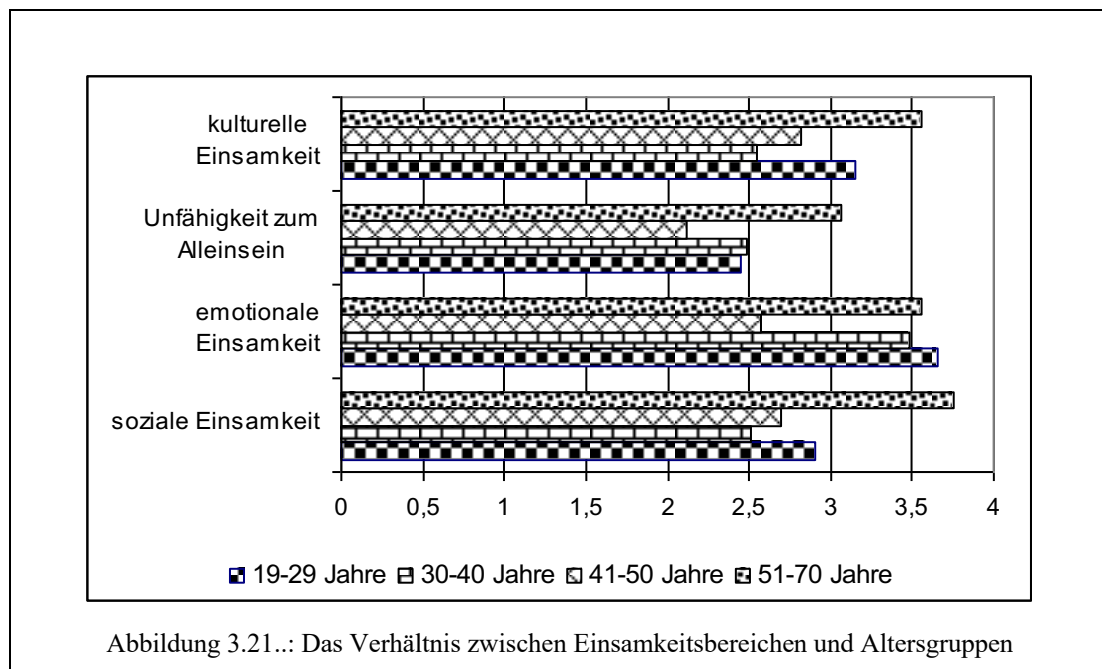
Hierbei bestehen signifikante Unterschiede zwischen weiblichen und männlichen Befragten hinsichtlich der Nutzung der gedruckten Medien: Die männliche Stichprobe nutzt im Vergleich zur weiblichen signifikant häufiger gedruckte Medien, sowohl in der deutschen als auch in der persischen Sprache. Bei den anderen Medien liegen die Werte der Männer der Stichprobe höher, jedoch nicht signifikant.

## 3.7. EINSAMKEIT

### 3.7.1. Einsamkeitsgefühle in Abhängigkeit vom Alter

*Vorbemerkung:* Die Befragten wurden anhand der gekürzten Form der Multidimensionalen Einsamkeit von Schwab (1986) nach ihren Einsamkeitsgefühlen gefragt. Die Interkorrelationen der vier abgefragten Einsamkeitsbereiche weisen auf positive und signifikante Zusammenhänge hin (Tabelle A 20 im Anhang A). Es zeigt sich dabei ein relativ hoher signifikanter Zusammenhang zwischen „emotionaler Einsamkeit“ und „Unfähigkeit zum Alleinsein“ ( $r = .64, p < 0.01$ ).

Bezüglich des Alters der Befragten zeigt es sich, dass stärkere Einsamkeitsgefühle in den unteren und oberen Altersgruppen (19-21 und 51-70 Jährige) bestehen. Die mittlere Altersgruppe zeigt sich im Vergleich weniger in den vorgegebenen Bereichen einsam. Abbildung 3.21. informiert über das Verhältnis zwischen Altersgruppen hinsichtlich der Einsamkeitsbereiche.



Im Verhältnis fühlen sich die Befragten am wenigsten einsam im Bereich „Unfähigkeit zum Alleinsein“. In allen vier Einsamkeitsbereichen weisen die Werte der unteren und oberen Altersgruppen im Verhältnis auf höhere Einsamkeit hin. Am stärksten repräsentiert sind die

Werte der jüngeren und der älteren Befragten in den Bereichen soziale und kulturelle Einsamkeit.

### 3.7.2. Einsamkeitsgefühle und Geschlecht

Die etwa gleich großen Gruppen von weiblichen wie auch männlichen Befragten in der Gesamtpersonengruppe zeigen keinen bemerkenswerten Unterschied bei ihren angegebenen Einsamkeitsgefühlen. Über die wichtigsten statistischen Kennwerte der beiden Geschlechter wie auch über das Ergebnis des t-Tests für unabhängige Stichproben informiert Tabelle 3.37.

Tabelle 3.37.: Vergleich zwischen Frauen und Männer der Gesamtpersonengruppe hinsichtlich der Einsamkeitsbereiche

	<i>Frauen</i> (n = 53)		<i>Männer</i> (n = 49)		<i>t</i>	<i>p(t)</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
<b>Soziale Einsamkeit</b>	2.9	2.7	2.7	2.4	.064	.801
<b>Emotionale Einsamkeit</b>	3.2	3.0	3.2	2.3	.085	.915
<b>Unfähigkeit zum Alleinsein</b>	2.5	2.7	2.3	2.5	.660	.759
<b>Kulturelle Einsamkeit</b>	3.0	2.8	2.9	2.0	.281	.830

df = 100

Wie in der Tabelle ersichtlich: Es gibt keine wesentlichen Mittelwertunterschiede zwischen den Geschlechtern hinsichtlich der Einsamkeitsgefühle. Die Mehrheit der Befragten gibt an, dass sie sich im Verhältnis emotional einsam fühlt.

### 3.7.3. Einsamkeitsgefühle und psychische Belastung

Vergleichen wir nun das Verhältnis zwischen den Teilstichproben dieser Untersuchung hinsichtlich ihrer geäußerten Einsamkeitsgefühle, zeigen sich wie in Tabelle 3.38. aufgeführt, bemerkenswerte und zum Teil signifikante Mittelwertunterschiede zwischen den Stichproben.

Tabelle 3.38.: Mittelwertunterschiede und t-Tests für unabhängige Stichproben für Patienten- und Zufallsstichprobe sowie die Stichproben „Schwächer Belastete“ und „Stärker Belastete“ hinsichtlich der Einsamkeitsgefühle.



<i>Einsamkeitsbereiche</i>	<i>Zufallsstichprobe</i> (n=92)		<i>Patientenstichprobe</i> (n=10)		<i>t</i>	<i>P(t)</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
Soziale Einsamkeit	2.59	2.55	5.20	1.69	3.162	.002*
Emotionale Einsamkeit	3.07	2.70	4.70	2.59	1.817	.072
Unfähigkeit zum Alleinsein	2.12	2.51	5.50	1.50	4.165	.086
Kulturelle Einsamkeit	2.69	2.35	5.00	2.45	2.944	.000**

<i>Einsamkeitsbereiche</i>	<i>„Schwächer Belastete“</i> (n=51)		<i>„Stärker Belastete“</i> (n=51)		<i>t</i>	<i>P(t)</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
Soziale Einsamkeit	1.87	2.30	3.82	2.51	-4.113	.000**
Emotionale Einsamkeit	2.26	2.52	4.21	2.56	-3.895	.000**
Unfähigkeit zum Alleinsein	1.81	2.24	3.30	2.74	-3.407	.001**
Kulturelle Einsamkeit	2.53	2.40	3.30	2.50	-1.588	.115

\*\* p< .01, \* p< .05, (2-seitig) df = 100

Erwartungsgemäß liegen die Mittelwerte der Befragten, die als Patientenstichprobe bzw. „Stärker Belastete“ in dieser Untersuchung vorkommen im Vergleich zu der Zufallsstichprobe bzw. „Schwächer Belastete“ bei allen vier Einsamkeitsbereichen höher. Vergleichen wir die Mittelwerte der Patientenstichprobe mit denen der Zufallsstichprobe, zeigen die Patienten hochsignifikant höhere Mittelwerte in den Bereichen „soziale Einsamkeit“ und „kulturelle Einsamkeit“. Auch bei der „emotionalen Einsamkeit“ wie auch beim „Unfähigkeit zum Alleinsein“ liegen die Werte der Patientenstichprobe höher, bei diesen beruhen die Unterschiede aber nicht auf einer statistischen Signifikanz.

Legen wir nun zum Vergleich die Daten der beiden aus der SCL-90-R gebildeten Stichproben zugrunde, zeigt die Tabelle weiter, dass die Mittelwerte der Stichprobe „Schwächer Belastete“ bei allen Einsamkeitsbereiche weit niedriger liegen als die der Stichprobe „Stärker Belastete“. Dabei zeigen die t-Tests für unabhängige Stichproben (außer bei „kulturelle Einsamkeit“) hohe Signifikanzen.

Diese Ergebnisse bestätigen im allgemein etwa das, was aus der Literatur zur Einsamkeitsforschung schon bekannt ist, nämlich, dass Einsamkeit als ein negatives Gefühl immer bei psychischen Störungen eine Rolle spielt (vgl. Schwab 1997, Hojat, 1982). Vergleichen wir hier auf einer Seite das Verhältnis zwischen Patientenstichprobe und Zufallsstichprobe und auf der anderen Seite das Verhältnis der Stichproben „Schwächer Belasteter“ und „Stärker Belasteter“ miteinander, so zeigt Abbildung 3.22., dass

- a) die Werte der Patientenstichprobe im Vergleich zu denen der Zufallsstichprobe weit mehr auseinander liegen als die der „Schwächer Belasteten“ und „Stärker Belasteten“, und

b) dass die „kulturelle Einsamkeit“ einen stärkeren Einfluss auf das psychische Befinden der Patientenstichprobe im Vergleich zu der Zufallsstichprobe aufweist als dies bei der Stichprobe „Stärker Belasteter“ im Verhältnis zur Stichprobe „Schwächer Belasteter“ aussieht.

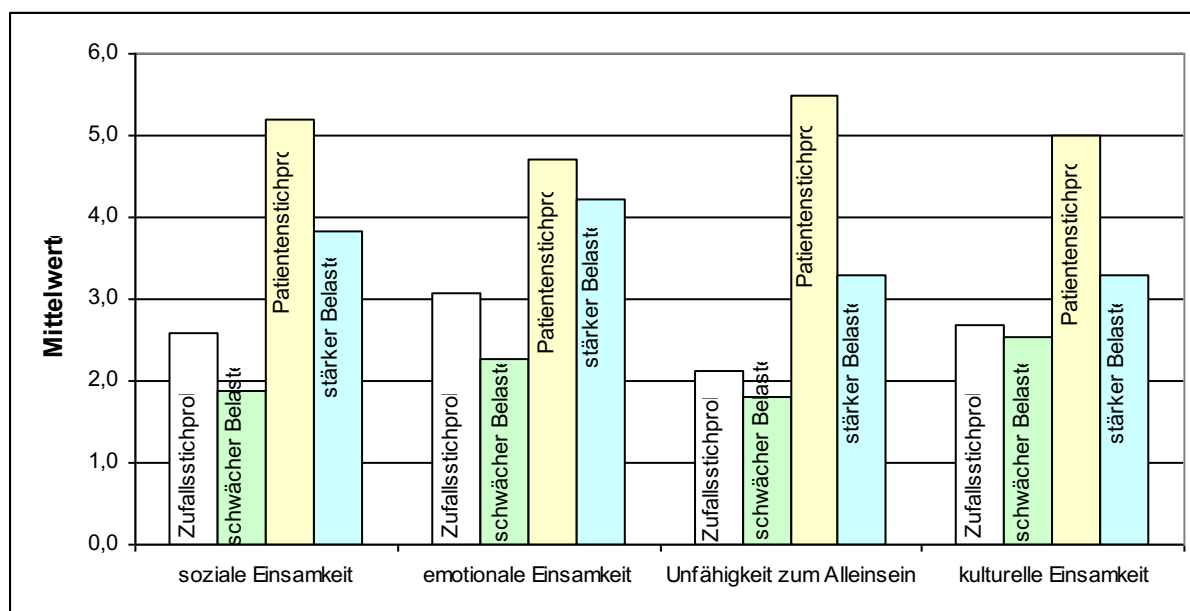


Abbildung 3.22.: das Verhältnis zwischen Zufalls- und Patientenstichprobe so wie „Schwächer Belastete“ und „Stärker Belastete“ hinsichtlich der Einsamkeitsgefühle

### 3.7.4. Einsamkeit und Akkulturationsgrad

Des Weiteren interessierte uns zusätzlich zu den Hypothesen dieser Untersuchung auch die Frage, ob es einen Zusammenhang zwischen Einsamkeit und dem Grad der Akkulturation der Befragten gibt. Diese Frage lässt sich anhand der SPSS-Prozedur „bivariate Korrelation“ klären. Über die Korrelationskoeffizienten zwischen einzelnen Items der Akkulturation und der Einsamkeitsbereiche informiert Tabelle 3.39.

Tabelle 3.39.: Zusammenhänge zwischen Einsamkeitsgefühlen und dem Akkulturationsgrad

*Akkulturation*

*Einsamkeitsbereiche*

	Soziale Einsamkeit	Emotionale Einsamkeit	Unfähigkeit zum Alleinsein	Kulturelle Einsamkeit
Wie schätzen Sie selbst Ihre Deutschkenntnisse ein?	-.21*	-.05	.07	-.13
Wie wichtig ist es für Sie, dass Sie in Ihrem Alltag (noch) besser deutsch sprechen können?	-.08	-.11	-.01	-.14
Können Sie sich vorstellen, für immer in Deutschland zu bleiben und hier für sich eine Zukunft aufbauen?	-.07	-.17	-.05	-.08
Falls Sie die deutsche Staatsangehörigkeit nicht haben: Können Sie sich vorstellen, sie zu erwerben?	-.16	-.21*	-.22*	-.27**
Wie sehr richten Sie Ihr Leben in Deutschland nach Traditionen und Werten der iranischen Kultur aus?	-.06	-.17	-.17	.02
Glauben Sie, dass Sie der deutschen Kultur fremd gegenüber stehen?	.18	.06	.06	.30**
Glauben Sie, dass es in der deutschen Kultur positive Seiten gibt, die Sie für Ihr Leben als wichtig empfinden?	-.04	-.04	-.04	-.26**
Würden Sie sagen: Ich lebe mein eigenes Leben und orientiere mich weder nach den Normen der iranischen noch der deutschen Kultur?	.02	.09	.14	-.10
Würden Sie sich in Deutschland als integriert bezeichnen?	-.21*	-.36**	-.15	-.26**
<b>Akkulturationsgrad</b>	<b>-.17</b>	<b>-.22*</b>	<b>-.10</b>	<b>-.25*</b>

\*\* p< 0.01, \* p< 0.05

Wie die Korrelationskoeffizienten zeigen: Es besteht zwischen dem Akkulturationsgrad der Befragten und ihren Einsamkeitsgefühlen ein negativer Zusammenhang in den Bereichen „emotionale Einsamkeit“ wie auch ein negativer signifikanter Zusammenhang zu „kultureller Einsamkeit“. Obwohl die gezeigten Koeffizienten relativ niedrig ausgefallen sind, können wir aufgrund der bestehenden negativen Korrelationskoeffizienten davon ausgehen, dass ein höherer Wert auf der Skala Akkulturation mit weniger Einsamkeit einhergehen soll.

Des Weiteren zeigt Tabelle 3.39., dass zwischen Kompetenzen der eigenen Person in der deutschen Sprache und dem Grad der sozialen Einsamkeit ein negativ signifikanter Zusammenhang besteht. Das heißt also: Befragte, die ihre „Deutschkenntnisse“ höher einschätzen, sollen sich auch sozial weniger einsam fühlen. Eine höhere Bereitschaft zum Erwerb der deutschen Staatsangehörigkeit, was im Grunde genommen häufiger von den Befragten bejaht wurde, die auch ihre „Deutschkenntnisse“ als besser einstufen ( $r = .21$ ,  $p < 0.05$ ), steht in einem negativen und (außer bei sozialer Einsamkeit) signifikanten Zusammenhang mit allen Einsamkeitsgefühlen. Dies scheint positiv bzw. verringernd auf Einsamkeitsgefühle in den Bereichen emotionale und kulturelle Einsamkeit zu wirken somit auf die „Fähigkeit zum Alleinsein“. Auch diejenigen Werte der Befragten, die sich hinsichtlich ihrer Integration in Deutschland höher einstufen, zeigen, dass zwischen Einsamkeitsgefühlen und „...sich in Deutschland als integriert“ ansehen durchaus ein

negativer Zusammenhang besteht. Für sie besteht bei der kulturellen, emotionalen und sozialen Einsamkeit eine Signifikanz.

Interessant und in Zusammenhang mit bisher erwähnten Ergebnissen hinsichtlich der Einsamkeit und Akkulturation ist der positive Korrelationskoeffizient zwischen „kultureller Einsamkeit“ und dem Grad, in dem man der deutschen Kultur fremd gegenüber steht. Es zeigt sich hierbei, dass diejenigen Befragten, die stärker die Kultur der Aufnahmegesellschaft als fremd empfinden, sich auch signifikant stärker kulturell einsam fühlen.

Insgesamt weisen die Korrelationskoeffizienten darauf hin, dass es zwischen Einsamkeit und Akkulturation der Befragten einen negativen Zusammenhang gibt. Dabei fällt auch auf, dass die Bereitschaft zum Erwerb der deutschen Staatsangehörigkeit - die ihrerseits eine Fülle von subjektiv wie auch objektiv erfüllte Bedingungen voraussetzt - und stärkere Bejahung der Integration der eigenen Person in Deutschland beim Zustandekommen dieser Zusammenhänge mehr beteiligt zu sein scheinen, als andere Fragen hinsichtlich der Akkulturation.

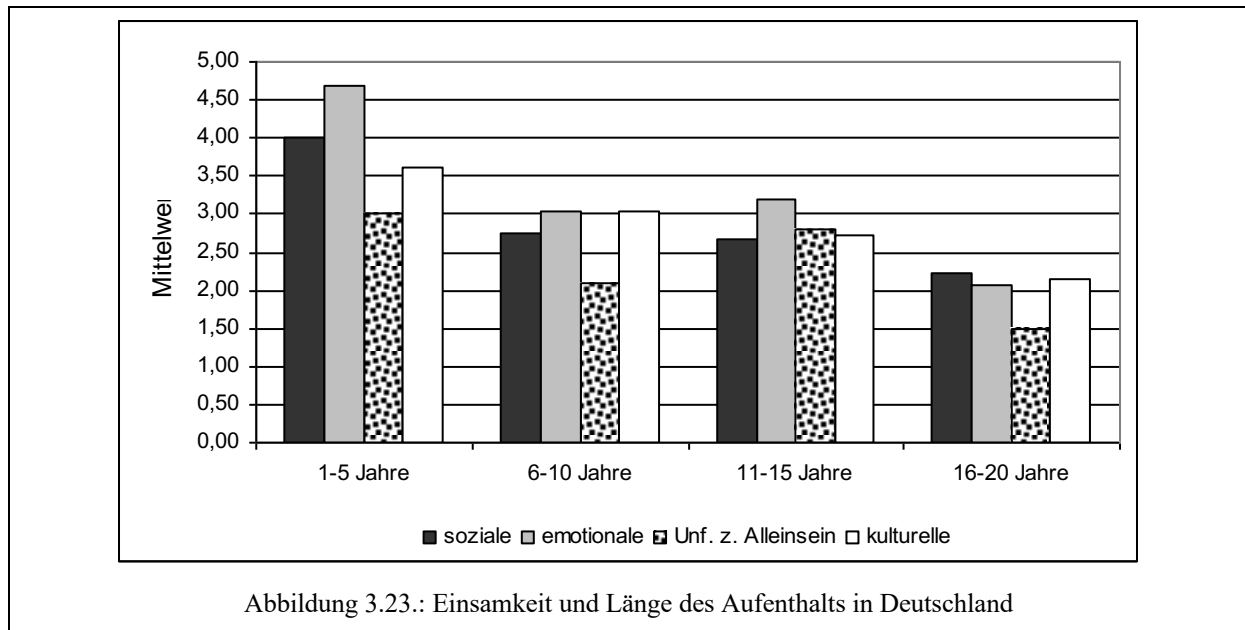
### **3.7.5. Einsamkeit und Aufenthaltsdauer**

Eine andere interessante Frage bezieht sich auf die Beziehung zwischen Einsamkeitsgefühlen der Befragten und der Aufenthaltsdauer in Deutschland. Es ist also zu klären, ob die Länge des Aufenthalts in Deutschland einen Einfluss auf die Einsamkeitsgefühle der Befragten aufweist.

Aus den Angaben der Befragten über die Länge ihres Aufenthalts in Deutschland wurden vier Aufenthaltsgruppen gebildet.<sup>50</sup> Die Abbildung 3.23. veranschaulicht die Beziehung zwischen Einsamkeitsgefühlen der Gesamtpersonengruppe und ihrer Aufenthaltsdauer in Deutschland.

---

<sup>50</sup> Hierfür wurden zuerst aus Angaben der Befragten fünf Gruppen gebildet. Da in der fünften Gruppe die Daten von nur zwei Befragten zuflossen und zu extremer Veränderung der Werte führten und für Verwirrung sorgten, bot es sich an, diese zwei Personen (mit über 21 Jahre Aufenthalt in Deutschland) aus der Berechnung herauszunehmen.



Wie in der Grafik zu sehen, zeigt die Gruppe mit wenigen Aufenthaltsjahren (1-5 Jahre) im Vergleich zu der Gruppe „16-20 Jahre“ einen höheren Wert bei jedem Einsamkeitsbereich. Die zwischen diesen beiden Gruppen liegenden Aufenthaltsgruppen („6 bis 10 und 11 bis 15 Jahre“) weisen weniger Einsamkeitsgefühle im Vergleich zu der ersten (1-5 Jahren) auf, aber stellen höhere Werte dar im Vergleich zu der Aufenthaltsgruppe „16-20 Jahre“. Diese Ergebnisse legen die Vermutung nah, dass Einsamkeit mit der Länge des Aufenthalts abnehmen wird, eben weil ein längerer Aufenthalt die Möglichkeit zum Aneignen von persönlichen Fähigkeiten und Kompetenzen bietet, die allesamt der Person vermutlich einen besseren Zugang zu sich und eine gelungene Beziehung zu ihrer neuen Umwelt verschaffen kann. Hierfür sprechen auch die signifikanten (wenn auch relativ niedrigen) Zusammenhänge zwischen der Aufenthaltsdauer und Bereichen aus der Akkulturation, die eine positive Einstellung zum Leben in der Migration deklamieren, nämlich „Deutschkenntnisse“ ( $r = .26$ ,  $p < 0.01$ ), „Erwerb der deutschen Staatsangehörigkeit“ ( $r = .27$ ,  $p < 0.01$ ) „integriert in Deutschland“ ( $r = .33$ ,  $p < 0.01$ ) und den negativen Korrelationskoeffizient bei „der deutschen Kultur gegenüber fremd gegenüber stehen“ ( $r = -.28$ ,  $p < 0.01$ ).



#### 4. INTERPRETATION UND DISKUSSION DER BEFUNDE

„Unser Leben hängt davon ab, was wir aus dem machen, was aus uns gemacht wurde.“

(Jean Paul Sartre)

Mit der vorliegenden Arbeit wurde der Versuch unternommen, auf der Grundlage der kognitiven Theorien in der Klinischen Psychologie das psychische Befinden der Migranten bei der Auseinandersetzung mit akkulturativem Stress unter besonderer Berücksichtigung des Attributions- und Bewältigungsstils am Beispiel der iranischen Migranten in der Stadt Hamburg empirisch zu untersuchen<sup>51</sup>. Diese Arbeit versteht sich als ein Beitrag zur empirischen Beschreibung der Zusammenhänge zwischen migrationspezifischen und migrationsunspezifischen psychosozialen Schwierigkeiten auf dem Akkulturationsprozess mit einem starken Blick auf psychische Merkmale und Ressourcen des Migranten selbst. Sie legt aufgrund der Hauptbefunde der Untersuchung den Schluss nah, dass wenn Migranten sich als Akteure ihrer eigenen Existenz und nicht als „Verlustopfer“ oder „Opfer der Migrationsumstände“ betrachten, dann auch persönliche Vorteile daraus können.<sup>52</sup>

Letztendlich war auch das Ziel der hier durchgeführten Studie, dass durch die Analyse der subjektiven Theorien der Betroffenen über die psychosozialen Konflikte und Krisen in der Migration, bzw. durch Erfassung ihrer Wahrnehmung, Bewertung und Bewältigung des akkulturativen Stresses, zur Kenntniss über Entstehung und Aufrechterhaltung psychischen Störungen in Abhängigkeit von Attributions- und Bewältigungsstil zu erlangen, die für die Beratung und Therapie psychisch belasteter Iraner in Deutschland weiter erarbeitet werden können.

Die anschließende Diskussion folgt analog den Befunden dieser Untersuchung im Ergebnisteil. Zu Beginn werden besondere Merkmale der Stichprobe und des methodischen

---

<sup>51</sup> Aus dem in dieser Arbeit gewählten Ansatz resultiert, dass ich mich von einer Diskussion über gesellschaftliche, rechtlich-politische und ökonomische Schwierigkeiten in der Migration weitgehend zurückhalten werde. Dies bedeutet jedoch nicht, dass ich die Bedingungen, die allzu oft krankmachend wirken und das Leben in der Migration immer wieder in neue Krisen führen, bagatellisieren will.

<sup>52</sup> Dies auch vor dem Hintergrund, der in der Politik und Gesellschaft zunehmend geführter Debatte über Migranten in Deutschland, wobei die Migranten oft als Problemfall dargestellt werden und die Gesellschaft nicht in der Lage ist, „soziale Ungleichheit so zu kompensieren, dass von Chancengleichheit gesprochen werden kann“ (Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration, 2005, S 25).

Zugangs diskutiert. Anschließend werden die Hauptbefunde und die damit einhergehenden Hypothesen besprochen und debattiert. Mit einer detailgetreuen Zusammenfassung der Gesamtbefunde dieser Studie wird das Kapitel abgeschlossen.

### **Zu der Methode und der Frage nach der Repräsentativität dieser Untersuchung**

Durch die Migration findet ein Bruch in der persönlichen Lebensgeschichte der Migranten statt. Eine effiziente Forschung zum psychischen Befinden in der Migration soll daher sowohl Rahmenbedingungen in der Migration, persönliche Erfahrungen und unterschiedliche persönliche Ressourcen der Person wie auch individuelle Lebensgeschichten der Migranten berücksichtigen. Diese Faktoren sind ebenso wesentlich wie die Frage nach der gewählten Migrantengruppe. Denn der einzig gemeinsame Punkt bei all den verschiedenen Migrantengruppen ist, dass man sie alle als Migranten kategorisiert. Obwohl die zu beobachtenden individuellen wie auch kulturellen Unterschiede bei Migranten vielfältiger sind als die vereinenden Merkmale von Einheimischen. Daher dürfen die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit höchstens für iranische Migranten in Hamburg relativ repräsentativ sein.

Die Ermittlung der Daten der Zufallsstichprobe (N = 92) so wie der Patientenstichprobe (N = 10) erfolgte anhand eines einzigen Messinstrumentariums. Da vorerst keine Selektion der Stichproben in irgendeiner Weise beabsichtigt war und auch die Frage nach einer ökonomischen Vorgehensweise im Vordergrund stand, kam nur eine schriftliche Befragung in Betracht, womit auch der Wunsch verbunden war, dass eine höhere Anzahl der Patienten wie auch eine höhere Zahl einer unausgelesenen Erwachsenenstichprobe binnen eines begrenzten Zeitraumes mit einem einheitlichen Messinstrumentarium befragt werden können. Mit der Dokumentation über Patienten war die Absicht verbunden, mehr über die individuelle Lebensgeschichte der Person, über entwicklungsfördernde wie auch entwicklungsgefährdende Faktoren im Hintergrund der bestehenden Störungen in Erfahrung zu bringen, was bei der Interpretation der erhobenen Daten nützlich sein kann.

Problematisch zeigte sich allerdings die Datensammlung über die Zufallsstichprobe bereits im Verlauf der Datenerhebung, so dass lange Zeit sehr wenige und letztendlich knapp nur 20% der verteilten Fragebögen zurück kamen, was zeigte, dass die Bereitschaft der Zielpopulation zur Teilnahme an einer Fragebogenerhebung nicht groß ist; dieses Problem zeigt sich allerdings nicht nur bei dieser Untersuchung oder ausschließlich bei iranischen Migranten, sondern wie einige andere Untersuchungen auch darstellen (z.B. Blum, 1998), zeigt sich die Rücklaufquote bei Forschungsarbeiten besonders hinsichtlich der gesundheitlichen



Versorgung der Migranten immer als schwierig. Es scheint, dass die in der Migrationsforschung quantitativ ausgeführten Studien häufig vor dieser Hürde stehen. Somit gehen die Probleme der Repräsentativität in dieser Untersuchung auf die niedrige Rücklaufquote der Fragebögen zurück.

Dass die iranischen Migranten für derartige Befragungen wenig erreichbar sind, lässt sich meiner Meinung nach neben fehlender Tradition der Meinungsforschung im Iran durch zwei weitere spezifische Gründe klären: die iranische Migranten in Deutschland bilden eine heterogene Gruppe, die aufgrund ihrer weit unterschiedlichen sozialpolitischen Orientierungen in ihrer Beziehung und im Kontakt miteinander sehr vorsichtig sind und selten offen miteinander umgehen. Des Weiteren wird ihre Verhaltensweise von einem kulturspezifischen Verhaltensmuster in zwischenmenschlichen Kontakten beeinflusst, das sich auch in Sprachgebrauch und in verschiedenen interaktionalen Situationen beobachten lässt. Dies betrifft die Differenzierung zwischen „Innen- und Außenwelt“ (Outside-Inside-Differenzierung). Dieser Differenzierung zufolge kann man in interaktionalen Situationen im Iran zwei von einander klar unterscheidbaren Normen für (verbale und nonverbale) Kommunikationsmuster beobachten, die sich jeweils auf „Outside und Inside“ beziehen. Zum Inside gehören die eigenen Familienmitglieder (im Sinne einer Großfamilie) und nahen Verwandten, mit denen man in der Regel seine Gedanken und Gefühle teilt und zur Intensivierung der Beziehung sagt, dass man keine Geheimnisse voreinander hat; während die Beziehung zu den Personen in Outside eben auf dem Gegenteil beruht. Die zum Outside gehörenden fremden Personen (persisch: Mardom) werden mit großer Höflichkeit und Respekt behandelt aber zugleich wird ihnen auch mit Misstrauen begegnet. So wird eine außenstehende Person sogar mit offenen Armen, Respekt und voller Höflichkeit empfangen. Es ist aber schwierig und dauert i.d.R. sehr lange, bis das nötige Vertrauen entsteht und die Person als vertrauenswürdig betrachtet wird<sup>53</sup>.

### **Besondere soziodemografische Merkmale der Stichproben**

Die Befunde zeigten eine Gleichverteilung der Variable Alter. So bilden im Vergleich die

---

<sup>53</sup> So habe ich persönlich bei der Verteilung der Fragebögen in zwei Veranstaltungen, in denen ich vorher auch die Gelegenheit hatte, die Anwesenden über dieses Vorhaben ausführlich zu informieren, die Erfahrung gemacht, dass man freiwillig die Fragebögen entgegennimmt, Begeisterung zeigt, dass sich einer mit diesen Problemen wissenschaftlich beschäftigt, aber sagt: er müsse zuerst sehen, ob er die Fragen so beantworten könne, dann fülle er den Fragebogen bestimmt aus. Eine ähnliche Erfahrung machte ich mit einer Patientin, als ich sie am Ende der zweiten Sitzung über dieses Vorhaben informierte. Ihre Reaktion während sie den Fragebogen von mir entgegen nahm, war folgende: sie habe sogar inzwischen Vertrauen zu mir, kenne aber nicht alle Personen, die in dem Projekt arbeiten und von ihren Äußerungen erfahren würden. Es scheint, dass man mit einer Befragung, in der man die Iraner nach ihren intimen Gedanken und Gefühlen fragt, oft an die Grenzen dieser Orientierungsmuster stößt.

beiden anzahlmäßig kleineren Altersgruppen (20 bis 30 jährige und 50 bis 70 jährige) die beiden Seiten einer Normalverteilung und die größte Gruppe von 30 bis 50 Jährigen (62%) den mittleren Bereich. Aus dem Vergleich der Altersstruktur mit der Aufenthaltsdauer zeigten die Befunde, dass das Alter im Verhältnis zur Aufenthaltsdauer einen kontinuierlichen Anstieg zeigt. Das heißt, die jüngeren weisen im Vergleich zu den älteren Befragten eine kürzere Aufenthaltsdauer auf.

Das Verhältnis der beiden Geschlechter war etwa gleich groß. Die Daten über das Geschlechterverhältnis und die Daten über die Altersstruktur der Befragten entsprechen verhältnismäßig dem, was von den offiziellen Statistiken über Iraner in Hamburg bekannt ist. Bezogen auf die Stichproben zeigten die Ergebnisse, dass das Durchschnittsalter in der Stichprobe „Stärker Belastete“ signifikant niedriger liegt ( $M = 37$ ,  $SD = 10$ ) als in der Stichprobe „Schwächer Belastete“ ( $M = 41$ ,  $SD = 12$ ). Die Anzahl der weiblichen Befragten überwiegt in der Stichprobe „Stärker Belastete“.

Eng verknüpft mit dem Alter und dem Geschlecht zeigte sich die Variable Familienstand. So waren von den Befragten etwa 55% verheiratet, 22% ledig und 24% geschieden bzw. getrennt lebend. Der hohe Anteil an verheirateten Personen lag nicht nur in der Altersstruktur der Befragten begründet, es zeigt auch, dass Heirat bei Iranern die gebräuchlichste Form des Zusammenlebens zwischen den Geschlechtern ist.

Des Weiteren zeigte sich, dass das Zusammenleben als Familie sehr stark durch die Migration beeinträchtigt wird. Auffällig war in diesem Zusammenhang der hohe Anteil an geschiedenen bzw. getrennt Lebenden. So zeigten die Befunde dieser Arbeit, dass 30% der geschiedenen und getrennt lebenden in der Stichprobe „Stärker Belastete“ vorkommen, und die Quote der Verheirateten in dieser Stichprobe etwa 45% beträgt. Dagegen kommen in der Stichprobe „Schwächer Belastete“ etwa 16% Geschiedene und 61% Verheiratete vor.

Hinsichtlich der Aufenthaltsdauer und des Familienstandes zeigten die Befunde eine Reihe weiterer Charakteristika der Befragten. Die Mehrheit der zwischen eins bis fünf Jahre hier lebenden Befragten ist verheiratet und lebt in einem gemeinsamen Haushalt mit durchschnittlich 1,6 Personen. Hingegen ist die Mehrheit der länger als sechs Jahre hier lebenden Befragten geschieden und lebt entweder allein oder mit einem Kind in einem Haushalt zusammen. Die große Zahl der Geschiedenen bei den länger hier lebenden Befragten liefert Grund zu der Annahme, dass Familien aufgrund sehr hoher Anpassungsleistungen am Anfang der Migration eher zusammenhalten und dann im Laufe der „Überkompensationsphase“, welche mit einer Veränderung von Rollen und Praktiken innerhalb der Familie verbunden ist, häufiger zusammenbrechen. Sicherlich spielt sich dieser

Prozess nicht in einem Vakuum ab, sondern wird in einen gegenseitigen Zusammenwirken mit der neuen Umwelt gestaltet. Die Erfahrung zeigt, dass man sich in der Anfangszeit häufig über Anpassungsanforderungen und ihrer kumulativen Wirkung nicht im Klaren ist, da die Beantwortung grundlegender Existenzfragen wie Aufenthaltserlaubnis und materielle Versorgung der Familie oberste Priorität hat. Wenn die Beziehung zwischen Mitgliedern einer Familie vor der Migration relativ funktional war, treten am Anfang Konflikte eher in den Hintergrund und familientypische Regeln und Stile bleiben etwas akzentuierter. Wenn die Beziehung aber eher schlecht war, verstärken sich die Konflikte. Kommen noch extreme Belastungen dazu und sind die Bewältigungsmöglichkeiten einer Familie schlecht entwickelt, können massive Krisen und psychische Symptomatiken ausgelöst werden.

Betrachten wir die soziodemografischen Charakteristika der Befragten hinsichtlich ihrer Migrationsmotive bzw. Migrationsgründe, so berichten 60% von ihnen, dass sie aus Gründen der politischen Verfolgung nach Deutschland gekommen seien. Von diesen haben 33% die Anerkennung als Asylberechtigte erhalten, 40% sind sogar im Besitz einer Aufenthaltsberechtigung und etwa 28% haben die deutsche Staatsangehörigkeit erworben. Nur insgesamt 11% der Befragten sind im Besitz eines unsicheren Aufenthaltsstatus (Duldung und Aufenthaltsgestattung). Somit zeigen die Daten, dass es sich bei den Befragten grundsätzlich um Mitbürgerinnen und Mitbürgern handelt, die langfristig hier leben und zum Teil auch nicht zurückgehen können bzw. wollen.

In diesem Zusammenhang zeigen die Befunde noch, dass jeweils die Mehrheit in der jüngsten Altersgruppe das „Studieren“, in der mittleren Altersgruppe „geschäftlich“ und in der älteren Altersgruppe das „politische Asyl“ als ihre Migrationsmotive benannt hat. Dementsprechend besitzen sie auch einen Aufenthaltsstatus, der vergleichbar scheint mit ihren Migrationsmotiven. (Etwa 8% warten noch auf eine Entscheidung über ihre Asylverfahren, 3% haben eine Duldung und 17% sind im Besitz eines Aufenthaltsbefugnisses, welches darauf hindeutet, dass sie im Rahmen der Familienzusammenführung nach Deutschland gekommen sein müssen).

An den zuvor beschriebenen Berufsstatus knüpft sich zusätzlich die hohe Rate an Akademikern (etwa 45% aller Befragten) an, wobei die Mehrheit der Hochschulabsolventen ihr Studium im Iran absolviert hat (75%) und etwa 24% in Deutschland studiert haben. Dies belegt wiederum die These, dass Aufstiegs- und Bildungsmigration neben politischem Exil eines der Hauptmigrationsmotive der iranischen Migranten in Deutschland ist (Ghasemina, 1996). Des Weiteren zeigen die Befunde, dass die Mehrheit von dem insgesamt 42% der Befragten mit einem Abitur und 41% mit einem Hochschulstudium länger als 11 Jahre hier

leben, was insgesamt auf höhere Bildung und Bildungsmotivation der dauerhaft hier lebenden Iraner hinweist. Insgesamt liegt der Prozentsatz der Befragten mit einem Schulabschluss des unter dem Abitur liegt bei 13%.

Im Verhältnis zum Alter zeigt sich für die Gruppe mit einem Bildungsstand der über den Abitur liegt ein Durchschnittsalter von  $M = 39.2$ , und ihre Aufenthaltsdauer in Deutschland beträgt  $M = 18.6$  Jahren. Dies zeigt, dass diese Gruppe bereits in den Anfangsjahren der islamischen Revolution das Land verlassen hat. Ziehen wir in diesem Zusammenhang in Betracht, dass die Mehrheit der Befragten als ihren Aufenthaltszweck das politische Asyl (60%) angegeben hatte, so bekräftigen diese Befunde die Aussage über Migrationsmotive der iranischen Migranten in Deutschland als „Aufstiegs- und Bildungsmigration“ und „politisches Exil“ (vgl. Ghasemina, 1996).

Hinsichtlich der beruflichen Situation der Befragten zeigen die Befunde einen deutlichen sozialen Abstieg im Vergleich zu ihrem sozialen Status im Iran. Während der große Teil der Befragten im Iran Schüler bzw. Studenten waren (nachgefolgt von 31% „Beamte bzw. Angestellte“ und nur 8% „Hausfrau“), sind in Deutschland etwa 20% Hausfrauen und 32% gehen einem Gelegenheitsjob nach. Dass der Berufsstatus eine zentrale Bedeutung im Leben eines jeden Menschen hat und Auswirkungen auf affektiver, motivationaler und kognitiver Verhaltensaspekte zeigt und ein beruflicher Abstieg sehr viele psychosoziale Stressfaktoren wirksam macht, wird in vielen Studien gezeigt. Nach Frese (1981) stellt die Arbeitstätigkeit eine der „wesentlichen Sozialisationsbedingungen“ des Erwachsenenalters dar. Arbeitstätigkeit bestimmt die Struktur des Alltags. Die Indikatoren der psychischen Gesundheit zeigen signifikante Zusammenhänge mit Merkmalen des Berufs und haben Auswirkung auf intellektuelle Fähigkeiten, was auch auf außerberufliche Bereiche übertragen wird (vgl. Philipp, 1987).

Besonders in den Anfangsphasen der Migration sind Migranten von erheblichen beruflichen Nachteilen betroffen. So zeigten die Befunde, dass diejenige Befragten, die erst seit ein bis fünf Jahren hier leben im Vergleich zu denjenigen, die ihre Lebensgrundlage seit über 15 Jahren in Deutschland haben, besonders von Problemen der Arbeit bzw. Arbeitslosigkeit betroffen sind (s. Tabelle A13 im Anhang A). Der Berufsstatus der Befragten scheint von der Aufenthaltsdauer abhängig zu sein, so dass diejenigen, die schon länger in Deutschland leben auch einen besseren Berufsstatus haben als diejenigen, die zwischen ein bis 15 Jahren hier sind.

## Zur psychischen Symptombelastung der Befragten

Das Markanteste aller Befunde zur psychischen Befindlichkeit der Befragten zeigte sich zuerst in den sehr hohen GSI und den Mittelwerten der einzelnen Subskalen der SCL-90-R, die sowohl über dem Normwert der deutschen Stichprobe als auch über dem ermittelten Wert aus der Epidemiologiestudie im Iran liegen. Zieht man hier die Vergleichsdaten aus der Literatur in Betracht, so zeigen andere in europäischen Ländern durchgeführten Studien auch, dass bei Flüchtlingen und Migranten im Vergleich zur Gesamtbevölkerung häufiger und stärker z.B. depressiv-ängstliche Syndrome vorkommen (vgl. Kiehlhorn, 1996). In ihren Studien bei Kindern und Jugendlichen griechischer Herkunft zeigen Siefen und Brähler (1996) und bereits 1977 Collatz et al., dass die Migrantenkinder im Verhältnis zu deutschen Kindern häufiger unter psychosomatischen Störungen leiden. David, Borde & Kentenich (2002) untersuchten die psychische Belastung von Frauen mit einem Migrationshintergrund im Vergleich zu einheimischen Frauen mittels SCL-90-R. Die erzielten Ergebnisse der einzelnen Subskalen der SCL-90-R wie auch der Globalwerte der Migrantinnen zeigten dabei im Vergleich zu deutschen Frauen eine weit höhere psychische Belastung.

Die höhere Symptombelastung in der Migration wird in zahlreichen Studien in Zusammenhang mit psychosozialen Belastungen wie Ablehnung, Diskriminierung und fehlender sozialer Unterstützung in der Aufnahmegesellschaft oder mit traumatischen Erlebnissen auf der Flucht betrachtet<sup>54</sup>. Allgemein kann man bei der vorliegenden Arbeit auch annehmen, dass die Mehrheit der Zielpopulation dieser Untersuchung (wie das so die Charakteristika des Lebens als Flüchtling sind) nicht nur im Heimatland und auf der Flucht außergewöhnlichen Belastungen<sup>55</sup> ausgesetzt war, sondern auch ihr Leben als Migrant durch die neue und unbekanntere Situation in der Aufnahmegesellschaft<sup>56</sup> oftmals mit einer starken Beeinträchtigung ihres Befindens begleitet ist.

---

<sup>54</sup> Leyer (1987) z.B. berichtet von einer am Zentrum für psychosomatische Medizin in Berlin bereitangelegten Untersuchung, die belegt, dass die migrationbedingten psychosozialen Stresssituationen und die damit zusammenhängenden innerfamiliären Konflikte bei Migranten oft im Vergleich zu Einheimischen erhöhten psychosomatischen Erkrankungen und funktionellen Störungen führen. Mehari (1994) erbringt den Nachweis, dass es zwischen erlebtem Dauerstress als Folge von Ablehnung, Diskriminierung und psychosozialen Belastungen in der Migration und dem Ausbruch einer erstmalig in der Migration ausgelösten schizophrenen Störung einen direkten Zusammenhang gibt.

<sup>55</sup> Z.B. Traumatisierung durch Erfahrungen im Heimatland und auf der Flucht, die mit psychosomatischen Beschwerden, Angstzuständen etc. einhergehen und sich in Schlafstörungen, Depressionen, Apathie, Kontaktstörungen, Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen, in hochgradiger nervlicher Empfindlichkeit, wie besonderer Schreckhaftigkeit und Wachsamkeit sowie Reizbarkeit und Aggressivität äußern können (vgl. Ahmad & Rudolph 1999; Sobotta 1998).

<sup>56</sup> Zu Belastungen im Aufnahmeland gehören z.B.: Isolation und Vereinsamung, Angst vor Behörden und vor der ungewohnten Umgebung, Identitätsverlust bzw. Doppelidentität, Ablehnung und Deprivation (vgl. Holzapfel 1999; Sadri 1992; Sobotta 1998). Zusätzlich zur sozialen Isolation kommt oft noch die Belastung durch ungesicherte und unklare Zukunftsperspektiven hinzu (Petersen 1993).

In der Literatur wird seit dem Anfang der Migrationforschung darüber diskutiert, dass Migrationumstände potentielle psychische Belastungen erhöhen. Dies allein reicht aber als Erklärung nicht aus, um zudem auch die Intergruppenunterschiede zu erklären, die aus dem Vergleich der beiden Stichproben „Schwächer Belastete“ und „Stärker Belastete“ hervorgehen. Aus diesem Vergleich zeigte sich, dass diese beiden Gruppen sich aufgrund einer Reihe unterschiedlicher Faktoren von einander unterscheiden, die zwar in einer engen Beziehung zu migrationsbedingten psychosozialen Stresssituationen stehen, aber auch als unterschiedliche persönliche Ressourcen eine Wechselwirkung zu diesen zeigen. Diese Intragruppenunterschiede werden in der Migrationsforschung selten thematisiert. Nach dem transaktionalen Stressmodell nach Lazarus ist hier davon auszugehen, dass Stress nicht als einseitige Beziehung zwischen Person und ihrer Umwelt, sondern als Transaktion zwischen Anforderungen der Umwelt und Reaktionskapazitäten der Person zu verstehen ist<sup>57</sup>.

Vergleicht man die allgemein hohe psychische Symptombelastung der Befragten dieser Untersuchung in der Relation zu „Schwächer Belastete“ und „Stärker Belastete“ im Sinne der transaktionalen Stresstheorie von Lazarus, so weisen die Befunde auf eine Reihe von Faktoren hin, die eine Wechselwirkung zwischen Anforderungen der neuen Umwelt und Ressourcen der Person verdeutlichen. Diesbezüglich stützen die Befunde hinsichtlich der Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen wie auch der Bewältigungsstrategien stark die Annahmen, dass bei der Entwicklung bzw. Aufrechterhaltung der psychischen Störungen die Persönlichkeitsmerkmale der einzelnen Befragten eine wesentliche Rolle spielen. Auch hinsichtlich der Migrationumstände, die in Form des sozialrechtlichen und beruflichen Status, momentaner psychosozialer Konflikte und der Akkulturation erfasst wurden, zeigen die Befunde signifikante Unterschiede zwischen „Stärker Belasteten“ und „Schwächer Belasteten“. Grundsätzlich machen die Befunde über die hohe psychische Symptombelastung der untersuchten Gruppen im Vergleich zu Daten der deutschen Normstichprobe deutlich, dass die Schwelle für pathologische und nicht pathologische Formen von Symptomen verschieden verläuft, bzw. dass hier bei der untersuchten Population die Grenze zwischen „normal-gesunden“ und „klinischer Stichprobe“ anders verläuft als z.B. bei der deutschen Normstichprobe.

---

<sup>57</sup> Es spiegelt sich meiner Meinung nach bei der Diskussion über die einseitige Rolle von Umweltstressoren in der Migration auch die in der breiten Bevölkerung und in der Politik weit verbreitete Einstellung wider, dass man eine Vielfalt von Menschen verschiedener soziokultureller Herkunft mit starken Intragruppenunterschieden allein aufgrund ihres sozialrechtlichen Status in der Bundesrepublik Deutschland als eine homogene Gruppe betrachtet, sie zu Migranten kategorisiert und sie mehr als Opfer und nicht als Handelnde betrachtet, was mit der Gefahr verbunden ist, dass jegliche individuellen Merkmale außen vor gelassen werden. Dies ist sehr irreführend, weil somit einerseits integrationspolitische Maßnahmen die einzelnen Migranten überhaupt nicht erreichen und andererseits der Boden für Vorurteile gegenüber der Migranten und deren Ablehnung fruchtbar bleibt.

Wie auch anhand der Daten aus dem Iran ersichtlich wird, zeigt sich die depressive Störung als eine der weit verbreitetsten psychischen Störungen auch im Vergleich zu westlichen Ländern. Die überwiegende Mehrheit der Befragten zeigte starke Symptome einer voran stehenden oder auch akuten depressiven Störung. Auch bei einer anderen Untersuchung über iranische Migranten in Hamburg wird von einer sehr hohen Depressivität berichtet, die von einigen Symptomen begleitet werden, die im Vergleich zu dem Verständnis von Depression im Westen nur bei schweren Depressionen erwartet werden (Haasen und Sardashti, 2000). Bei den Patienten dieser Untersuchung war die Kontinuum zwischen stärkerer und schwächerer Symptombelastung breiter. Viele Patienten verstanden ihre Depression erst dann als behandlungsbedürftig, wenn ihr Traurigkeitsgefühl überdurchschnittlich stark wurde, sich zu einer anhaltenden fluktuierenden Stimmungsstörung entwickelten, die manchmal den großen Teil ihres Lebens ausmachte, so dass alles für sie anstrengend war und sie nichts genießen konnten.

Im Zusammenhang mit Depressivität der Befragten kann hier auf eine kulturelle Variation der depressiven Störung für die iranischen Verhältnisse hingewiesen werden, die in keinem der beiden Klassifikationssysteme (ICD und DSM) in dieser Form auftaucht. In der persischen Umgangssprache kennt man dies in Äußerungen wie „kaputte Nerven“ (persisch: a sab-e kharab, a sab-e khord) oder „Nervenschwäche“ (persisch: a sabe zaif). (vgl. Pliskin, 1992). Auch in der Fachliteratur aus dem Iran taucht dieses auf und man spricht dort von „Narahati-e a sab“ oder „Maraz-e a sab“, was sich wie eine undifferenzierte Somatisierungsstörung äußert. Es handelt sich dabei um eine Art psychische Beeinträchtigung des Gesamtbefindens, die sich sehr häufig in der Arbeit mit den Patienten dieser Untersuchung zeigte. Diese Beeinträchtigung ähnelt einer chronischen Episode ausgeprägten Unglücklichseins<sup>58</sup>, das von Ängstlichkeit und vielfältigen körperlichen Beschwerden begleitet wird, wie Schlafstörungen, Müdigkeit, Unruhe, etc. und vor allem Kopf- Kreuz- und Muskelschmerzen (s. Abb. A1 im Anhang A). Dieses ausgeprägte Unglücklichsein taucht in einem engen Zusammenhang mit Stress, Ärger, gemütsmäßigen Belastungen und vermindertem Selbstbewusstsein auf.

<sup>58</sup> Beobachtet man die kulturelle Entwicklung des Irans seit der Islamisierung im siebten Jahrhundert und besonders nach der islamischen Revolution im Jahr 1979, ist nicht zu übersehen, dass Scham- und Schuldgefühle tief verwurzelte Bestandteile in der iranisch-islamischen Kultur sind. Diese werden überwiegend in den islamischen Vorschriften gefordert und in der heutigen Situation werden diese seitens der staatlichen Institutionen besonders forciert. Tagtäglich werden die Gläubigen in religiösen Veranstaltungen und in den Medien zum Traurigsein aufgefordert. Sogar in den meisten persischsprachigen Jahrhundertwerken der Literatur und denen der Gegenwart findet man diese Themen als positive besetzt. Hingegen macht man besonders in der heutigen Situation im Iran die Erfahrung, dass man in der Umgangssprache mit dem Begriff Freude (persisch: Shadiee) eine Orientierung zu der Moderne versteht und Freude als einen wesentlichen Bestandteil der westlichen Kultur auffasst.

Zieht man die Befunde hinsichtlich *der soziodemografischen Daten* und der psychischen Symptombelastung der Befragten in Betracht, so zeigten sich einige weitere interessante Ergebnisse. Mit der Betrachtung der Rolle des *Alters* bei der psychischen Symptombelastung zeigte sich ein bemerkenswerter Unterschied in der Form, dass die Befunde auf eine Abnahme der psychischen Symptombelastung mit zunehmendem Alter hinweisen. Dieses Ergebnis ist deswegen interessant, weil man mit der Jugend eine Reihe von Faktoren der psychischen Gesundheit und Wohlbefinden verbindet, wie etwa Vitalität, Flexibilität etc., und man könnte erwarten, dass jüngere Migranten weniger psychische Symptombelastungen aufzeigen, weil sie sich eher an ihre neue Umwelt anpassen würden (besser und schneller Deutsch lernen und ohne viel Aufwand Freundschaften schließen usw.).

Ziehen wir dazu noch in Betracht, dass die signifikante Mehrheit der Altersgruppe 41 bis 70 Jährige bereits über 15 Jahre in Deutschland lebt, und die jüngeren Altersgruppen dieser Untersuchung sich hingegen seit wenigen Jahren in Deutschland aufhalten, dann könnte dies dafür sprechen, dass die psychische Symptombelastung in der Anfangsphase der Migration sehr viel höher ist und wahrscheinlich mit längerem Aufenthalt weniger wird. Somit kann man diesen Unterschied eher auf die Länge des Aufenthalts in Deutschland zurückführen.

Des Weiteren ist hinsichtlich des *Alters* und psychischer Symptombelastung aus der Forschung bekannt, dass sich während des Älterwerdens einerseits die persönlichen, familiären wie auch psychosozialen Krisen häufen, andererseits die Kompetenzen der Person zur Auseinandersetzung mit Belastungssituationen größer werden, was dann zu einem besseren Gleichgewicht führen kann. Hierbei betrachtet man den Faktor des Alters als Summe der Erfahrungen des Individuums in der Auseinandersetzung mit Belastungen. Zieht man hier in Betracht, dass die älteren Altersgruppen dieser Untersuchung auch eine längere Aufenthaltsdauer und einen sichereren Aufenthaltsstatus in Deutschland aufweisen, was auch damit zusammenhängt, dass sie sich besser integriert fühlen. So kann dieses Ergebnis dahingehend verstanden werden, dass die Aufenthaltsdauer als Pendant des Alters einerseits mit mehr akkulturativem Stress aber auch mit mehr Kompetenzen zur Bewältigung und Umgang mit Stress einhergeht und eben zu diesem altersspezifischen Unterschied beiträgt.

Es scheint in diesem Zusammenhang erwähnenswert, dass auch die aus dem Iran bekannten Studien auf diesen altersspezifischen Unterschied hinweisen (z.B. Chekini et. al. 2001). Die Autoren der Studie erklären diesen Unterschied plakativ mit der höheren sozialen Anerkennung älterer Menschen in der iranischen Gesellschaft<sup>59</sup>. In dieser Erklärung offenbart

---

<sup>59</sup> Bezüglich des Stellenwerts der Älteren gegenüber der Jüngeren im Iran schreibt Khoshrouy-Sefat (n.b.), dass in den „Tradition-Geleiteten-Gesellschaften“ wie im Iran Interaktionen



sich aber auch etwas, was als Subjektivität der Forscher in seiner Forschung bekannt ist und in diesem Zusammenhang auf die Rolle der kulturellen Subjektivität hinweist<sup>60</sup>. Während westliche Ansichten behaupten, dass der Mensch selbst für sein Wohl und Unwohl verantwortlich ist und nicht die Situation bzw. Andere, sieht man in Kulturen, in denen mehr die Gemeinschaft im Vordergrund steht, dass die Situation bzw. andere Menschen bzw. Institutionen der Gesellschaft das Befinden der Person bestimmen.

Basierend auf dieser Sichtweise des Westens, befolgt man im Kontakt mit Anderen die Regeln, „die auf Ehrlichkeit, Offenheit und Sachorientierung großen Wert legen“ (Thomas, 2004, S. 656), während die zwischenmenschlichen Kontakte z.B. in der iranischen Kultur in der Regel so ablaufen, dass die beiden Gesprächspartner einer kulturellen Linie folgen, die alles daran setzt, das Gesicht zu wahren und Gesicht zu geben, um auf Akzeptanz und Zustimmung des Anderen zu stoßen, um soviel wie möglich zum Erhalt des Gemeinschaftsgefühls beizutragen.

Die *weiblichen Befragten* dieser Studie zeigten im Vergleich zu den männlichen Befragten eine signifikant höhere psychische Symptombelastung. Dieser Unterschied ist aber nicht spezifisch für das Leben in der Migration und auch nicht für die weiblichen Befragten dieser Untersuchung. Zu diesem Ergebnis kommt auch eine Vielzahl anderer nationaler wie auch internationaler Studien (z.B. vgl. Maschewsky-Schneider, 1997; Maschewsky-Schneider Greiser & Helmert, 1998). Dabei machen die Forscher für diese geschlechtspezifischen Unterschiede Faktoren wie Mortalität und Morbidität, Risiko-, Vorsorge- und Krankheitsverhalten sowie Unterschiede bei der Wahrnehmung und Bewertung körperlicher Symptome bei Frauen und Männern verantwortlich. Es ist aus diesen Arbeiten bekannt, dass akute und chronische Erkrankungen bei Frauen höher sind, während Männer häufiger von lebensbedrohlichen Krankheiten bedroht sind. Des Weiteren wird gezeigt, dass obwohl Frauen eine höhere Lebenserwartung haben, sie häufiger mit ihrem Gesundheitszustand unzufrieden sind und häufiger als Männer unter psychischen und psychosomatischen Störungen leiden.

---

„zwischen den Älteren und den Jüngeren [...] durch strikte Wahrung der Etikette und durch höfliche Ritualisierungen geregelt [ist]. Die Etikette und die Rituale dienen der Wahrung des Abstandes vor allem zwischen den Jüngeren und den Älteren [...] Die Etikettierung reguliert die sprachlichen Interaktionen, die Begegnungen und die Begrüßungszeremonien (wie auch in der Türkei). Während die Jüngeren darin zum Ausdruck bringen, dass sie die Älteren ehren und deren Macht anerkennen, sind die Älteren in ihren sprachlichen Formulierungen dazu verpflichtet, ihre Fürsorge und ihre zärtlichen Regungen den Jüngeren, auch den Söhnen gegenüber, zum Ausdruck bringen.“ (S. 18).

<sup>60</sup> Wenn Forscher Bereiche in der eigenen Kultur erforschen, die sie noch nicht kennen, ist das im Prinzip immer so, dass die Abweichungen eines Verhaltens stärker ins Zentrum seiner Aufmerksamkeit fallen als die Nicht-Abweichungen. Was dabei ein abweichendes Verhalten ist, wird durch die eigenen zentralen Kulturstandards der eigenen Kultur bestimmt.

Aufgrund der Daten dieser Untersuchung scheinen neben Wahrnehmung und Bewertung von Belastungen und Beschwerden auch einige psychosoziale Faktoren bei diesem geschlechtspezifischen Unterschied eine Rolle zu spielen. Diese Faktoren zeigten sich in der ungünstigeren beruflichen Situation der Frauen, in niedrigerem Schulabschluss, und weniger sozialer Unterstützung. Ziehen wir aber auch in Betracht, dass die psychische Symptombelastung der Frauen dieser Untersuchung bei den Subskalen „Somatisierung“ und „Depressivität“ sehr viel höher lag im Vergleich zu der der Männern, so soll man wie es die Forschung über Frauen und Depression zeigt (McGrath et. al (1993), neben der soziodemografischen Faktoren auch in Betracht ziehen, dass Depressionen bei Frauen auch geschlechtsspezifisch höher liegen: Depressionsneigung bei Frauen muss zusätzlich noch im Zusammenhang mit Menstruation, Geburt, Abtreibung und als Opfer von Gewalt und Misshandlung, etc. gesehen werden.

Es ist aus der Forschung bekannt, dass zwischen psychischem Befinden und Aufenthaltsdauer eine antiproportionale Beziehung besteht. Auch der Vergleich zwischen verschiedenen *Aufenthaltsgruppen* hinsichtlich psychischer Symptombelastung zeigte, dass in der Anfangsphase der Migration die psychischen Symptombelastungen sehr viel höher sind, und mit der Länge des Aufenthaltes kontinuierlich weniger werden. Dies deutet einerseits darauf hin, dass die Summe der alltäglichen Belastungsfaktoren<sup>61</sup> in den anfänglichen Begegnungssituationen mit der neuen Gesellschaft und dementsprechend auch die zu erbringenden Anpassungsleistungen sehr viel größer sind<sup>62</sup>. Andererseits zeigt dies, dass sich im Verlauf der Migration mit dem Höherwerden der persönlichen Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen - vor allem durch den Erwerb der interkulturellen Kompetenzen - auch die eigene Handlungsmöglichkeit und damit das Selbstbild der Person sich weitgehend verändern kann, was dann allmählich dazu führt, dass die Anpassungsleistungen und die Begegnungssituationen mit der Gesellschaft mit weniger Stress verbunden werden. Dies kann zur allmählichen Reduzierung der psychischen Symptombelastung führen.

Eng verbunden mit der Aufenthaltsdauer zeigten die Befunde eine noch weit stärkere

---

<sup>61</sup> Die anfänglichen Belastungsfaktoren wie etwa Entwurzelung, ungeklärte Bleibemöglichkeiten oder sogar die ständige Angst vor Abschiebung, isoliertes Leben, fehlende Zukunftsperspektive, finanzielle Schwierigkeiten, Erfahrungen der Ablehnung und Konflikte mit den Behörden, etc. bilden den Boden für stressreiche Belastungen. Diese Situation wird durch das Fehlen der Sprach- und Kulturkenntnisse verstärkt und führt zu erhöhten Gefühlen der Nicht-Selbstwirksamkeit, die dann ihrerseits dem Verlauf des Akkulturationsprozesses entgegenstehen kann.

<sup>62</sup> Was in Anlehnung an die Forschung damit zusammenhängt, dass am Anfang der Migration das Leben der Migranten sehr viel stärker fremdbestimmt ist, die halt gebenden und unterstützenden Beziehungen zurückgelassen sind, bezüglich des Bleiberechts eine größere Unsicherheit herrscht, und auch die persönlichen Ressourcen der Summe der zu bewältigenden Anforderungen nicht immer gerecht werden können.

Abhängigkeit des psychischen Befindens der Befragten von der Variable *Aufenthaltsstatus*. Befragte mit einem sicheren Aufenthaltsstatus wie der Aufenthaltsberechtigung bzw. Aufenthaltserlaubnis zeigen im Vergleich zu anderen bei allen Skalen der SCL-90-R durchgehend die niedrigsten psychischen Symptombelastungen. Es liegt auf der Hand und zeigt sich auch aus diesen Befunden deutlich, dass die ständige Sorge und Unsicherheit, die mit einem ungesicherten Aufenthaltsstatus einhergehen, das Leben der Betroffenen in einer massiven Form beeinträchtigen können. Als Folge eines ungesicherten Aufenthaltsstatus kommen neben einer Reihe sozial-rechtlicher, politischer und ökonomischer Einschränkungen, auch eine sich sehr schnell konstituierende fehlende Zukunftsperspektive und Hilflosigkeit bzw. fehlende Selbstwirksamkeit in Betracht, die in einer multiplen Form die Betroffenen handlungsunfähig machen und ihnen das Gefühl vermitteln, ihrem fremdbestimmten Alltag und Ereignissen ausgeliefert zu sein.

Bei dieser Untersuchung zeigte *der Familienstand* einen signifikanten Einfluss auf die psychische Symptombelastung der Befragten. Dabei zeigten die Befunde einen im Vergleich signifikant niedrigeren Mittelwert auf GSI für die Gruppe Verheiratete, gefolgt von Ledigen, Geschiedenen und Getrennt lebenden. Scheidung wird überall und besonders in traditionell orientierten Gesellschaften als eine starke psychosoziale Belastung empfunden. Die höhere Anzahl der geschiedenen Personen in der Stichprobe „Stärker Belaste“ lässt im Zusammenhang mit Erfahrungen in der Arbeit mit Patienten darauf schließen, dass in der Migration bereits bestehende Familienprobleme verschärft werden und es demzufolge auch häufiger zur Scheidung und Zerfall des familiären Systems kommt.

Wie bereits bei der Beschreibung der Patientenstichprobe berichtet wurde, waren Eheprobleme und Konflikte im Zusammenleben mit dem Partner eines der Hauptanliegen der Patienten während der Therapie; alle geschiedenen Patienten berichteten, dass sie bereits Jahre vor ihrer Migration unter heftigen Familienproblemen gelitten hatten. Aber in der Migration haben diese Konflikte an Schärfe zugenommen, so dass eine Aufrechterhaltung des bestehenden Familiensystems für sie mit starkem psychischem Leiden verbunden war.

Auch andere speziell über iranische Migranten in europäischen und amerikanischen Ländern durchgeführte Studien berichten, dass die Scheidungsrate der iranischen Familien besonders während der ersten zehn Jahre der Migration rapide zunimmt (vgl. Hojat, 2001). Es scheint als werde in der Migration „das Gleichgewicht zwischen Kontinuität und Identität auf der einen Seite und Anpassung an eine fremde Umgebung auf der anderen Seite“ zerbrochen (Riecken, 1999, S. 115). In seiner umfassenden Studie stellt Darvishpuor (2003) aus soziologischem Standpunkt drei Faktoren für die hohe Scheidungsrate der iranischen Familie in der Migration

heraus, die grundsätzlich mit den durch die Migration veränderten Machtverhältnissen zwischen Mann und Frau in der Familie verbunden sind und das bestehende traditionell orientierte Familiensystem der iranischen Familie aufzulösen drohen. Hojjat (2001) kommt in seiner Studie über „Scheidungsrate bei den iranischen Migranten in den USA und in Europa“ zu dem Ergebnis, dass die Scheidung bei iranischen Familien im Ausland sogar zehnmal höher ist als im Iran. Die beiden erwähnten Studien sehen eine direkte Beziehung zwischen zugenommener Scheidung in der Migration und einer stärker gewordenen Rolle der Frauen in der Familie als Folge des Lebens in einer neuen Lebenswelt.

Die Großfamilie spielt im Iran eine große Rolle. Sie ist jene Instanz, in der die täglichen Fragen des Alltags und Probleme geregelt werden. Das Leben in Großfamilien im Iran ermöglicht nicht nur emotionale Unterstützung und bietet nicht nur Geborgenheit und Sicherheit, sondern ermöglicht auch eine Basis für praktische Hilfe bei der Überwindung der alltäglichen Fragen und sogar bei der Überwindung von Konflikten in der Partnerschaft und Erziehung. Dies alles fällt weg, sobald man sich in die Migration begibt.<sup>63</sup>

Aus der Arbeit mit Patienten wurde ich öfter auf etwas aufmerksam, von dem ich denke, dass der Zusammenhalt in der Familie im Iran neben den direkten Einfluss der Verwandten auch durch einen anderen mit ihm zusammenhängenden Faktor beeinflusst wird, der unbemerkt eine wichtige Rolle spielt. Es gehört zum Alltag des Familienlebens im Iran, dass die nahen Verwandten sich häufig nach der Arbeit besuchen (auch unangemeldet). Bei diesen Besuchen wird vom Gastgeber sehr viel Wert darauf gelegt, dass die Besuche von ihren innerfamiliären Konflikte nichts mitbekommen, weil man aus Höflichkeitsgründen und zur Bewahrung des eigenen Gesicht den Gast nicht mit eigenen Probleme belasten will. So spielen die Gastgeber vor Gästen die Rolle einer glücklichen und intakten Familie, demonstrieren Liebe und Harmonie, wodurch es ihnen auch erschwert wird gleich nach dem die Gäste gegangen sind, wieder schnell die Barrikade in ihrer Beziehung hochzuziehen. Dies mag seine Wurzeln in der weit verbreiteten Doppelmoral der iranisch-islamischen Kultur haben, der streng zwischen Innenwelt (Inside) und Außenwelt (Outside) unterscheidet, wodurch auch zwei Welten nebeneinander existieren, die durch gegensätzliche Normen voneinander getrennt werden, scheint aber zur Linderung der Konflikte beizutragen, vielleicht

---

<sup>63</sup> Eine der Patientinnen beschrieb diesen Verlust in einer Sitzung so:

„...Im Iran hatten wir immer wieder Konflikte miteinander, die mal auch sehr weit eskalierten, so dass wir uns scheiden lassen wollten... Die Brüder meines Mannes haben ihn davon abgehalten, einfach wegzugehen... Meine Eltern haben sich um unsere Kinder gekümmert... Mein Mann hört sehr auf seine Familie... Er hat hier keine Beschäftigung gefunden und saß immer zuhause ... hat vermehrt getrunken ... uns schikaniert... Er hatte eine Beziehung mit einer deutschen Frau...Für ihn war es auch einfach uns zu verlassen...“ (Übersetzt aus dem Persischen vom Verfasser).

---

weil man so immer wieder in eine Situation kommt, in der man in einer anderen freundlicheren Atmosphäre seine Probleme nicht so stark in den Vordergrund seiner Interaktion stellen soll.

Dass die Familie in der Migration sich als die Quelle eines Dauerstressses entwickeln und sehr stark zu psychischen wie auch psychosozialen Konflikten führen kann, tritt implizit oder explizit in einer Reihe von Arbeiten auf, die sich im Laufe der letzten 20 Jahre insbesondere mit der Rolle der Familie in der Migration beschäftigen. Dabei fokussieren sich diese Arbeiten auf die durch die neue Umwelt veränderte Geschlechterrolle der Familie in der Migration. Mit der Forschung über iranische Familien in der Migration haben sich u.a. Hojat (2000), und Darvishpour (2003) umfassend beschäftigt. Mit dem Hinweis darauf, dass die Scheidungsrate bei Iranern in der USA zehnmal höher liegt als die der Amerikaner selbst, untersuchte Hojat (2000) den Zusammenhang zwischen Anforderungen des Lebens für die Iraner in den USA und deren Sichtweise über Stellenwert der Familie und Heirat und kommt zu dem Ergebnis, dass die Einflüsse der neuen Umgebung sich vor allem in dem veränderten Familiensystem der Iraner sichtbar machen. Als eine der wichtigsten Veränderungen im Familiensystem weist der Autor auf die veränderte Rolle der Frauen in der Familie hin und stellt als das Resultat dieser Veränderung die doppelte Belastung der Frauen als Hausfrau und Karrieremacherin in den Vordergrund, welche zu vielen innerpsychischen und familiären Konflikten führt. Während Frauen trotz aller damit verbundenen Schwierigkeiten eine zusätzliche Rolle übernehmen und auch zeigen, dass sie sich dieser veränderten Situation besser anpassen können, was sich in der Übernahme von neuen Werten und Orientierungen in Bezug auf Familie und Heirat widerspiegelt, halten Männer häufig an ihren traditionellen Vorstellungen fest und haben trotz höherer Ausbildung oft entweder ihre alte Rolle als der Verdiener in der Familie verloren oder müssen nun diese mit Frauen teilen, was oft die Basis für die Konflikte in der Ehe bildet.

Auch Darvishpour (2003) kommt in seiner Studie über Frauen verschiedener Nationalitäten in Schweden zu dem Ergebnis, dass die Scheidungsrate bei Migranten im Vergleich zu Einheimischen in Schweden viel höher liegt, während Schweden selbst die höchste Scheidungsrate in Europa aufweist. Bei der Diskussion über den Stellenwert der Familie anhand der Einflüsse der Migration auf das bestehende Familiensystem der Migranten subsumiert der Autor Familiensysteme in drei Kategorien: Familien, in denen eine zunehmende Macht der Frau zur Unstabilität des Familiensystems führt. Stabile Familien, wobei die Frau oft wegen ihrer individuellen Status (niedrigere Schulbildung, starke traditionelle Orientierung, Abhängigkeit der Aufenthaltserlaubnis von dem Mann, etc.) in der

Abhängigkeit von ihrem Mann bleibt und keinen Zugang in die neue Gesellschaft findet. Familien, in denen sowohl die Frau als auch der Mann ihren Platz in der neuen Gesellschaft gefunden haben und ihre neue Position in der Familie akzeptieren.

Die neue Lebenssituation in der Migration verlangt einen Wandel innerhalb des Familiensystems. Als Folge münden Partnerschaftskonflikte häufig in einer Trennung. Dass die Geschiedenen dieser Untersuchung im Vergleich zu anderen signifikant stärkere psychische Symptombelastung zeigten, kann auf Krisen als Folge der Veränderungen im Familiensystem der Betroffenen zurückgeführt werden. Die Gründe scheinen für beide Geschlechter auch unterschiedlich zu sein. So liefert die Erfahrung in der Arbeit mit Patienten Grund zu der Annahme, dass Männer ihre Erwerbslosigkeit oder beruflichen Abstieg hierfür verantwortlich machen, wobei sie meinen, dass sie hierdurch ihre Autorität in der Familie verloren hätten und Frauen zusätzlich zu ihrem beruflichen und sozialen Abstieg noch den patriarchalischen Strukturen ihrer elterlichen und ihrer eigenen Familie in Betracht ziehen, wobei sie meinen, dass diese Strukturen ihre sozialen und persönlichen Entwicklungswünsche verhindert hätten.

Betrachtet man aber die Befunde der in der Anzahl größeren Gruppe der Verheirateten, die im Vergleich deutlich weniger Werte auf SCL-90-R erreichen, stellt sich die Frage nach unterschiedlichem Umgang mit diesen Veränderungen, so dass ein einseitiger Einfluss der Gegebenheiten in der Migration nicht angenommen werden kann. Aufgrund der erhobenen Daten wiesen die Befunde - worauf später noch ausführlicher eingegangen wird - auf die Rolle der Attributions- und Bewältigungsstrategien hin (s. Tabelle A7 im Anhang A) und zeigen, dass die Geschiedenen im Vergleich zu Verheirateten einerseits einen höheren Mittelwert bei negativen Bewältigungsstrategien und einen niedrigeren Mittelwert bei positiven Bewältigungsstrategien erzielen. Andererseits erzielen sie auf den Skalen der Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (FKK) einen niedrigeren Wert bei Selbstwirksamkeit und einen höheren Wert bei Externalität.

Des Weiteren zeigte sich besonders aus der Arbeit mit den Patienten dieser Untersuchung, dass ihre bereits vor der Migration bestehenden Ehe- und Familienprobleme in der Migration verschärft bzw. potenziert wurden, und bei all diesen Menschen kamen als übergeordnete Störung ihre mangelhaften Konfliktbewältigungsstrategien, ihr mangelhaftes Selbstvertrauen und Selbstbewusstsein in Betracht, woraus ihre Hilflosigkeitsgefühle, Kontrollverlust und Depressionen resultierten.

Hinsichtlich der Einflussnahme der Variable *Schulabschluss* zeigten die Befunde eine Beteiligung dieser Variablen bei der psychischen Symptombelastung der Befragten in der

Form, dass Befragte mit einem höheren Schulabschluss eine im Vergleich weit niedrigere und die mit einem niedrigeren Schulabschluss eine höhere psychische Symptombelastung aufwiesen. Die proportional steigenden und signifikanten Mittelwertunterschiede der Schulabschlussgruppen bestanden bei „phobische Ängste“, „Psychotizismus“ und „Depressivität“, und besagen, dass Befragte mit einem Haupt- oder Realschulabschluss im Vergleich zu denjenigen mit einem Hochschulabschluss am stärksten von „Nervositätsgefühlen beim Alleinsein“ und von „Einsamkeitsgefühlen auch in Gesellschaften“ geplagt waren und sich im Vergleich stärker „Selbstvorwürfe“ machten. Betrachtet man in diesem Zusammenhang die von den Befragten am stärksten benannten Variablen dieser drei Subskalen der SCL-90-R, bei denen die Mittelwertunterschiede zwischen Schulabschlussgruppen signifikant waren, so sieht man, dass diese verschiedene Ausdrücke einer Selbstakzeptanz und Selbstbejahung sind.

Wie im theoretischen Teil aus Ghasemini, (1996) referiert wurde, bildet die Aufstiegs- und Bildungsmigration eine der wichtigsten Motive der iranischen Migranten. So war auch zu erwarten, dass die Quote der Iraner mit einer akademischen Ausbildung groß ist (etwa 45%). „In einer universitären Ausbildung sehen die Iraner die Quelle ihres sozialen wie auch beruflichen Glücks“, so wie eine der auflagenstärksten Zeitungen im Iran (Hamshahri, 1995) mit Begeisterung berichtet. Vermutlich zeigt das universitäre Studium im Kontext der iranischen Kultur und Gesellschaft eine der wenigen Möglichkeiten, auch an gesellschaftlichem und sozialem Prestige zu gewinnen und im Herkunftskontext eines Aufstiegslandes wie dem Iran zeigt sich das Studium als ein Weg, im Rahmen der sehr stark eingeschränkten sozialen Machtverteilung, an ein Stück Macht zu gelangen.

Parallel zur hohen Akademikerrate zeigten sich bei den Befragten ein sozialer Abstieg beim *Erwerbsstatus* und eine vergleichsweise hohe Rate an Erwerbslosen bzw. Hausfrauen. Auch wenn bei 29,4% insgesamt gesehen jeder dritte Befragte dieser Untersuchung arbeitslos ist, zeigen die Befunde, dass bei den Erwerbslosen diejenigen eine stärkere psychische Symptombelastung zeigen, die auch bei einigen anderen Faktoren, wie z.B. Schulabschluss, schlechter abschneiden. Erwerbslosigkeit ist heute ein Thema, das die Allgemeinheit betrifft und dabei alle soziale Gruppen und Schichten der Bevölkerung tangiert. Sie gehört als psychosozialer Stressor zum Alltag und zeigt subjektive Gesundheitsfolgen und Einflüsse auf Erleben und Verhalten der Betroffenen: Durch- und Einschlafstörungen, Herzbeschwerden, erhöhte Depressivität, Erschöpftheit und Angespanntheit (vgl. Grobe & Schwarz, 2003). Die Forschung zeigt, dass die Auswirkungen der Arbeitslosigkeit auf subjektive wie auch auf objektive Gesundheit von einer Reihe von psychosozialen Faktoren abhängen wie Alter,

Qualifikation, Familienstand, Belastungserleben und Bewältigungsstrategien, Attributionsstil, Stresstoleranz, Persönlichkeit, familiäre Unterstützung usw. (vgl. Brähler, Laubach & Stöbel-Richter, 2002). Weiter ist zu sehen, dass die psychischen Beeinträchtigungen auch nach einer erneuten Beschäftigung im Leben der Betroffenen einen langfristigen Einfluss behalten (vgl. Lucas et. al., 2004). Somit bestätigen die erwähnten Befunde aus der Forschung auch die Befunde dieser Untersuchung. Aber zusätzlich soll hier auf einen migrationspezifischen Aspekt der Erwerbslosigkeit der Befragten hingewiesen werden:

So wie die Befunde zeigten, ist das Leben in der Migration zuerst mit einem sozialen und beruflichen Abstieg verbunden und erst als Folge dessen tritt die Arbeitslosigkeit ein, während bei anderen Arbeitslosen erst durch die Arbeitslosigkeit ein sozialer und beruflicher Abstieg zu erwarten ist. Dieser Abstieg ist in der Regel damit verbunden, dass die mitgebrachten beruflichen Qualifikationen als nicht ausreichend gesehen werden, um einen gleichwertigen Beruf finden zu können und die fehlenden Kompetenzen wie Deutschkenntnisse und die Tatsache, dass man eine lange Zeit keine Aufenthalts- und Arbeitserlaubnis besitzt, allesamt ein Einstieg ins Berufsleben verhindern.

Des Weiteren zeigten die Befunde, dass das psychische Befinden der Befragten sehr stark von ihren Deutschkenntnissen abhängt (Tabelle 3.9.). Die Befragten, die ihre Deutschkenntnisse als schwach einstufen, leiden im Vergleich zu den Befragten mit mittelmäßigen Deutschkenntnissen signifikant stärker unter psychischen Symptombelastungen. Hingegen zeigten die Befunde über Befragte mit guten Deutschkenntnissen, dass sie signifikant deutlich weniger psychisch belastet sind. Die Sprache ermöglicht einer Person, seine Erwartungen zu artikulieren und sich dadurch mit seiner Umwelt zu verständigen. Die Beherrschung der deutschen Sprache zeigt sich als ein wichtiges Instrumentarium, welches die Integration und Existenzsicherung fördert und zur Bewältigung des Lebens in der Migration elementar notwendig ist. Denn die allmähliche Erlangung der sprachlichen Kompetenzen in der Migration bedeutet, dass man allmählich auch die verlorene Kontrolle über das eigene Leben zurückgewinnen kann, was auch eine Erhöhung des Selbstwert- und Selbstwirksamkeitsgefühls ermöglicht und mit einer Verminderung der Unsicherheit und Angst einher geht. Mit dem Erlernen der zweiten Sprache muss nun ein erneuter „Zugang zu Emotionalität, Phantasien und Symbolen, zu Identifikationen und Internalisierungen sprachlich völlig neu erschlossen werden“ (Kohte-Meyer, 1999, S. 84). So erlebt man die Trennung von der vertrauten Muttersprache gleich mit dem Verlust der kulturellen Identität, weil dadurch auch oft die Orientierung in einer neuen Umgebung beeinträchtigt wird. Dies kann nach Kremnitz (1990) zu innerpsychischen Konflikten führen, was als eine



schockförmige Diskrepanz zwischen eigenen Erwartungen artikulieren wollen und dennoch dies nicht Können führen kann, so wie zur Bildung von Fehltritten, die sich in Form von Vorurteilen verfestigen und ihrerseits eine adäquate Kommunikation mit der Umwelt verhindert.

### **Akkulturation und das psychische Befinden**

Dass Migranten in ihrem Alltag mit spezifischen Aufgaben konfrontiert sind, die nie reibungslos und ohne Konsequenzen für das psychische Befinden der Betroffenen an ihnen vorüber gehen, ist eine vielfältig bestätigte Tatsache. Ableitend aus den Hauptbefunden vorliegender Untersuchungen soll in diesem Zusammenhang zuerst auf die besondere Rolle der Integration beim Aufrechterhalten der psychischen Gesundheit angewiesen werden. Der Vergleich zwischen „Schwächer Belastete“ und „Stärker Belastete“ macht deutlich, dass die beiden Stichproben sich aufgrund ihrer subjektiven Einschätzung der eigenen Integration in Deutschland signifikant voneinander unterscheiden. Die Befunde zeigten auch einen negativen Zusammenhang zwischen Akkulturationsgrad der „Stärker Belasteten“ und allen Subskalen der SCL-90-R. Dies spricht dafür, dass die niedrigeren akkulturativen Kompetenzen der „Stärker Belasteten“ mit ihren erhöhten psychischen Symptombelastungen in einem Zusammenhang stehen.

Dies bestätigt zunächst für das psychische Befinden der Betroffenen ganz allgemein die Bedeutung der Integration als eine wirksame Form der Neuorientierung in einer veränderten Umwelt in der Migration. Verschiedene Studien zeigen, dass Migranten, die sich integriert fühlen, selten Depressionen und psychosomatische Symptome aufweisen. Z.B. zeigen Berry und Sabatier (1996, zit. nach Berry, 1998) in einer empirischen Studie über Migranten in Kanada, dass wenn Migranten ihre ursprüngliche Kultur beibehalten und gleichzeitig eine Anpassung an die Aufnahmegesellschaft erfolgt, die Integration als ein Prädiktor für ein positives Selbstbild und seltenere Depressionen betrachtet werden kann. In einer anderen Studie lieferten Berry und Sam (1996) Beweise für einen negativen Zusammenhang zwischen Akkulturation, Depressionen und psychosomatischen Symptomen. Auch Schmitz (2001) fasste die Ergebnisse vieler Studien über Akkulturation zusammen und stellte fest, dass eine gut gelungene Akkulturation mit Wohlbefinden, Gesundheit, Leistungseffizienz und sozialen Kompetenzen hoch positiv korreliert.

Des Weiteren sprechen die unterschiedlichen subjektiven Einschätzungen der eigenen Integration der beiden Stichproben „Schwächer Belastete“ und „Stärker Belastete“ auch dafür, dass der Akkulturationsstress eine erhöhte Belastung darstellt aber nicht unausweichlich zu

psychischen Störungen führen wird. Vielmehr kommt es in diesem Zusammenhang darauf an wie sich die wechselseitige Beziehung zwischen persönlichen Ressourcen der Betroffenen in der Auseinandersetzung mit den neuen Anforderungen und den Gegebenheiten in der Migration gestaltet.

Jedoch wird die Integration selbst von einer Reihe von Faktoren beeinflusst, die in einem Zusammenhang betrachtet und diskutiert werden sollen. In diesem Zusammenhang zeigte die Variable Aufenthaltsdauer einen Effekt in der Form, dass einerseits die Befragten mit einem höheren Akkulturationsgrad auch eine längere Aufenthaltsdauer nachwiesen und andererseits Personen mit einer höheren Aufenthaltsdauer weniger psychisch belastet waren. Wie aus der Literatur bekannt, ist die psychische Belastung kurz nach der Migration am intensivsten, da man am Anfang noch wenig Kontakt und Lerngelegenheit hat (z.B. Jerusalem 1992). Jedoch erhält man im Verlauf fortgeschrittener akkulturativen Prozesse mehr Möglichkeiten, sich an die neue Gegebenheiten anzupassen, woraus auch geschlossen werden kann, dass persönliche Ressourcen bzw. Kompetenzen in der Abhängigkeit zur Aufenthaltsdauer zunehmen soll. Dies weist selbstverständlich darauf hin, dass nicht die Aufenthaltsdauer an sich zu einem höheren Grad der Akkulturation führt, sondern die im Laufe des Aufenthalts erworbenen Kompetenzen, die sich in der Auseinandersetzung mit den neuen Anforderungen bilden.

Im Zusammenhang mit der *Akkulturation und psychischer Symptombelastung* zeigte sich die Variable „Sprachkenntnisse“ als eine der wichtigsten Ressourcen, die sehr stark zu einer nachhaltigen und positiven Einstellung zu sich selbst führen kann und die Selbstwirksamkeitserwartung der Person beeinflusst. Zur Bedeutung der Sprachkompetenz, so wie der subjektiven Einschätzung der Wichtigkeit der Sprache im Alltag gibt es eine Vielzahl von Studien, die die wesentliche Bedeutung der Sprache bei der Auseinandersetzung mit dem Akkulturationsstress belegen. Z.B. stellte Esser (1981) in einer bundesweiten Befragung von Migranten anhand der Variable „Aufenthaltsdauer“ fest, dass zwischen „relevanten Bedingungen“ der Eingliederung und Aufenthaltsdauer ein Zusammenhang besteht.

Die besondere Rolle der Sprachkenntnisse bei der Aufrechterhaltung psychischer Gesundheit ist bereits bei den Befunden über psychische Symptombelastung der Stichproben diskutiert worden. Dies findet auch hier eine weitere Bestätigung und zeigt, dass das Erlernen der deutschen Sprache für Migranten in Deutschland der Schlüssel zur neuen Gesellschaft darstellt. Besitzt man bessere Sprachkenntnisse, so fällt es einem leichter, sich in der Migration zurechtzufinden, Erwartungen zu artikulieren, sich zu verständigen und seine Umwelt durch eigene Ausdrucksleistungen beeinflussen und mitgestalten zu können.

Durch gemeinsame Sprache mit der Umwelt ergeben sich gemeinsame soziale und kulturelle

Vorstellungen, Normen und Werte. So zeigten die Befunde über die Befragten mit besseren Sprachkenntnissen, dass sie auch der deutschen Kultur gegenüber aufgeschlossener sind und auch ihr Bleibewille und die Identifikation mit der hiesigen Gesellschaft waren deutlich stärker. Hingegen zeigten die Befunde über Befragte mit wenigen Deutschkenntnissen, dass es ihnen auch im fortschreitenden Aufenthalt nicht gelingt, ihre ablehnende Haltung gegenüber der Aufnahmegesellschaft zu modifizieren, was sich im Zusammenhang mit der Aufenthaltsdauer und des Akkulturationsgrads (s. Tab. 3.19) gezeigt hatte. Grundsätzlich zeigen auch die Forschungsergebnisse, dass ein längerer Aufenthalt mit fortgeschrittenen Kompetenzen auf den Akkulturationsprozessen positiv korreliert (Berry et. al., 1992, Jerusalem, 1992).

Durch die Entwicklung der Sprachkompetenz erweitert sich die Möglichkeit zur Teilnahme an dem gesellschaftlichen Leben in der Migration. Wie es die Befunde gezeigt haben (s. Tabelle A15 im Anhang A) nehmen mit der Aufenthaltsdauer nicht nur die Sprachkenntnisse zu, sondern auch die Bereitschaft zum Erwerb der deutschen Staatsangehörigkeit, von der man implizit auf eine positive Einstellung gegenüber der neuen Gesellschaft schließen kann. Dies findet in dem höheren Wert der länger hier lebenden Befragten bei der Einschätzung der eigenen Integration in Deutschland und mehr Akzeptanz für die Gesellschaft und die Kultur in Deutschland auch eine Bestätigung. Betrachtet man in diesem Zusammenhang auch, dass zum Erwerb der deutschen Staatsangehörigkeit eine Reihe von Voraussetzungen gehören, die sich sowohl auf die Beherrschung der Sprache als auf die Erfüllung von existenziellen Fragen - wie z.B. auf einen sicheren und über achtjährigen Aufenthalt in Deutschland wie auch materielle Versorgung und einen sicheren Arbeitsplatz beziehen - so ist davon auszugehen, dass der Erwerb der deutschen Staatsangehörigkeit mit enormen Bewältigungsfragen und Anpassungsleistungen verbunden ist. So gesehen kann in der Bereitschaft zum Erwerb der deutschen Staatsangehörigkeit und Sprachkenntnissen ein Hinweis für die Akkulturationsstrategie der Integration und Teilnahme an der neuen Gesellschaft gesehen werden.

Des Weiteren zeigten die Befunde über die freien Äußerungen der Befragten hinsichtlich der Akkulturation, dass die „Stärker Belasteten“ sich bei der Einschätzung der Einflüsse der Migration auf ihr Alltagsleben von den „Schwächer Belasteten“ dahingehend unterscheiden, dass sie angaben, ihr Alltagsleben werde stark von der „Einsamkeit, Ablehnung und von kulturellen Konflikten erschwert“ (Tabelle A18 im Anhang A) und meinten, dass „mehr Kontakt zu den Menschen der Aufnahmegesellschaft“ ihre Situation verbessern würde. Dies würde zuerst auf ein Vorhandensein starker Gefühle der sozialen Isolation der „Stärker

Belasteten“ hindeuten, was auch in vielen Studien erwähnt wird (z.B. Schwarzer, 1994) und kann sich sowohl auf die wahrgenommene als auch auf die tatsächlich fehlende soziale Unterstützung beziehen.

Da das Verlassen der eigenen Heimat auch mit dem Verlust des früheren sozialen Netzwerkes einhergeht und damit auch ein Teil der sozialen Ressourcen verloren geht, wird die Notwendigkeit und das Bedürfnis, neue soziale Bindungen wieder aufzubauen deutlich. Die Bedeutung von Freundschaften in der neuen Umgebung ist nicht nur bei der Bewältigung von praktischen Aufgaben wichtig, weil man durch Freunde die Regeln des Zusammenlebens kennen lernen kann, sondern sie ist auch als stabilisierender Faktor des psychischen Befindens wichtig. Der Aufbau neuer sozialer Bindungen unterliegt einem dynamischen Prozess, auf dem sich sowohl die Migranten als auch die Einheimischen bemühen sollten. Für Migranten beginnt dies mit dem Erlernen der deutschen Sprache und dem Interesse, die Gesellschaft und die Kultur der Aufnahmegesellschaft kennen zu lernen, wobei auch hierbei die Rolle der Sprache ein wesentlicher Aspekt ist.

In diesem Zusammenhang zeigten die Befunde (Tabelle 3.35), dass *die Notwendigkeit zum Verbessern der eigenen Kompetenz in der deutschen Sprache* innerhalb der ersten 10 Jahren des Aufenthalts in Deutschland erheblich größer eingeschätzt wird als danach; was auch in anbetracht der Befunde hinsichtlich der eigenen Deutschkenntnisse damit zusammenhängt, dass die Befragten mit einer Aufenthaltsdauer von über 10 Jahren die Sprache bereits gut beherrschen.

Obwohl die Ergebnisse aus den freien Äußerungen der Befragten deutlich darauf hinweisen, dass im Verlauf des Aufenthalts a) die anfänglichen aufenthaltsrechtlichen Probleme nicht mehr vorhanden sind, b) die anfänglich dominierende Arbeitslosigkeit und Finanzprobleme minimiert werden und c) die Einstellung der Befragten hinsichtlich des eigenen Lebens in der Migration positiver wird, wurde aber weiter gezeigt, dass sich Erfahrungen mit der Ausländerfeindlichkeit intensivieren. Dies könnte (auch aufgrund der Erfahrungsberichte der Patienten) in einem Zusammenhang mit wachsenden Kommunikationskompetenzen im Verhältnis zur Aufenthaltsdauer erklärt werden, in dem Sinne, dass man am Anfang des Aufenthalts aufgrund fehlender Sprachkenntnisse die subtilen und direkten Diskriminierungen in den Begegnungssituationen mit den Einheimischen nicht wahrnehmen kann, was sich aber allmählich mit der Zunahme der sprachlichen und nicht sprachlichen Kommunikationskompetenz verändert.

In diesem Zusammenhang zeigt sich, dass sich mit dem Erlernen der deutschen Sprache einerseits die Kommunikationsfähigkeit mit der neuen Umwelt verbessert und wie bereits

dargestellt, sich dies auf Integration und das psychische Befinden positiv auswirkt, andererseits wird man aber dadurch mehr Ablehnung, Diskriminierung und Feindlichkeit wahrnehmen können. So zeigten die Vergleichsdaten verschiedener Aufenthaltsgruppen (Tabelle A 22, Anhang A) einen kontinuierlichen Aufstieg der Erfahrung mit der Ausländerfeindlichkeit innerhalb der ersten 10 Jahren. Dies bleibt auch bei längerer Aufenthaltsdauer in gleicher Stärke erhalten. Betrachtet man zusätzlich, dass die länger hier lebenden Befragten ihre Sprachkenntnisse entweder als gut (46%) oder als sehr gut (25%) einschätzen (Tabelle A19, Anhang A), so weisen diese Befunde auf die zweiseitige Bedeutung der Sprache in Begegnungssituationen in der Migration hin.

Aufgrund der Vergleichsdaten der beiden Stichproben „Schwächer Belastete“ und „Stärker Belastete“ hinsichtlich ihrer Sprachkompetenz liegt des Weiteren die Vermutung nah, dass auch die Selbstwirksamkeitserwartung der „Stärker Belasteten“ geringer ist.

Wie bereits im theoretischen Teil abgehandelt, wird die Selbstwirksamkeitserwartung von dem Glauben der Person abhängen, Fähigkeiten und Fertigkeiten zu besitzen mit Anforderungen positiv umgehen zu können. Sie steuert die Umsetzung von Fertigkeiten und Fähigkeiten in Handlungssituationen. Geringe Sprachkenntnis führt dazu, dass Begegnungssituationen mit den Menschen und Institutionen der Aufnahmegesellschaft häufiger in Enttäuschungen münden, die das Erleben von Stress verstärken und als Folge zu unlösbaren Konflikten führen können. Die Schwierigkeiten und Alltagsbelastungen in der Migration, die mit der Unfähigkeit zu verstehen und sich verständlich zu machen verbunden sind, führen nicht selten zu Orientierungslosigkeit mit allen Folgen für das eigene Selbstwertgefühl. Da somit keine adäquate Kommunikation mit der neuen Umwelt zustande kommt, verstärken sich die Gefühle der Minderwertigkeit, Angst und Unsicherheit, die dann auch wiederum eine erhebliche Behinderung im sozialen Kontakt hervorrufen, und können als Folge zu Wutausbrüchen oder zu Depressionen führen.

### **Befindlichkeit und Attributionsstil**

Erwartungsgemäß zeigten die Hauptbefunde sowohl im Zusammenhang mit den Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen als auch mit dem psychischen Befinden, dass der Attributionsstil als der Moderator für das psychische Befinden zu betrachten ist. Es wurde gezeigt, dass die Wahrnehmung einer Internalität in generalisierten Kontrollüberzeugungen dem Selbstkonzept in eigenen Fähigkeiten voraus geht, was sich dann in der generalisierten Selbstwirksamkeitserwartung der Befragten erfassen lässt. Die Selbstwirksamkeitserwartung der Befragten stand in einem negativen Zusammenhang mit ihrer psychischen

Symptombelastung. Alle Subskalen der SCL-90-R korrelieren mit dem „generalisierten Selbstkonzept eigener Fähigkeiten“ negativ und hoch signifikant (Abb. 3.8.). Der negative Zusammenhang zeigte sich also umso höher, je stärker die internalisierten Kontrollüberzeugungen wahrgenommen wurden. Die Daten der Stichprobe „Schwächer Belastete“<sup>64</sup> zeigten im Vergleich zu „Stärker Belasteten“ signifikant höhere Werte bei den Skalen „generalisiertes Selbstkonzept eigener Fähigkeiten“ und „Internalität in generalisierten Kontrollüberzeugungen“. Es zeigte sich auch, dass die „Schwächer Belasteten“ im Vergleich zu „Stärker Belasteten“ einen signifikant höheren Wert bei „generalisierten Selbstwirksamkeitsüberzeugungen“ und einer niedrigeren Externalität erreichen.

Wird betrachtet, dass zwischen psychischer Symptombelastung und „sozialbedingter“ wie auch „fatalistischer Externalität“ signifikante, positive Zusammenhänge bestehen (Abb. 3.8.) und, dass die Mittelwerte der „Schwächer Belasteten“ bei sozialbedingter bzw. fatalistischer Externalität signifikant niedriger liegen als die der „Stärker Belasteten“ (Tab. 3.12.), und bringt man diese Befunde damit in dem Zusammenhang, dass die Werte der „Schwächer Belasteten“ eine höhere Selbstwirksamkeitserwartung und eine niedrigere Externalität zeigen (Abb. 3.11.), so stützen diese Befunde die Annahme (1. Hypothese), dass die Gesunden und Gestörten sich aufgrund ihres Attributionsstils von einander unterscheiden. Anders formuliert: Befragte mit einem niedrigen „Selbstkonzept“ und einer niedrigeren „Internalität in eigene Kontrollüberzeugungen“ so wie einer höheren „Externalität“ zeigen stärker eine psychische Instabilität als diejenigen mit einem höheren „Selbstkonzept“ und „Internalität in eigene Kontrollüberzeugungen“ und einer niedrigeren Externalität.

Bei einer Reihe psychischer Störungen spielen Attributionen eine wichtige Rolle. Die empirische Absicherung liegt für affektive, somatoforme Störungen wie auch für Angst- und Essstörungen vor (vgl. Hautzinger, 2000). Jedoch ist sich die Forschung bei der Frage, welcher bestimmte Attributionsstil z.B. zu Depressionen führt, gar nicht einig. Denn die Forschung kann natürlich nicht klären, „ob ein bestimmter Attributionsstil zur Depression führt oder ob die Depression den Attributionsstil bedingt“ (Försterling, 1986, S. 78). Dennoch zeigt sich bei den Befunden die Rolle der Externalität als eine Variable gegenüber der Selbstwirksamkeitserwartung als markant. Externalität hat als eine Facette den Verweis auf die Zuständigkeit und die Möglichkeiten mächtiger anderer Personen und Institutionen und weist auf die Hilflosigkeitstendenzen einer Person hinsichtlich eigener Kontrollüberzeugungen hin. Ein positiver Zusammenhang zwischen Hilflosigkeit und

---

<sup>64</sup> Dabei unterschieden sich die Patienten- und Zufallsstichprobe voneinander dahingehend, dass die Patienten eine niedrigere Selbstwirksamkeit aber höhere Externalität hinsichtlich der Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen zeigten, wobei sie sich bei dem generalisierten Selbstkonzept eigener Fähigkeiten signifikant von der Zufallsstichprobe unterschieden.

Depression ist mehrfach in der Forschung gezeigt worden. Z.B. in einer früheren Studie finden Hojat et- al. (1986) bei iranischen Studenten im Iran und in den USA einen positiven Zusammenhang zwischen ihrer externalen Kontrollüberzeugung und geäußerten Depressionen, Ängstlichkeit und Einsamkeit.

Es geht bei dem Attributionsstil um eine grundlegende Unterscheidung zwischen persönlicher (interner) und unpersönlicher (externaler) Ursachenzuschreibung. Jedoch machen die Daten dieser Untersuchung keine Aussage darüber möglich, worauf die Befragten ihre Ursachenzuschreibungen bezogen haben könnten. Während die Selbstwerttheorie (Stahlberg, Osnabrügge & Frey 1985) postuliert, dass besonders positive Ereignisse internal attribuiert werden und die Konsistenztheorie davon ausgeht, dass vor allem Personen mit niedrigem Selbstvertrauen Misserfolge eher internal attribuieren, kann hier nur aufgrund der Werte auf SCL-90-R eine Aussage darüber getroffen werden: Externalität beeinträchtigt das psychische Befinden derart negativ, dass sich dadurch psychische Störungen aufrechterhalten.

Hinsichtlich dessen, dass es sich bei den erhobenen Daten über Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen mittels FKK um generalisierte selbstbezogene Kognitionen handelt, die aufbauend auf handlungstheoretischen Partialmodellen der Persönlichkeit in der psychologischen Theoriebildung das generalisierte Selbstkonzept und Selbstvertrauen der Befragten erfasst, deuten diese Befunde alle daraufhin, dass ein positives psychisches Befinden mit stärkeren internalen Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen und Selbstvertrauen in eigener Fähigkeit einhergeht.

Vergleicht man nun diese Aussage mit den Ergebnissen aus den bereichsspezifischen Kontrollüberzeugungen, die anhand des Fragebogens zur krankheits- und gesundheitsbezogenen Kontrollüberzeugungen erfasst wurden, so stellen die Daten der beiden Stichproben ein anderes Bild dar. Aufgrund der Bezugnahme auf unterschiedliche Handlungs- und Lebensbereiche, die mittels FKK und KKG abgefragt werden, zeigen die Befunde bei KKG, dass eine bereichsspezifische externe Kontrollüberzeugung, die eine Krankheit vom Pech, Zufall oder Schicksal abhängig macht (fatalistische Externalität) und eine höhere Bereitschaft zur Mitarbeit an einer gesundheitsfördernden Maßnahme durch einem Fachmann oder eine als mächtig empfundene Person reflektiert (soziale Externalität), im Vergleich zu generalisierten externalen Kontrollüberzeugungen eher nicht ausschließlich negativ auf das psychische Befinden wirkt. Hierbei unterschieden sich die „Stärker Belasteten“ von den „Schwächer Belasteten“. Jedoch waren die Werte der beiden Stichproben hinsichtlich Internalität gleich und lagen deutlich unter den von ihnen erreichten Werten bei fatalistischer Externalität. Daraus kann geschlossen werden, dass die Befragten insgesamt weniger davon

überzeugt waren, dass sie gesundheits- und krankheitsbezogene Ereignisse selbst kontrollieren können.

Jedoch bedarf der höhere Wert der „Schwächer Belasteten“ sowohl bei der sozialen wie auch der fatalistischen Externalität einer Erklärung. Dies besagt hauptsächlich, dass in der Regel nur geringe Bestrebungen zur Eigeninitiative bestehen, wobei die niedrigeren Werte der „Stärker Belasteten“ eine niedrigere Tendenz zur Eigeninitiative reflektieren und zugleich auch eine geringere Bereitschaft darstellen, Vorschlägen und Anweisungen durch andere (Ärzte, Therapeuten, etc.) zu folgen, um Gesundheit aufrecht zu erhalten bzw. Krankheit zu behandeln.

Befragte mit niedrigeren Werten bei bereichsspezifischer Externalität sehen auch weniger Möglichkeiten zur gezielten Beeinflussung der eigenen Beschwerden. Der höher liegende Mittelwert der „Schwächer Belasteten“ bei fatalistischer Externalität drückt aus, dass die Befragten dieser Stichprobe eher davon überzeugt sind, den eigenen Zustand im Falle einer Krankheit selbst beeinflussen zu können, was vermutlich auf ihre höhere Compliance- und Handlungsbereitschaft zurückgeführt werden kann.

Zusammenfassend hinsichtlich der erfassten Daten aus generalisierten und bereichsspezifischen Kontrollüberzeugungen kann aufgrund der Befunde und in Anlehnung an Abramson et al (1978) gesagt werden, dass zwischen Attributionsstil und hoher Depressivität einer Person ein direkter Zusammenhang in der Form besteht, dass ein Attributionsstil, der wenig von Eigeninitiative und Internalität bestimmt ist und stärker zu Externalitäten tendiert, die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass die Person aufgrund nicht kontrollierbarer Ereignisse Hilflosigkeit und Depressionen entwickelt.

In weiteren Analysen konnten bezüglich der Kompetenz- und Kontrollüberzeugung gezeigt werden, dass eine Reihe von Variablen einen Einfluss auf den Attributionsstil der Befragten haben bzw. von ihm beeinflusst werden. Als wichtig zeigte sich zuerst der Aufenthaltsstatus. Die eingebürgerten Befragten erreichen im Vergleich zu anderen einen höheren Wert auf der Skala Selbstwirksamkeitserwartung. Des Weiteren unterschieden sie sich von den nicht Eingebürgerten aufgrund ihrer niedrigeren Werte bei der sozialbedingten bzw. fatalistischen Externalität.<sup>65</sup> Man kann sich natürlich fragen, welche Rolle das Erwerben der deutschen Staatsangehörigkeit bei den Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen spielt oder: welche

---

<sup>65</sup> Die Daten zeigen, dass auch deutliche Unterschiede zwischen verschiedenen Aufenthaltsgruppen bestehen (Anhang A, Abb. 11-12). Es zeigte sich dabei, dass Befragte, die länger in Deutschland leben im Vergleich zu denjenigen mit einem kürzeren Aufenthalt in Deutschland höhere Werte bei Selbstwirksamkeitserwartung und niedrigere Werte auf sozialbedingter bzw. fatalistischer Externalität erreichen. Diese Befunde waren jedoch nicht signifikant.



Rolle spielen die Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen bei der Frage der Einbürgerung. Auf eine weitreichende Interpretation der Unterschiede wird hier verzichtet. Es eröffnet sich ein Zugang zu dieser Frage, wenn man in diesem Zusammenhang auch die Befunde über psychische Symptombelastung und Akkulturation betrachtet. Dabei hatten Befragte mit einem sicheren Aufenthaltsstatus und solche vor der Einbürgerung, eindeutig niedrigere Werte auf den Skalen der psychischen Symptombelastung erreicht, wobei auch der Grad ihrer Akkulturation im Vergleich höher lag.

Zieht man zudem in Betracht, dass zum Erwerb der deutschen Staatsangehörigkeit eine Reihe von sozialrechtlichen wie auch finanzielle Fragen geklärt sein müssen (wie z.B. ein sicherer Aufenthalt über acht Jahre, Sicherung des Lebensunterhalts, Beherrschung der deutschen Sprache usw.), so kann gesehen werden, dass es sich bei den Eingebürgerten um integrierte Personen handeln muss. Wie an anderer Stelle erwähnt, spielt die Selbstwirksamkeitserwartung bei der Integration eine erhebliche Rolle und die Befunde zeigten, dass die Integrierten zum Erbringen höherer Akkulturationsleistungen in der Lage waren und sich aufgrund ihres Umgang mit dem Stress von anderen unterschieden.

Nichts destoweniger zeigten sich auch in diesem Zusammenhang die Sprachkenntnisse als eine der wichtigen Einflussgrößen für die Integrierten. Befragte mit guten Sprachkenntnissen zeigten ein positiveres Selbstkonzept, sahen für sich mehrer Handlungsmöglichkeiten im Umgang mit Problemen, konnten viele Handlungsalternativen in Stresssituationen anwenden, waren in neuartigen Situationen selbstsicherer und hatten ein höheres Selbstvertrauen. Sie zeigten im Vergleich zu anderen, dass sie das Gewünschte und Geplante häufiger erreichen und betrachteten Erfolg als eigene Anstrengung, konnten soziale Interaktionen effektiver regulieren, erlebten ihre Handlungen als wirksam und schrieben die Ereignisse seltener dem Zufall zu. Sie neigten kaum dazu schicksalsgläubig zu sein und schätzten die Bedeutung des Schicksals als gering ein. Demzufolge erreichten sie auch auf der Tertiärskala des Fragebogen zur Kompetenz- und Kontrollüberzeugung einen höheren Wert von Selbstwirksamkeit und einen niedrigeren Wert von Externalitäten. Sie tendierten selten zur fatalistischen Externalität und stärker zum rationalen Denken.

Nicht zuletzt wird es auch hier deutlich, dass zu Sprachkenntnissen nicht nur das Erlernen von Wörtern und grammatikalischen Regeln gehört, sondern auch die in jeder Sprache und Kultur als grundlegend scheinende Vorstellungen von der Welt und Ereignissen, die das mentale Handeln ermöglichen. Obwohl die Kultur und die Sprache in einem direkten Zusammenhang mit der materiellen Lebenspraxis von gesellschaftlichen Gruppen stehen, immer einem prozesshaften Charakter unterlegen (vgl. Korhals-Beyerlein, 1979) und sich gegenseitig beeinflussen, ist die Rolle der Sprache als ein Mittel zum Reflektieren innerer Modelle des

Denkens und der Wahrnehmung auch bei Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen besonders hervorzuheben.<sup>66</sup>.

In diesem Zusammenhang lässt sich auch die Neuorientierung des Denkens und der Wahrnehmung in Folge der Aufenthaltsdauer besser erkennen. In der Arbeit mit Patienten war es immer wieder ein Thema, dass sie durch Wahrnehmung von interkulturellen Unterschieden viele negative Erfahrungen gemacht hatten und sich dahingehend äußerten, dass sie viele ihrer eingebrachten Verhaltensnormen in zwischenmenschlichen Situationen für ihre Kontakte mit den Einheimischen als sehr einschränkend empfinden (wobei vor allem die Gewährleistung der Nähe durch Autonomie vs. Nähe durch Bezogenheit die Gegensätze bildeten). Die eingebrachten Kulturstandards wurden von ihnen einerseits in Frage gestellt aber andererseits wusste man gar nicht so genau, was nun das richtige Verhalten sei. Sie machten im Laufe der Sitzungen die Erfahrung, dass sie selbst ihre Verhaltensweisen in Frage stellen ohne dass eine Neuorientierung möglich werden würde, weil in erster Linie durch fehlende Sprachkenntnisse und oberflächlichen Kontakt zu der Gesellschaft keine feste Orientierungsmöglichkeit gegeben sei und man so bezüglich der Realität zwischen eigenen Erlebnissen und Zweifeln hin und her schwankt.

So berichteten die Patienten häufig von negativen Erfahrungen mit den Einheimischen, wobei sie selbst nicht wussten, ob es damit zusammenhänge, dass man etwas gemacht habe, was in dieser Situation nicht hineingehöre, oder ob man diese Erfahrungen mache, weil man „Ausländer“ sei und dem anderen nicht gefalle, wobei die Mehrheit eine starke Tendenz zur Verallgemeinerung des letzteren zutage legte. Dies veranlasste zu der Einstellung, dass sich an all dem nichts verändern könne. Oder es wurden die Unterschiede im eigenen Denken, Verhalten und Gefühlen mit denen der Umwelt als so vielfältig bewertet, dass ein großes Veränderungsbedürfnis entstand, was so nie realisiert werden kann.

Demzufolge konnte beobachtet werden wie auch sozialpsychologische Erkenntnisse bestätigen, dass diejenigen Patienten, die ein großes Veränderungsbedürfnis feststellten, diese eher als Belastung und nicht als Herausforderung oder Chancen werteten, weil durch „das Ausmaß der Veränderung oder Neuanpassungen“ auch „die Unerwünschtheit einer Veränderung“ steigt (vgl. Beutel, 1988, S. 61).

Die Forschung zeigt aber auch, dass die Akkulturationsbereitschaft, die mit dem Wunsch von Veränderungen einhergeht verbunden ist, mit der Offenheit der Mehrheitsgesellschaft

---

<sup>66</sup> Sprachliche Kommunikation dient auch dem Austausch von Informationen. Wenn Sprecher und Hörer verschiedene Sprachen sprechen, sind sprachliche Differenzen und Verständigungsschwierigkeiten vorprogrammiert. Dafür muss man nicht von zwei verschiedenen Kulturen kommen, sondern sie entsteht auch wenn Menschen verschiedener Subkulturen sich begegnen (vgl. Redder & Rehbein, 1987).

gegenüber ethnischen Minderheiten. So stellt Heckmann (1992) fest, dass die Offenheit der Mehrheitsgesellschaft ein Indikator für die Akkulturation von ethnischen Gruppen darstellt, je offener die Mehrheitsgesellschaft, desto größer der Grad von Akkulturation bei den ethnischen Minderheiten.

Im Verlauf der Migration kann es zu bereichernden Kompetenzen kommen, die wenn sie als Chance zur persönlichen Entwicklung wahrgenommen werden, das Leben positiv beeinflussen. Die Befunde hinsichtlich der Aufenthaltsdauer zeigten auch noch, dass die Befragten, die länger in Deutschland leben im Vergleich zu anderen einen höheren Wert der Selbstwirksamkeit aufweisen. Ein höherer Wert der Selbstwirksamkeitserwartung der Gruppe mit höherer Aufenthaltsdauer in Deutschland besagt, dass sie davon überzeugt sind, über eigene Handlungsmöglichkeiten und Handlungsalternativen im Umgang mit Stresssituationen zu verfügen. So stellt sich natürlich die Frage, ob diese als mitgebrachte oder aber in der Migration erworbene Fähigkeit interpretiert werden sollen. Berücksichtigt man die auch aus der Forschung bekannte Orientierung der Iraner, dass die iranische Kultur im gesellschaftlichen Zusammenleben eine stärkere Verhaltenskonformität vertritt, die durch die Neigung auffällt, „für die Erwartungen und Wünsche anderer empfänglich zu sein“ und „das Verhalten des Einzelnen durch die Zeitgenossen von Außen-Reize gesteuert wird“ (Khoshrouy-Sefat, nicht benannt), dürfte bei Iranern allgemein eine stärker ausgeprägte Externalität in Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen vermutet werden. Somit wird weniger vermutet werden können, dass es sich bei Selbstwirksamkeitserwartungen der Befragten ausschließlich um mitgebrachte Kontrollüberzeugungen und Identitäten handelt<sup>67</sup>. Es kann vermutet werden, dass im Laufe des Aufenthaltes die Ursachenzuschreibungen der Befragten sich dahingehend verändern, dass eine Tendenz zu mehr Selbstwirksamkeit und weg von Externalitäten parallel zur Aufenthaltsdauer gegeben scheint.

Dies wird auch von einem anderen Befund hinsichtlich der Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen der Befragten gestützt. Es wurde gezeigt, dass einerseits zwischen sozialbedingter und fatalistischer Externalität und Religionszugehörigkeit ein positiver Zusammenhang und andererseits zwischen „kein Glaube“ und Selbstwirksamkeitserwartung ein positiver Zusammenhang besteht, wobei zu erwähnen ist, dass die Befragten mit „keine

---

<sup>67</sup> Die Mehrheit der Bevölkerung im Iran gehört heute sogar der schiitischen Richtung des Islam an. Der Iran ist aber Träger *dreier* kultureller Identitäten: die mythisch persische (vorislamische, zoroastrianische) Identität, die islamisch-iranische (schiitische) Identität seit den siebten Jahrhundert sowie die westliche Moderne seit der kolonialen Expansion im 19. Jahrhundert. Diese haben sicherlich jeweils die iranische Kultur beeinflusst. Für die Analyse des heutigen Irans kann man sein Vorhaben ohne Bestimmung des Verhältnisses dieser drei Kulturen nicht gerecht werden. Soweit mir bekannt ist, gibt es keine Studie, auf die man sich diesbezüglich beziehen kann. Daher ist die o.g. Aussage nur als eine Vermutung zu betrachten und schwer verallgemeinerbar.

Religionszugehörigkeit“ signifikant einen längere Aufenthalt in Deutschland aufweisen ( $F = 3.519, p < 0.05$ ).

Eben um diesen Prozess der Relativierung und Umstrukturierung von Kognitionen und dementsprechend von Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen zu verstehen, ist es wichtig, die verschiedenen Einflussgrößen des täglichen Lebens in der Migration zu berücksichtigen. Dabei kann aufgrund der Befunde dieser Studie wiederum die besondere Rolle der Sprachkenntnisse in Folge des Aufenthaltes hervorgehoben werden. Es scheint ersichtlich, dass die Sprachkenntnisse erst ab einer Aufenthaltslänge von fünf Jahren einen Stand erreichen, bei dem die Sprachgefühle und das Selbstvertrauen sich in der eigenen Sprachkompetenz zeigen.

### **Befindlichkeit und Bewältigungsstil**

Bei der Überprüfung der Wirkung vom Bewältigungsstil auf das psychische Befinden der Befragten zeigten sich bei der Gesamtskala und der überwiegenden Mehrheit der Subskalen des SVF signifikante Unterschiede im Zusammenhang mit verschiedenen Variablen und auch zwischen den aufgrund ihrer psychischen Symptombelastung gebildeten Stichproben.

Der Grad der Akkulturation und deren Zustand als Integration steht in einem Zusammenhang mit generalisierten Erwartungen der eigenen Person hinsichtlich eigener Handlungsmöglichkeiten in verschiedenen Situationen (Selbstkonzept eigener Fähigkeiten) und der subjektiven Überzeugung der Person, über das eigene Leben und die Ereignisse in zwischenmenschliche Situationen selbst die Kontrolle zu haben (Internalität). Die Befunde wiesen einen positiven Zusammenhang zwischen Akkulturationsgrad und Selbstwirksamkeit der Befragten auf, und zeigten, dass ein höherer Akkulturationsgrad mit einem höheren generalisierten Selbstkonzept in die eigenen Fähigkeiten und einer höheren Internalität einhergeht. Hingegen besteht ein negativer Zusammenhang zwischen Akkulturationsgrad und einem externalen Attributionsstil. Besonders die Befunde über die Stichprobe „Stärker Belastete“ wiesen in diesem Zusammenhang auf einen signifikant negativen Zusammenhang zwischen Akkulturationsgrad und sozialer wie auch fatalistischer Externalität hin.

Diese Befunde lassen sich anhand der Rolle der Attributionen innerhalb des transaktionalen Stressmodells Lazarus erklären. Es wurde gezeigt, dass die „Stärker Belasteten“ sich von den „Schwächer Belasteten“ aufgrund ihres Akkulturationsgrads voneinander unterscheiden, was auch in der Form bestätigt wurde, dass zwischen Akkulturation und psychischer Symptombelastung der beiden Stichproben ein negativer Zusammenhang bestand. Fragt man hier nach möglichen Gründen für diesen Unterschied der beiden Stichproben, so kann man

insbesondere anhand der Befunde über die „Stärker Belasteten“ hinsichtlich der Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen annehmen, dass die externalen Attributionen in Form von kognitiven Prozessen eine Auseinandersetzung mit Akkulturationsanforderungen und das Verhältnis zwischen Anforderungen der Umwelt und Reaktionskapazitäten der Person dermaßen negativ beeinflussen, dass die Anforderungen sich zu einem Dauerstress entwickeln. Wohingegen gezeigt wurde, dass ein internaler Attributionsstil in der transaktionalen Beziehung zwischen Anforderungen und Kompetenzen der Person ihr psychisches Befinden und den Grad ihrer Integration positiv beeinflusst.

Eng verbunden mit den Befunden über Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen bestätigen die Befunde über Bewältigungsstrategien der Befragten die Rolle der Person als Handelnde in der Auseinandersetzung mit dem Akkulturationsstress. (Diesbezüglich wiesen die Daten auf einen negativen signifikanten Zusammenhang zwischen Akkulturationsgrad und negativen Strategien der Gesamtpersonengruppen hin). Dass zwischen positiven Bewältigungsstrategien und Akkulturationsgrad ein niedriger (aber positiver) Zusammenhang bestand zeigte dabei, dass im Umgang mit den neuen Anforderungen es eben auf das Verhältnis der negativen zu positiven Bewältigungsstrategien ankommt. Wenn die Summe der negativen Strategien überwiegt, zeigt sich dies bei den Auseinandersetzungen der Person mit den Akkulturationsanforderungen als stressvermehrend.

Die Befunde hinsichtlich der *Altersgruppen* wiesen auf einen Anstieg der positiven Bewältigungsstrategien mit dem Alter hin: Der Mittelwertvergleich zeigte bei den Befragten mittlerer Altersgruppe (30-40 und 41-50 jährige) einen höheren Wert (mit einer Tendenz zur Signifikanz) bei der Mehrheit der positiven Skalen des Stressverarbeitungsfragebogens, wobei sie sich im Vergleich besonders durch ihren deutlich höheren Wert bei der Skala Situationskontrollversuche von der jüngeren Altersgruppe unterscheiden lassen. Diese Ergebnisse entsprechen in der Tendenz den Werten der Standardisierungsstichprobe nach Janke, Erdmann und Kallus (1982) und deuten bei der vorliegenden Studie daraufhin, dass bei den Befragten die Fähigkeit einer adäquaten Auseinandersetzung mit dem Akkulturationsstress im Alter zwischen 19 bis 29 am wenigsten ausgeprägt, und im Alter zwischen 30 bis 40 am stärksten vorhanden ist (Obwohl mit dem höher werden des Alters ab 41 Jahre eine sinkende Neigung zu beobachten war, lagen ihre Werte deutlich über den Werten der Befragten jüngerer Altersgruppe).

Zieht man noch in Betracht, dass die Befragten der mittlerer Altersgruppe (N = 81) im Durchschnitt seit etwa 15 Jahren in Deutschland leben, sich im Vergleich am stärksten in Deutschland integriert einschätzen und am wenigsten psychische Symptombelastung zeigen,

würden die höheren Werte dieser Altersgruppe bei positiven Skalen des Stressverarbeitungsfragebogens in Anlehnung an die Befunde über ihre Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen eher bedeuten, dass die Befragten im Zusammenhang mit Akkulturationsleistungen ihre Fähigkeiten und Kompetenzen erweitert haben.

Hierbei zeigten die Befunde hinsichtlich des Bewältigungsstils einen deutlichen Unterschied zwischen weiblichen und männlichen Befragten. Die weiblichen Befragten zeigten im Vergleich zu männlichen, dass sie insgesamt deutlich häufiger und intensiver positive Bewältigungsstrategien anwenden. Bei drei Subskalen der positiven Strategien lagen die Werte der Frauen signifikant höher; und der F-Test wies eine Wechselwirkung zwischen Alter und Geschlecht für die Skalen auf, bei denen die Werte der weiblichen Stichprobe im Vergleich zu denen der Männer höher lagen. Es zeigte sich dabei, dass dies aufgrund der Werte der weiblichen Befragten in der mittleren Altersgruppe (30-50 jährige) zustande gekommen ist.

Aber nicht nur bei den stressvermindernden (positiven) Bewältigungsstrategien, sondern auch bei stressvermehrenden (negativen) Strategien wie z.B. die Aggression, lagen die Werte der weiblichen Stichprobe im Vergleich zur männlichen deutlich höher. Es zeigt sich zunächst allgemein, dass - wie die Erfahrung mit der Patientenstichprobe zeigt - die höheren Werte der weiblichen Befragten bei psychischer Symptombelastung in einem Zusammenhang stehen mit häufigeren Konfrontationen von Stresssituationen insbesondere in der Ehe. Das Auftreten von Aggressionen, wo man normalerweise keine höheren Werte der Frauen erwartet, kann hier in einem Zusammenhang mit höherer Depressionsrate der weiblichen Stichprobe betrachtet werden. Es ist bekannt, dass Depressionen unter anderem durch Unterdrückung von negativen Gefühlen wie Wut und Traurigkeit entstehen.

Auch die Mehrheit der Patientinnen definierte ihre Problematik als ausschließlich psychosozial<sup>68</sup> im Sinne einer Belastungsreaktion im Rahmen ihrer Beziehung zu ihrem Exmann oder zu ihren Kindern. Nicht wenige von ihnen bewerteten die Jahre ihres Zusammenlebens in ihrer Ehe infolge der Konflikte und resultierender Scheidung als vergeudete Zeit, entwickelten im Laufe der Zeit eine Wut gegen sich und meinten, dass sie durch ihre Ehe viele Chancen zu einem gewünschten beruflich-sozialen Status nicht

---

<sup>68</sup> Durch diese Sichtweise der Patienten ist der Behandler am Anfang mit der Frage nach Non-Compliance der Patienten stark beschäftigt, die wie die Forschung zeigt auch das Risiko für erneute Krankheitsepisoden und immer wiederkehrende Krisen erhöht (Cochran, 1984, Joyce 1985). Daher bestand das Hauptziel in der Anfangsphase der Zusammenarbeit mit den Patienten in der Entkräftung dieses Kernschemas und dem Aufbau alternativer Schemata. Im Rahmen der Behandlung zeigten sich als effektiv, durch Vermittlung des biosozialen Modells der depressiven Störung als integrativen Bestandteil der Kognitiven Verhaltenstherapie dagegen zu wirken.

wahrgenommen haben bzw. nicht wahrnehmen konnten. Da diese Wut zunächst von ihnen nicht als solche wahrgenommen werden durfte, äußerte sie sich bei ihnen verdeckt besonders in Muskelverspannung und Kopfschmerzen, oder wenn die Kontrolle der Wut nachgelassen hatte in Aggressionsausbrüchen.

Dass sich die Frauen dieser Untersuchung stärker auch der negativen Strategien bedienen, lässt einen Zusammenhang zu den geschlechtspezifischen Unterschieden hinsichtlich anderer abgefragter Variablen vermuten. In Bezug auf mögliche Stressoren zeigten die Befunde (wie über psychosoziale Konflikte, Einsamkeit und Akkulturation noch zu diskutieren ist), dass bei Frauen dieser Untersuchung neben starkem Leiden in der Partnerschaft auch das Ausmaß der Einsamkeit und der Wahrnehmung von kulturellen Unterschieden größer war, und dass sie einen niedrigeren Wert bei der Akkulturation erreichten (Abb. A14 im Anhang). Auch hinsichtlich psychischer Symptombelastung ging von den Befunden hervor, dass die Frauen dieser Untersuchung unter einer stärkeren psychischen Symptombelastung gelitten haben und ihr subjektives Wohlbefinden stärker negativ ausgeprägt war. Des Weiteren zeigten auch die Befunde über Attributionsstil, dass Frauen im Vergleich zu Männern stärker zur fatalistischen Externalität als Kompetenz- und Kontrollüberzeugung tendieren.

Diese erwähnten Unterschiede deuten daraufhin, dass einerseits der Bewältigungs- und Attributionsstil der weiblichen Befragten auf ihren Alltag in der Migration mehr dysfunktional wirken, wodurch sich bei ihnen auch ihre psychische Symptomatik aufrechterhält. Andererseits zeigen die Befunde über sozial-rechtliche und berufliche Situation, Aufenthaltsdauer und Aufenthaltsstatus so wie momentane psychosoziale Konflikte (MPSK) und Einstellungen gegenüber Institutionen und Menschen der Aufnahmegesellschaft, dass die Frauen dieser Untersuchung stärker als die männliche Stichprobe unter Einschränkungen in diesen Bereichen leiden und vermutlich mit ihrem Leben unzufriedener sind.

Die insgesamt erhöhten Werte der negativen wie auch positiven Bewältigungsstrategien der „Stärker Belasteten“ geben allgemein Hinweis auf eine im Vergleich zur erhöhten Wahrnehmung von Stress bei „Schwächer Belasteten“. Dass man mit einer Auswahl der positiven Bewältigungsstrategien subjektiv wahrgenommenem Stress erfolgreicher begegnen kann, ist in der Stressforschung als vielfältig belegt anzunehmen. Es stellt sich hier die Frage nach der Beziehung der positiven und negativen Bewältigungsstrategien zueinander. Allgemein betrachtet, sind Bewältigungsstrategien Reaktionsformen des Individuums auf Belastungen. Als solche sind Bewältigungsstrategien innerpsychische Bewertungs- und Verarbeitungsprozesse, die sich erst konstruieren, wenn Umgebungsanforderungen oder

interne Anforderungen die Ressourcen einer Person stark beanspruchen oder übersteigen. Wie bekannt, kann Stress auf die Dauer den Organismus schwächen und verletzlich machen, was schließlich das gesundheitliche Befinden beeinträchtigen kann. Die positiven, hohen und signifikanten Zusammenhänge zwischen allen negativen Bewältigungsstrategien und Subskalen der SCL-90-R sind als Belege dafür zu betrachten. Am deutlichsten wird dies gezeigt bei den positiven signifikanten Zusammenhängen zwischen positiven Bewältigungsstrategien und allen Skalen der psychischen Symptombelastung.

Dabei wird deutlich, dass eine Bewältigungsstrategie wie z.B. Schuldabwehr, die eigentlich zu den positiven Strategien gehört, dennoch mit allen Skalen der SCL-90-R positiv korreliert. Das heißt: die „Stärker Belasteten“ nutzen im Vergleich zu den „Schwächer Belasteten“ vermehrt auch Bewältigungsstrategien wie die Bagatellisierung und Schuldabwehr. Und manche positive Bewältigungsstrategien wie die Ablenkung von Situationen, Situationskontrollversuche und Bedürfnisse nach sozialer Unterstützung stehen auch mit einigen Skalen der SCL-90-R in einem positiven Zusammenhang.

Bei den Befunden über „Stärker Belastete“ zeigten die Zusammenhänge zwischen Bewältigungsstrategien und psychischer Symptombelastung, dass Bewältigungsstrategien wie Herabsetzung, Suche nach Selbstbestätigung und positiver Selbstinstruktion bei den Befragten einer psychischen Störung entgegenwirken. Hingegen begünstigen Bewältigungsstrategien wie Fluchttendenz, soziale Abkapselung, Resignation, Selbstbemitleidung und Aggression eine Störung.

Gegen alle Erwartungen in der testtheoretischen Grundlage und repräsentativen Ergebnissen im SVF zeigten die Befunde der „Stärker Belasteten“ bei der Schuldabwehr einen positiven signifikanten Zusammenhang zu fast allen Subskalen der SCL-90-R, besonders zur Depressivität. Es lässt sich darauf schließen, dass die Schuldabwehr bei Iranern (wie bei dem positiven Stellenwert vom Scham- und Schuldgefühl in der iranisch-islamischen Kultur in Zusammenhang mit der Depressivität diskutiert wurde) vermutlich selbst einen negativen Wert besitzt und nicht als eine positive Bewältigungsstrategie wirken kann.

Aus näherer Betrachtung der Befunde über „Schwächer Belastete“ und „Stärker Belastete“ offenbaren sich folgende Charakteristika, die alle samt die zugrunde liegende Hypothese stützen, die besagt, dass iranische Migranten mit und ohne psychische Störung sich durch ihren Bewältigungsstil voneinander unterscheiden. Die Betrachtung intrapsychischer Verarbeitungsweisen der beiden Stichproben „Stärker Belastete“ und „Schwächer Belastete“ haben ergeben, dass sie deutlich unterschiedliche Bewältigungsstile besitzen. Die „Stärker Belasteten“ neigen in der Auseinandersetzung mit Stresssituationen einerseits sehr stark zu



Bewältigungsstrategien (mit den Komponenten: gedankliche Weiterbeschäftigung, Resignation, Selbstbemitleidung und Selbstbeschuldigung), die einen depressiven Rückzug repräsentieren und im SVF faktorenanalytisch als „emotionale Betroffenheit und Aufgeben“ gekennzeichnet sind (Tab. 3.20). Auf der anderen Seite implizieren die höheren Werte dieser Stichprobe auf den Skalen „Ablenkung von Situationen“, „Suche nach Selbstbestätigung“ und „Vermeidungstendenz“ eine starke Tendenz dieser Stichprobe, die Belastungssituationen durch eine ausgeprägte Vermeidungstendenz zu umgehen. Wie vielfältig bekannt, sind Vermeidungsverhalten und Rückzugtendenzen als Reaktionen auf Belastungssituationen stark dysfunktionale Verhaltensweisen, die sehr stark zur Aufrechterhaltung psychischer Störungen beitragen. Auch die hohen signifikanten Zusammenhänge zwischen Subskalen der SCL-90-R und entsprechenden Faktoren aus dem SVF sind als weitere Beweise hierzu zu betrachten. Verhaltensweisen, die zur erfolgreicherer Bewältigung psychischer Stressoren führen, sind Herabsetzung, Reaktionskontrollversuche und positive Selbstinstruktion. Die Suche nach Selbstbestätigung und Herabsetzung zeigten sich bei den „Schwächer Belasteten“ als Bewältigungsstrategien, die direkt gegen eine depressive Symptombelastung wirken. Hingegen zeigten die Befunde, dass soziale Abkapselung, gedankliche Weiterbeschäftigung und Aggression vor allem eine depressive Störung begünstigen. Insgesamt zeigten die negativen Bewältigungsstrategien, dass sie sehr stark zur Aufrechterhaltung verschiedener psychischer Symptombelastungen beitragen.

Eine Reihe weitere Variable hinsichtlich der soziodemografischen Daten zeigten Einfluss auf Bewältigungsstrategien der Befragten. Als erste zeigte das Migrationsmotiv einen Einfluss auf das Zustandekommen der negativen Bewältigungsstrategien. Die Werte der Befragten, die als ihr Motiv Studieren angaben, lagen bei den negativen Bewältigungsstrategien signifikant unter den Werten aller anderen Gruppen. Dann folgten die Gruppe des politischen Asyls und sonstige. Diejenigen, die geschäftlich in Deutschland leben, zeigten die höchsten Werte sowohl bei positiven als auch bei negativen Bewältigungsstrategien. Es zeigte sich, dass die überwiegende Mehrheit der Befragten dieser Gruppe ihre beruflichen Ziele in Deutschland nicht erreicht hat. So könnte man sagen, dass die Befragten, die als ihr Migrationsmotiv „geschäftlich“ angegeben haben, vermutlich aufgrund Frustration bezüglich der Erreichung ihrer beruflichen Ziele stärker mit Stress konfrontiert werden, als die anderen.

Als Nächstes ist die Rolle der Variable „Aufenthaltsstatus in Deutschland“ zu erwähnen. Demnach implizierten die Befunde, dass die Sorge um eine unsichere Aufenthaltserlaubnis einhergeht mit einem höheren Grad an negativen Bewältigungsstrategien. Hier soll betrachtet werden, dass die Sorge um eine unsichere Aufenthaltserlaubnis nicht nur eine Unsicherheit

hinsichtlich des Bleiberechtes sondern eine verallgemeinerte Sorge um die eigene Zukunft repräsentiert, und ihre Spur auch in anderen Bereichen des alltäglichen Lebens hinterlässt. Zusammenfassend bestätigen die Befunde hinsichtlich des Aufenthaltsstatus, dass eine lang dauernde Sorge um die Zukunft den Alltag und das psychische Befinden stark negativ beeinflusst.

Eng verbunden mit den zwei zuerst erwähnten soziodemografischen Variablen zeigte die Variable „Schulabschlusses“ dahingehend einen Unterscheid zwischen Stichproben „Stärker Belasteter“ und „Schwächer Belasteter“, dass die Befragten mit einem höheren Schulabschluss erheblich weniger Stress erlebten und zur Auseinandersetzung mit ihrem Alltagsstress weniger von negativen Bewältigungsstrategien Gebrauch machten. Daher bewerteten die „Stärker Belasteten“ die Rahmenbedingungen in der Migration als weit belastender und betonten stärker, dass sie in sich vieles verändern müssen, damit ihr Kontakt zu den Deutschen und der deutschen Gesellschaft besser wird (Anhang A, Tabelle A 18). Aufgrund der positiven signifikanten Zusammenhänge zwischen Hochschulstudium und Skalen der Selbstwirksamkeitserwartung (Abb. 3.8.) so wie der negativen Zusammenhänge zwischen Selbstwirksamkeitserwartung und psychischer Symptombelastung kann in diesem Zusammenhang auf die positive Rolle eines höheren Schulabschlusses bei funktionalen Bewältigungsstrategien geschlossen werden. Es zeigt sich dabei, dass die Befragten mit höherem Schulabschluss weniger zur Verallgemeinerung und externalen Ursachenzuschreibungen tendieren, was sich bei ihnen auf ihr Stresserleben und ihre Auseinandersetzung damit positiv auswirkt.

In Anbetracht der Befunde über „Stärker Belastete“ und „Schwächer Belastete“ ist von einer Abhängigkeit zwischen psychischer Störung und Bewältigungsstrategien im Sinne der zugrunde liegenden Hypothese auszugehen. Jedoch zeigt sich die Beziehung zwischen positiven wie auch negativen Bewältigungsstrategien als nicht linear. Dies impliziert die Aussage, dass es bei Bewältigungsstrategien vor allem auf das Verhältnis zwischen positiven und negativen Bewältigungsstrategien ankommt. Der Vergleich der beiden Stichproben zeigte, dass positive Bewältigungsstrategien nur dann effektiv bzw. funktional sind, wenn das Ausmaß an negativen Bewältigungsstrategien bei der Person gering ist. Anlehnend an die RET-Theorie nach Ellis würde dies bedeuten, dass bei der Entstehung bzw. Aufrechterhaltung psychischer Störungen die dysfunktionalen Bewältigungsstrategien eine erheblich größere Rolle spielen als die positiven bzw. funktionalen Bewältigungsstrategien bei Aufrechterhaltung psychischer Gesundheit.

Des Weiteren implizieren die Befunde, dass die Grenzen zwischen funktionalen und

dysfunktionalen Verhaltensweisen im Verhaltensrepertoire einer Person sehr fließend sind. Daher kann vermutet werden, dass eine Aufrechterhaltung psychischer Gesundheit und psychischen Wohlbefindens im Alltag von dem Verhältnis einer Wechselwirkung zwischen stressvermindernden und stressvermehrenden Bewältigungsstrategien abhängt.

### **Befindlichkeit und Einsamkeit**

Ein weiterer Befund dieser Arbeit, der auf das psychische Befinden der Befragten eine wichtige Wirkung zeigte, und auch als einer der Faktoren der seelischen Gesundheit zur Unterscheidung zwischen Störung und weniger Symptombelastung beiträgt, betrifft die Einsamkeit. Die Befunde zeigen, dass bei einem großen Teil der Befragten intensive Gefühle der Einsamkeit in verschiedenen Bereichen vorkommen. Jedoch würde dies nicht bedeuten können, dass Einsamkeit an sich zu einer Störung führen muss. Denn wie sich aus den Daten ergeben hat, ist die Frage nach Einsamkeit verknüpft mit Attributions- und Bewältigungsstilen und weist wiederum auf den von Schwab (1997) festgestellten Zusammenhang zwischen Kontrollüberzeugungen und Einsamkeitsgefühlen hin.

Die Daten wiesen bei der vorliegenden Arbeit auf keinen Unterschied zwischen den Geschlechtern hinsichtlich der Intensität und Art der Einsamkeit hin. Beide Geschlechter gaben an, gleich groß von verschiedenen Einsamkeitsgefühlen betroffen zu sein. Wohl aber hinsichtlich einiger anderer soziodemografischer Variablen wurden Unterschiede festgestellt, die eine Differenzierung und Diskussion bedürfen.

Befragte im mittleren *Alter* zeigten, im Vergleich zu jüngeren und älteren Altersgruppen weniger von Einsamkeitsgefühlen betroffen zu sein. Dabei war kein Unterschied auszumachen zwischen „Schwächer Belasteten“ und „Stärker Belasteten“. Studien, die sich mit altersspezifischen Problemen in der Migration beschäftigen, sind besonders zahlreich an Jugendlichen erhoben worden, wobei mehr auf Identitätsprobleme bei Jugendlichen hingewiesen wird. Aufgrund von Befunden dieser Arbeit kann man altersspezifische Unterschiede auf die Rolle der Sprachkenntnisse und Aufenthaltsdauer in Deutschland zurückführen. So könnte gezeigt werden, dass die Befragten im mittleren Alter eben diejenigen sind, die eine bessere Sprachkenntnis und eine längere Aufenthaltsdauer in Deutschland haben (Tabelle A19 im Anhang A). Somit deutet dies auf die besondere Rolle der Sprache als Kommunikationsmittel hin und zeigt, dass mit der Beherrschung der Sprache auch die Einsamkeitsgefühle positiv beeinflusst werden.

Nichtsdestoweniger regen somit die Befunde hinsichtlich der Einsamkeit und

*Aufenthaltsdauer* zu der Annahme an, dass die am Anfang der Migration sehr stark vorhandenen Gefühle der Einsamkeit im weiteren Verlauf der Migration mit Entwicklung eigener Kompetenzen kontinuierlich abnehmen, so dass die Befragten mit einer höheren Aufenthaltsdauer von geringeren Einsamkeitsgefühlen berichten im Vergleich zu anderen Aufenthaltsgruppen. Dabei war zu beobachten, dass die Befragten, die erst unter fünf Jahren in der Migration leben im Vergleich zu anderen Aufenthaltsgruppen sehr viel stärker emotionale Einsamkeit äußern, die darauf zurückzuführen ist, dass sie zu anderen Menschen nicht eine intensive, verhältnismäßig dauerhafte Beziehung finden können, wobei sie unter fehlenden Gefühlen von Zuneigung und Sicherheit leiden.

Neben dieser Form der Einsamkeit äußerten sie auch stärkere soziale Einsamkeit, die im Vergleich zu den von anderen Aufenthaltsgruppen berichteten geringeren Gefühlen der sozialen Einsamkeit auf ein fehlendes soziales Netz und Zugehörigkeitsgefühl dieser Gruppe hindeutet. Dagegen liefern die Befunde der drei anderen länger in Deutschland lebenden Aufenthaltsgruppen Grund zu der Annahme, dass es ihnen im Verlauf der Jahre in der Migration gelungen sein sollte, sowohl ihr soziales Netz als auch ihre intensive und dauerhafte Beziehung zu anderen Menschen dermaßen zu verändern, dass sie auch weniger von Einsamkeitsgefühlen in diesen Bereichen geplagt werden.

Im Vergleich war die Intensität der geäußerten kulturellen Einsamkeit bei allen Aufenthaltsgruppen niedriger und zeigte im Verlauf der Aufenthaltsgruppen eine kontinuierliche aber nicht so starke Verminderung wie bei der emotionalen Einsamkeit. Diese Ergebnisse bestätigen wieder die vielfältig belegte Tatsache, dass das soziale Netzwerk einer Person die wichtigste Ressource für die emotionale wie auch für die soziale Beziehung darstellt (z.B. Thomas, 1991). Es kann auch erwähnt werden, dass sich ein soziales Netzwerk hinsichtlich der von Befragten empfundenen kulturellen Einsamkeit positiv auswirkt, wobei die kommunikativen Kompetenzen der Person eine tragende Rolle spielen.

In der Literatur werden ein fehlendes soziales Netzwerk in der Migration und die gesellschaftliche Ablehnung der Migranten als ein besonders zu verkraftender Aspekt diskutiert. Dabei wird auch angenommen, dass selbst eine längere Aufenthaltsdauer nicht bedeutet, dass Migranten Deutschland als Identitätsquelle benennen (z.B. Schwarzer, Lange & Jerusalem, 1981). Die Befunde dieser Arbeit können dies nicht bestätigen und zeigen im Gegenteil, dass sich der soziale Kontakt mit der Gesellschaft doch als Folge der Akkulturation verbessert. Das soziale Netzwerk ist am Anfang der Migration nicht gegeben und wird sich erst entwickeln müssen. Wie aus der Forschung bekannt, nehmen die Kontakte zu der Aufnahmegesellschaft erst fünf Jahre nach der Migration merklich zu (Kossolapow, 1987, zit. in Riecken, 1999).

In Bezug auf die Entwicklung des Kontakts mit der neuen Gesellschaft zeigen die Befunde dieser Arbeit, dass einige Faktoren eine besondere Rolle spielen. Als wichtigen Faktoren traten deutsche Sprachkenntnisse und (in einer späteren Phase) der Erwerb der deutschen Staatsangehörigkeit in den Vordergrund (was auch in Anlehnung an stärker bewertete subjektive Einschätzung der Integration in Deutschland eine Bestätigung findet). Dass die Befunde auch einen negativen Zusammenhang zwischen kultureller Einsamkeit und der Variable „der deutschen Kultur fremd gegenüber stehen“ aufweisen, bestätigt nur, dass mit zunehmender Kenntnis der deutschen Sprache und stärker werden der subjektiven Einschätzung von Integration in Deutschland, auch die sich im Vergleich zu sozialer und emotionaler Einsamkeit nicht so stark empfundene kulturelle Einsamkeit und dementsprechend die Fremdheit der deutschen Kultur verändert.

Des Weiteren zeigten die Befunde, dass ein höherer *Akkulturationsgrad* der Einsamkeit entgegenwirken kann, besonders bei emotionaler und kultureller Einsamkeit. Dabei zeigten die Fragen nach „subjektiver Einschätzung der eigenen Integration in Deutschland“, dass Deutschkenntnisse und Bleibeabsicht wie auch die Werteinschätzung der positiven Seiten der deutschen Kultur eine tragende Rolle spielen. Die Befunde wiesen auf einen negativen Zusammenhang zwischen Akkulturationsgrad und der Intensität der empfundenen Einsamkeitsgefühle hin.

Aufgrund der Befunde über die Patientenstichprobe ist von einer sehr starken Beteiligung der Einsamkeitsgefühle bei psychischer Symptombelastungen auszugehen. Diesbezüglich zeigten die Befunde, dass die Patientenstichprobe in allen Bereichen der Einsamkeit aber besonders bei sozialer und kultureller Einsamkeit im Vergleich zur Zufallsstichprobe eindeutig stärkere Einsamkeitsgefühle äußert<sup>69</sup>. Die Daten zeigen, dass das psychische Befinden der Befragten von ihren Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen wie auch von ihren Bewältigungsstrategien abhängig sind. Ein Einfluss dieser Faktoren auf Einsamkeit konnte auch gezeigt werden (Tabelle 21 im Anhang A). Dabei wiesen die Befunde auf einen positiven Zusammenhang zwischen negativen Bewältigungsstrategien und allen Einsamkeitsbereichen, besonders auf einen hohen Zusammenhang zwischen negativen Bewältigungsstrategien und sozialer Einsamkeit wie auch Unfähigkeit zum Alleinsein hin.

Hinsichtlich der Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen bestanden negative Zusammenhänge zwischen Internalität und Selbstkonzept und positive Zusammenhänge zwischen Externalität und Einsamkeit. Daraus lässt sich ableiten, dass Einsamkeitsgefühle als Begleiterscheinung sehr oft bei psychischen Störungen vorkommen und in Abhängigkeit von

---

<sup>69</sup> Auch in einer früheren Arbeit über die iranischen Migranten in Hamburg wurde von einer hohen kulturellen und emotionalen Einsamkeit als Folge einer Entwurzelung und eines nicht bestehenden sozialen Netzes berichtet (Rahrahshian, 1996).

Attributions- und Bewältigungsstil zur Aufrechterhaltung der zugrunde liegenden Störung beitragen.

Wie aus der Forschung bekannt, stellt das soziale Netzwerk einer Person die wichtigsten Ressourcen für die emotionalen wie auch sozialen Beziehungen dar (Thomas, 1991) und kann als eine normative Ressource zur Stressbewältigung im sozialen Leben mit anderen Menschen dienen (Schwarzer & Leppin, 1989)<sup>70</sup>. Auch im Verhältnis zur Stichprobe der „Stärker Belasteten“ und „Schwächer Belasteten“ kann diese Aussage bestätigt werden. Jedoch zeigten die „Stärker Belasteten“ intensivere Beeinträchtigung durch emotionale Einsamkeit. Insgesamt lag in Bezug auf die Einsamkeitsgefühle das Verhältnis der Patientenstichprobe zur Zufallsstichprobe weit mehr höher auseinander als das Verhältnis der „Schwächer Belasteten“ zu den „Stärker Belasteten“. Auch im Verhältnis der schwächer und stärker Belasteten zeigt sich eindeutig, dass ein höheres „Selbstkonzept in eigene Fähigkeiten“ und eine höhere „Internalität hinsichtlich der Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen“ einher geht mit weniger Gefühlen der Einsamkeit, besonders mit sozialer und emotionaler Einsamkeit wie auch mit der Unfähigkeit zum Alleinsein.

### **Befindlichkeit und psychosoziale Krisen**

Vor allem im Hinblick auf eine mögliche Verwertung der Ergebnisse dieser Untersuchung für die Entwicklung präventiver Maßnahmen sind psychische Symptombelastungen im Zusammenhang mit den beschriebenen Ergebnissen aus Akkulturation und momentanen psychosozialen Krisen wichtig. Es hat sich gezeigt: während Akkulturation und psychische Symptombelastung negativ miteinander korrelieren, zeigen die Befunde weiter, dass Akkulturation mit externalen Attributionen wie auch mit negativen Bewältigungsstrategien in Zusammenhang stehen. Diese Befunde weisen insgesamt darauf hin, dass die Unterschiede in der psychischen Symptombelastung im direkten Zusammenhang zu den jeweiligen Attributions- und Bewältigungsstilen stehen. Um diesen Unterschied noch weiter erklären zu können, scheinen die Befunde über momentane psychosoziale Konflikte einen eigenen Beitrag zu leisten.

---

<sup>70</sup> Im Migrationsbereich gibt es selten Studien, die sich speziell mit Einsamkeit als psychosoziale Folge der Migration beschäftigen. Es wird von Einsamkeit als Folge fehlender sozialer Beziehungen ausgegangen (vgl. z.B. Schwarzer et al., 1993). Berry et al. (1987) argumentieren, dass die Auseinandersetzung mit akkulturativem Stress von verringerter psychischer Gesundheit und Gefühlen der Einsamkeit als Folge von Randständigkeit begleitet wird. Ein kleines soziales Netzwerk ist generell mit häufigeren Hospitalisierungen und auch mehr ambulanten Behandlungen verbunden (Becker et. al., 1997).

Erwartungsgemäß zeigten die Befunde hinsichtlich psychischen Befindens und psychosozialer Konflikte, dass zwischen psychischer Symptombelastung und der Mehrheit der momentanen psychosozialen Konflikte durchgehend positive und zum Teil hohe Zusammenhänge bestehen<sup>71</sup>. Insgesamt weisen diese Zusammenhänge darauf hin, dass Personen mit einem hohen Wert auf GSI auch mit tieferen Konflikten in den benannten Bereichen konfrontiert sind. Aus der Literatur weiß man hierüber, dass besonders interpersonelle Konflikte mit affektiven und neurovegetativen Zuständen zusammenhängen und beim Andauern dieser Konflikte zur Entwicklung ernsthafter Störungen führen können (vgl. De Jong, 1999).

Im Zusammenhang mit generalisierten Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen liefern die Befunde Grund zu der Annahme, dass die erfassten Konflikte auf das psychische Befinden der Befragten besonders negativ (im Sinne größerer Symptombelastung) wirken, wenn die Person stärkere Tendenzen zu Externalität als zu Selbstwirksamkeit zeigt.

Die Stichproben „Stärker Belastete“ und „Schwächer Belastete“ unterschieden sich auch aufgrund ihrer Werte hinsichtlich momentaner psychosozialer Konflikte deutlich voneinander. Die „Schwächer Belasteten“ zeigten weniger Belastung durch psychosoziale Konflikte. Die Testergebnisse aus dem Mittelwertvergleich der Stichproben ergaben signifikante Unterschiede für das Zustandekommen der weit höheren Mittelwerte der „Stärker Belasteten“ im Vergleich zu denen der „Schwächer Belasteten“ bei 11 von insgesamt 15 Konfliktbereichen.

Der Aufbau und die Nutzung eines adäquaten Selbstwirksamkeit vs. Externalität in generalisierten Kompetenz- und Kontrollüberzeugung ist für das Leben in der Migration besonders wichtig, weil dadurch der Akkulturationsprozess erleichtert werden kann. So zeigen „Schwächer Belastete“ im Vergleich zu „Stärker Belasteten“ insgesamt bessere Werte bei der Akkulturation, weil sie sich auch aufgrund ihrer Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen von einander unterscheiden.

Hinsichtlich der „momentanen psychosozialen Konflikte“ konnte einerseits gezeigt werden,

---

<sup>71</sup> Der GSI zeigte den größten Zusammenhang zu Problemen hinsichtlich Hobbys und Freizeit ( $r = .46, p < 0.01$ ). Diesen folgten Probleme mit der Gesundheit ( $r = .45, p < 0.01$ ), Umgang mit den Behörden ( $r = .44, p < 0.01$ ), Freundeskreis ( $r = .41, p < 0.01$ ), Wohnprobleme ( $r = .39, p < 0.01$ ), Beruf und Ausbildung ( $r = .36, p < 0.01$ ), Umgang mit den Landsleuten ( $r = .34, p < 0.01$ ), Aufenthaltsprobleme ( $r = .31, p < 0.01$ ), Probleme mit der deutschen Sprache ( $r = .22, p < 0.05$ ) und Finanzielles ( $r = .22, p < 0.05$ ). Die Interkorrelationen weisen auf einen hohen Zusammenhang der Variablen „Hobby und Freizeit“ mit den hier aufgeführten Bereichen hin. Jedoch wiesen Konfliktbereiche wie in der „Ehe- bzw. Partnerschaft“, der „Erziehung“, dem „Umgang mit den Deutschen und der deutschen Kultur“, der „Fremdenfeindlichkeit“ und „Vorurteilen und Ablehnung“ keinen Zusammenhang mit dem GSI der Befragten auf. Die Ergebnisse zeigten Zusammenhänge zu einzelnen Subskalen der SCL-90-R (Tabelle A14 im Anhang).

dass eine höhere Selbstwirksamkeit mit weniger Belastung durch Konflikte einhergeht, und dass mehr Belastung durch diese Konflikte in einem positiven Zusammenhang zur externalen Ursachenzuschreibung steht. Andererseits zeigte sich hinsichtlich der konfliktspezifischen Kontrollüberzeugungen, dass durch einen Attributionsstil, der beinhaltet, interne Ursachenzuschreibungen für negative Ereignisse vorzunehmen, aufgrund von dadurch entstehenden Schuldgefühlen die Wahrscheinlichkeit der Hilflosigkeit und Depression erhöht wird. Hier kommt es darauf an, wie man die entstandenen Konflikte bewertet, ihnen begegnet und mit ihnen umgeht. Es geht weniger darum, zu klären, warum die Konflikte entstehen.

Hierbei zeigte sich die Rolle der Variablen wie Einsamkeit, Familienstand, Aufenthaltsdauer, Aufenthaltsstatus und der Grad der Akkulturation der Befragten als besonders wichtig. Es zeigt sich, dass die durch die Migration verschärften psychosozialen und interpersonellen Konflikte erst durch das Zusammenkommen mit einer Reihe von verschiedenen individuellen Merkmalen das psychische Befinden beeinträchtigen und zu Störungen führen.

Dass die Befragten mit einer längeren Aufenthaltsdauer eine stärkere Selbstwirksamkeit und niedrigere Externalität zeigten, kann diese Aussage nur bekräftigen. Denn sie zeigten nicht nur einen höheren Wert bei der Akkulturation, sondern auch weniger psychische Symptombelastung, weil sie vermutlich den Schweregrad der Konflikte anders bewerten und ihnen auch anders begegnen.

Nach den Befunden kann man davon ausgehen, dass „Schwächer Belastete“ aufgrund ihrer höheren Werte bei generalisierten Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen selbstwirksamer sind, weil sie autonom handeln. Dies befähigt sie auch in neuartigen Situationen wie in der Migration aufgrund ihrer Überzeugung mehr wirksame Handlungsmöglichkeiten zu sehen und sie auch einsetzen zu können. Daher legen auch diese Befunde nahe, dass ein „generalisiertes Selbstkonzept in eigene Fähigkeiten“ und „Internalität in generalisierten Kontrollüberzeugungen“ wirksamer sind, um mit dem durch die psychosozialen Konflikte entstandenen Dauerstress in der Migration gesunder umgehen zu können als stärkere, „generalisierte und externale Überzeugungen“<sup>72</sup>.

Ein weiterer Befund, der dem gleichen Muster folgt wie die Rolle der Attributionen beim Erleben psychosozialer Konflikte, betrifft die Bedeutung der Bewältigungsstrategien. Die

---

<sup>72</sup> Anhand der Befunde über die bereichsspezifischen (KKG) und konfliktspezifischen Kontrollüberzeugungen (MPSK) konnte gezeigt werden, dass bei der Rolle der internalen bzw. externalen Kontrollüberzeugungen die Frage wichtig ist, worauf sich die internalen und externalen Kontrollüberzeugungen beziehen. Denn wie bereits nach der Attributionstheorie von Kelly erwähnt wurde, besteht eine direkte Beziehung zwischen Informationsgrundlage und der daraus erschlossenen Ursachenzuschreibung. D.h. allein aufgrund einer internalen Ursachenzuschreibung ohne in Betracht ziehen der Fragestellung kann nicht auf einen funktionalen oder dysfunktionalen Attributionsstil geschlossen werden.



Befunde zeigen einen positiven Zusammenhang zwischen 9 von 15 Konfliktbereichen und negativen Bewältigungsstrategien. Auch angesichts nicht allzu hoher Korrelationskoeffizienten (zwischen  $r = .20$  bis  $r = .30$ ) legen die Befunde die Vermutung nahe, dass die momentanen psychosozialen Konflikte deswegen verschärft aufrechterhalten werden, weil die Bewältigungsversuche der Betroffenen eben dysfunktional sind.

### **Abschließende Betrachtung und Ausblick**

Die erhobenen Daten über psychische Symptombelastungen der Befragten stellen keine Diagnosen im eigentlichen Sinne dar, sondern eine Zuordnung der Beschwerden und eine Zustandsbeschreibung. Trotzdem bestätigen diese Befunde einerseits, dass psychische Gesundheit und Störung keine klaren Gegensätze sind bzw. keine Endpole eines Kontinuums darstellen. Sie zeigen vielmehr, dass es zwischen psychischer Gesundheit und psychischer Störung ganz unterschiedliche Ausprägungen gibt. Des Weiteren zeigten diese Befunde, dass nicht nur oberhalb, sondern auch unterhalb der Schwelle von Störungen eine deutlich starke Belastung der Befragten zu finden ist, was daraufhin deutet, dass alle Befragten in der Auseinandersetzung mit den akkulturativen Prozessen starke migrationspezifische wie auch migrationsunspezifische psychische Belastungen erfahren. Viele sind es gewohnt, hohe Belastungen zu tragen und sehen vermutlich aufgrund eines kulturell bedingten Krankheitsverständnisses ihre depressive und anderen Zustände erst dann als behandlungsbedürftig an, wenn sie ihre ganze Person betreffen.

Betrachtet man die hohen Ausprägungen der Depressivität der Befragten dieser Untersuchung (und die aus dem Iran berichteten Ergebnisse) in einem vergleichenden Zusammenhang zu der deutschen Normstichprobe in der SCL-90-R, stellt sich die Frage, was es für die Validität dieser Störungen bedeutet, wenn die Prävalenz der Depressivität bei iranischen Migranten in Deutschland (und bei Iranern im Iran) vielfach größer ist wie in Deutschland. Auf welchem Normalwert soll sich eine derartige Forschung bei der Schätzung der Prävalenz einer psychischen Störung bei der iranischen Bevölkerung verlassen? Diesen Fragen liegt nahe, dass psychische Beschwerden nicht international vergleichbar sind. Besonders wenn man der Definition von der WHO über die psychische Gesundheit folgt, welche die Gesundheit der Person aufgrund körperlichen, sozialen und psychischen Funktionierens definiert, tritt in den Vordergrund, dass die Beurteilung einer Störung ohne Berücksichtigung der Lebensgeschichte der Person in der Migration an Fragen der Relevanz einbüsst.

Die Frage nach „Warum entwickelt man in der Migration z.B. eine depressive Störung“ kann nicht eindeutig und allein aufgrund des Lebens in der Migration beantwortet werden, denn

hier spielen sowohl individuelle Erfahrungen der Befragten mit der „makro-depressogenen“ (Hegemann & Salman, 2001) iranischen Gesellschaft eine Rolle als auch der bestehende Bruch im persönlichen Lebenslauf des Migranten nach dem Akt der Migration. Denn dabei spielen sozialpsychologisch schädliche Sozialisationsverhältnisse im Iran sowie ständige Überforderungen oder schwerwiegende Verluste als Folge der Migration immer eine Rolle und sie können nicht voneinander isoliert betrachtet werden.

Auch die Frage nach „Wozu entwickelt man eine Depression“ kann nicht eindeutig beantwortet werden. Denn die Depression ist mehr als eine Funktionsstörung im Alltag. Oft ist damit auch die persönliche innere Auseinandersetzung mit einer beängstigenden Veränderung verbunden. Speziell in der klinisch-psychologischen Migrationforschung zeigen viele Arbeiten, dass es hierbei leicht zu Missverständnissen und Fehldiagnosen kommen kann. (Dabei kommt es nicht nur auf sprachbedingte Probleme an, die zu Fehldiagnosen führen, sondern vielmehr auf die Vorstellung von Allgemeingültigkeit der Erfahrung und des Emotionsgehalts der sprachlichen Äußerungen während des Anamneseprozesses). Dies stellt sich sicherlich als ein großes Problem in der psychotherapeutischen Arbeit dar. Besonders wenn Behandler und Hilfesuchende unterschiedlichen Werten und Maßvorstellungen folgen. Der Behandler muss deshalb in der psychologischen Arbeit mit Patienten ausländischer Herkunft umfassende Kenntnisse über kulturelle Einflüsse und Einflüsse des akkulturativen Prozesses haben.

In diesem Zusammenhang zeigte sich, dass das psychische Befinden, die Entwicklung und Aufrechterhaltung von psychischen Störungen in der Migration in Anbetracht der Befunde dieser Arbeit an das Zusammenwirken mehrerer Variablen bzw. Risikofaktoren gebunden sind. Diese Faktoren bestimmen hier in Form einer Transaktion zwischen Rahmenbedingungen bzw. Migrationsumständen und individuellen Fähigkeiten und Ressourcen die Höhe der psychischen Symptombelastung der Betroffenen. Dazu gehörten Ablehnung und Marginalisierung, die zur Zerstörung des Selbstwertgefühls und des Selbstvertrauens führen, sozioökonomische Beeinträchtigungen, die zu Armut, Entbehrung, Arbeitslosigkeit und Verlust des sozialen Status führen genauso wie die Entwurzelung und fehlende soziale Beziehungen, die als Folge zu Einsamkeit, Isolation und Entfremdung führen.

Auch individuelle Voraussetzungen und Ressourcen, die allgemein gesprochen als persönliche Ressourcen das innerpsychische Erleben der Person und ihre Auseinandersetzung mit dem Akkulturationsprozess mitgestalten, bestimmten das psychische Befinden. Hierbei war die Rolle des Attributions- und Bewältigungsstils beim Umgang mit akkulturativem

---

Stress und beim Aufrechterhalten und der Entwicklung von psychischer Symptombelastung sehr deutlich. Der Unterschied zwischen „Stärker Belasteten“ und „Schwächer Belasteten“ hinsichtlich der Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen zeigte, dass Externalität bei Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen eine deutliche Rolle bei der Entwicklung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen spielt, wohingegen eine generalisierte Erwartung der Person hinsichtlich eigener Handlungsmöglichkeiten in verschiedenen Situationen und die subjektive Überzeugung, über das eigene Leben und die Ereignisse in zwischenmenschlichen Situationen selbst Kontrolle zu haben vor einer starken psychischen Instabilität schützt.

Wie dargestellt und diskutiert, hat eine externale Attribuierung den Vorteil, für die Person plausibel zu machen, weshalb die Ereignisse nicht den eigenen Unzulänglichkeiten anzulasten sind und bietet eine selbstwertschützende Funktion an. Die Neigung zur starken externalen Attribuierung führt aber auch dazu, dass man die Ereignisse in seiner Umwelt passiv registriert, was mit der Gefahr einhergeht, dass man seine Stärken und damit auch seiner Vorteile in der Migration nicht gewahr wird und den neuen Forderungen gegenüber mit Gefühlen der Überforderung reagiert, seine Kompetenzen nicht erweitert und somit die Chancen für seine persönliche Entwicklung nicht wahrnimmt, womit sich die Hilflosigkeit als Folge fehlender oder unzureichender Selbstwirksamkeitserwartung verfestigt.

So spielt es in diesem Zusammenhang eine erhebliche Rolle, wenn Migranten für Förderungen der neuen Umwelt offen sind, was voraussetzt, dass man als Reaktion auf veränderte Rahmenbedingungen im Alltag der Migration neue Kompetenzen entwickelt. Besonders in der Arbeit mit Patienten zeigte sich immer wieder, dass man daran gut tut, wenn man ihnen immer wieder vergegenwärtigt, dass sie mit ihrer Migration eben eine neue und veränderte Umwelt vor sich haben, die ja bestimmte grundlegende Forderungen an die Person stellt. Häufig war bei ihnen zu beobachten, dass sie sich aus Überforderungsgefühlen von der Außenwelt abgeschirmt hatten, sich total in ihre Familie zurückgezogen haben und die Ereignisse in ihrer Umwelt so nicht wahrnahmen. Sie hatten ihren Kontakt mit anderen Menschen (Deutschen wie auch Iranern) auf das Minimum reduziert und sich über Jahren hinweg mit ihren innerfamiliären Konflikten beschäftigt. Unter diesem Umstand, was einer Wahrnehmungsverweigerung der Realität ähnelt, verwundert es auch nicht allzu sehr, dass man jede Uneinstimmigkeit in der Beziehung zu seinem/r Partner/in intensiver wahrgenommen und sich in Beziehungen zueinander regelrechten Schaden zugefügt hatte (nach dem Motto: Du bist an allem Schuld, was ich erlebe).

Wie die im Rahmen dieser Arbeit zitierten Untersuchungen zeigen, entstehen neurotische Beziehungskonflikte bei iranischen Familien in der Migration oft aufgrund ständiger

Konflikte zwischen traditionellen und modernen Wertorientierungen. Aber der Wertewandel an sich findet bei Iranern nicht nur in der Migration statt. Der Iran befindet sich seit über 100 Jahren in diesem Prozess. Was die Migration diesbezüglich den Iranern mitgebracht hat, ist nicht der Wertewandel an sich, sondern viel mehr kommt es auf das Tempo und die Heterogenität der Fragen an, mit denen man sich in der veränderten Umwelt auseinander zu setzen hat. Aus der Erfahrung mit Patienten kann ich die bereits beschriebene Verhaltensweise der Wahrnehmungsverweigerung zu den wesentlichen Gründen zählen, die bei der Klärung der hohen Scheidungsrate der Iraner im Ausland und der Befragten dieser Untersuchung mitbetrachtet werden soll. Dies fand auch eine Bestätigung in dem negativen Zusammenhang zwischen Akkulturation und psychosozialen Konflikten.

Als sehr wesentlicher Bestandteil der neu zu erwerbenden Kompetenzen zeigte sich die Sprachkompetenz. Der Erwerb der deutschen Sprache schien als Ausdruck oder Teil des Komplexes der neuen Kultur sehr großen Einfluss auf das psychische Befinden der Befragten zu haben.

Vor allem zeigte sich die Sprachkompetenz als eine der Variablen, die zur besseren und effektiveren Handlungskompetenz in der Auseinandersetzung mit den neuen Anforderungen führen. Denn durch das Erlernen der neuen Sprache werden auch unsere Gedanken und Vorstellungen geformt, so dass der neuen Umwelt und den Ereignissen nicht passiv begegnet werden muss.

Zu welcher Form der Attribuierung man neigt, wird in der Literatur von der Regelmäßigkeit abhängig gemacht, die man im Laufe des Lebens gelernt hat und mit der man bei ähnlichen Ereignissen immer wieder reagiert. Nicht weniger könnte man beim Vergleich zwischen länger und kurzer hier lebenden Befragten in der Sprachkompetenz die Rolle eines Katalysators zur Reorganisation der Ursachenzuschreibungen erkennen.

Fasst man neben dem Attributionsstil auch den Bewältigungsstil als wichtiges Persönlichkeitsmerkmal der Person bei der Wahrnehmung und Auseinandersetzung mit dem psychischen Stress in der Migration zusammen, deuteten bei ihnen die höheren Werte der „Stärker Belasteten“ sowohl bei stressreduzierenden wie auch bei stressvermehrenden Bewältigungsstrategien auf eine erhöhte Wahrnehmung des Akkulturationsstresses hin, wobei sie sich auch wegen ihres externalen Attributionsstils von den „Schwächer Belasteten“ unterschieden. Dies lässt auf einen Zusammenhang zwischen Attributions- und Bewältigungsstil in dem Sinne schließen, dass Personen mit einer starken Neigung zur externalen Attribuierung auch stärkere und häufigere Versuche unternehmen müssen, um mit

---

dem häufig wahrgenommenen Stress fertig zu werden. Aus dem Vergleich zwischen „Stärker Belasteten“ und „Schwächer Belasteten“ hinsichtlich der Höhe der psychischen Symptombelastungen und der Relation zwischen stressvermehrenden und stressreduzierenden Bewältigungsstrategien könnte man einen Zusammenhang zwischen negativen Bewältigungsstrategien und externalen Attributionen finden.

Die beobachteten Hauptunterschiede der beiden Stichproben hinsichtlich der Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen sowie der Bewältigungsstrategien zeigten, dass diese bei der Auseinandersetzung mit der in der Migration vorzufindenden Schwierigkeiten auch die Intergruppenunterschiede bei dem Akkulturationsgrad mitbestimmen. In diesem Zusammenhang spielte wiederum die Sprachkompetenz der Befragten derart eine Rolle, dass niedrige Sprachkompetenz mit höherer Externalität und höhere Sprachkompetenz mit mehr Selbstwirksamkeitserwartung einherging.

Die Aufenthaltsdauer schien auf Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen der Betroffenen derart einen Einfluss auszuüben, dass eine Reorganisation der Ursachenzuschreibungen von den Externalitäten zu Selbstwirksamkeitserwartung im Verlauf der Aufenthaltsdauer wahrzunehmen war. Dies könnte damit zusammenhängen, dass das Selbstbestimmungsrecht der Betroffenen in den anfänglichen Jahren weit eingeschränkt ist und dementsprechend auch ihre Handlungsmöglichkeiten durch sozial-rechtliche und gesellschaftlich-politische Rahmenbedingungen, was sich dann allmählich und im Zusammenhang mit dem Erwerb von neuen Kompetenzen verändert.

Migrationsspezifische Belastungsfaktoren und die in der Migration verschärften psychosozialen Konflikte zeigten bei dem psychischen Befinden eine große Relevanz. Als Verstärker der interpersonellen Konflikte dienten überwiegend negative Gedanken und Gefühle, die in Zusammenhang mit erschwerenden Bedingungen in der Migration zu verstehen waren. Als Mitverursacher und /oder Folge der psychischen Beschwerden waren vor allem negative Erfahrungen beim Schließen und Aufrechterhalten von Freundschaften mit anderen Iranern in der Migration zu finden und im Zusammenhang mit sozialer Ablehnung und Diskriminierung, im Erleben von Einsamkeit, in Problemen mit der Arbeit und Finanzen zu sehen. Nichtsdestoweniger äußerten die Befragten den starken Wunsch an die Einheimischen nach mehr Verständnis für andere Kulturen, nach emotionaler Wärme und mehr moralischer Unterstützung von Seiten der Gesellschaft und anderen Iranern.

Des Weiteren wiesen die Befunde eindeutig auf die besondere Rolle der Akkulturation für das

psychische Befinden der Befragten hin. Es wurde gezeigt, dass der Akkulturationsprozess stark durch Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen beeinflusst wird. Es wurde auch gezeigt, dass eine Erweiterung von Handlungs- und Bewältigungskompetenzen zu einem effektiveren Akkulturationsstil nämlich zur Integration führt. Dabei zeigte sich, dass Integration sich nur in Verbindung mit sprachlichen Kompetenzen entwickeln kann. Die Rolle der Sprachkompetenz bei Integration, Attributions- und Bewältigungsstil so wie bei der psychischen Symptombelastung bestätigt, dass „mit Hilfe der Sprache Wirklichkeiten konstruiert werden“ (Winkel, 1998) und auch die Qualität des sozialen Kontaktes war stark von der Fähigkeit zum Kommunizieren beeinflusst. Somit zeigte sich die Sprachkompetenz als wesentliches Merkmal der Akkulturation, als eine der wichtigsten Variablen, die sehr stark zu einer nachhaltigen Entwicklung in funktionaler Auseinandersetzung mit akkulturativem Stress führen kann.

Die Befunde zeigten, dass am Anfang der Migration die psychische Symptombelastung beträchtlich hoch ist. Mit länger werden des Aufenthaltes nimmt jedoch die psychische Symptombelastung ab, was dann in erster Linie damit zusammenhängt, dass mit der Aufenthaltsdauer der Grad der Akkulturation und somit die persönlichen Handlungskompetenzen zunehmen. Es wurde sogar gezeigt, dass die Deutschkenntnisse, der Erwerb der deutschen Staatsangehörigkeit und das subjektive Gefühl zur Integration in Deutschland proportional zur Aufenthaltsdauer ansteigen, und dass die Fremdheit der deutschen Kultur gegenüber mit der Dauer des Aufenthaltes abnimmt – was bedeutet, dass die psychischen Symptombelastungen in einem negativen Zusammenhang mit den neu erworbenen Kompetenzen stehen. Diese entwickelt sich aber nicht automatisch als Folge der Aufenthaltsdauer, sondern sie braucht die Bereitschaft der Aufnahmegesellschaft zur Chancengleichheit und die Bereitschaft der Migranten zur Integration.

Sicherlich spielen die Rahmenbedingungen in der Aufnahmegesellschaft eine große Rolle beim psychischen Befinden der Migranten. Es konnte gezeigt werden, dass das Leben in der Migration per se eine erhöhte Belastung darstellt. Um aufgrund der erhobenen Daten dieser Untersuchung einen Beitrag zu der Frage zu leisten, mit der sich die klinisch psychologisch orientierte Migrationsforschung befasst, nämlich die Frage nach den Zusammenhängen zwischen der Migration und psychischen Störungen, so stützen die erhobenen Daten hinsichtlich des Attributions- und Bewältigungsstils der beiden Stichproben die zentrale Annahme dieser Untersuchung, dass die Kontroll- und Kompetenzüberzeugungen

der Person im Zusammenhang mit (funktionalen und dysfunktionalen) Bewältigungsstrategien das psychische Befinden, die psychosozialen Konflikte, die Einsamkeit wie auch den Akkulturationsgrad stark mitbestimmen und von ihnen beeinflusst werden.

Zum besseren Begreifen und adäquater Erkenntnisse über aufrechterhaltende Faktoren der psychosozialen Störung in der Migration so wie zur weiteren Entwicklung adäquater Integrationsmaßnahmen sind noch umfassendere epidemiologischen Studien erforderlich. Diese Arbeit versteht sich nur als ein Schritt in dieser Richtung.

## Literaturverzeichnis

- Abramson, L.Y., Seligman, M.E.P. & Teasdale, J.D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal psychology*, 87, 49-74
- Adam, H. (1993). *Terror und Gesundheit: ein medizinischer Ansatz zum Verständnis von Folter, Flucht und Exil*. Weinheim: Deutscher Studien Verlag.
- Agha, F. (1998). *Lebensentwürfe im Exil: biographische Verarbeitung der Fluchtmigration iranischer Frauen in Deutschland*. Frankfurt/Main: Campus.
- Ahmad, S. & Rudolph, E. (1999). Traumatisierung. In: Woge e.V., Institut für Soziale Arbeit e.V (Hrsg.): *Handbuch der Sozialen Arbeit mit Kinderflüchtlingen*. Münster: Votum, S. 581-588
- Arenas, G. J. (1980). *Exil and psychopathology*. Denmark: KØbenhavns University.
- Arenas, G. J. (1993). *The psychic Crises of Refugees*. Denmark: Dansk psykologisk.
- Auernheimer, G. (1990). *Einführung in die interkulturelle Erziehung*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Ausländerbeauftragten (Hrsg.) (2001). *Migrationsbericht der Beauftragten der Bundesregierung für Ausländerfragen. Bericht über die Lage der Ausländer in der Bundesrepublik Deutschland*. Berlin und Bonn.
- Bagheri, Y.S. (1988). Epidemiologie der psychischen Störungen in der Stadt Yazd. (in Farsi: Hamegir Shenasi-e ekhtelalate ravani dar manateghe rustai-e meybod-e yazd.). *Andishe va Raftar* 2, S. 32-39.
- Bandura, A. (1998). Health promotion from the perspective of social cognitive theory. *Psychology and Health*, 13, 623-649.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A. (1981). *Soziale Unterstützung und chronische Krankheit*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Banning, H. (1995). *Bessere Kommunikation mit Migranten. Ein Lehr- und Trainingbuch*. Weinheim und Basel: BELTZ.
- Bastine, R. (1990). *Klinische Psychologie*, Bd. 1, 2. Aufl., Stuttgart: Kohlhammer.
- Bastine, R. (Hrsg.) (1992). *Klinische Psychologie, Band 2*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Baumann, U. & Perrez, M. (Hrsg.) (1998). *Lehrbuch Klinische Psychologie - Psychotherapie. Klassifikation, Diagnostik, Ätiologie, Intervention (2. Aufl.)*. Bern: Huber.
- Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen (Hrsg.) (2002). *Bericht der Beauftragten der Bundesregierung für Ausländerfragen über die Lage der Ausländer in der Bundesrepublik Deutschland*. Berlin.
- Berry & Sabatier, C. (1996). Acculturation and adaption of second generation youth in Montreal. *Paper presentated at the meeting of the International Association for Cross-Cultural Psychology*, Montreal, Quebec, Canada.
- Berry, J. W., & Sam, D. (1996). Acculturation and adaption. In J. W. Berry & M. H. Segall & C. Kagitçibasi (Eds.), *Handbook of cross-cultural psychology: Vol. 3. Social behaviour and applications* (pp. 291-326). Boston: Allyn & Bacon.



- Berry, J. W., Poortinga, Y. H., Segall, M. H., & Dasen, P. R. (1992). *Cross-cultural psychology: Research and applications*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Berry, J. W. & Kim, U. (1988). Acculturation and mental health. In P. Dasen, J.W. Berry & N. Sartorius (Eds.). *Cross-Cultural psychology and health: Towards applications*. Newbury Park: Sage.
- Berry, J. W. (1980). Acculturation as varieties of adaptation. In A.M. Padilla (Ed.). *Acculturation: Theory, models and some new findings*. Colorado: Westview.
- Berry, J. W. (1988). Acculturation and psychological adaptation: A conceptual overview. In J.W. Berry & R.C. Annis (Eds.). *Ethnic Psychology: Research and Practice with Immigrants, Refugees, Native Peoples, Ethnic Groups and Sojourners*. Amsterdam & Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Berry, J. W. (1990). Psychology of akkulturation. In: R. Brislin (Ed.). *Applied cross cultural-psychology* (pp. 232-253). Newbury Park, CA: Sage.
- Berry, J. W. (1997). Immigration, Acculturation and Adaptation. *Applied Psychology: An International Review*, 46 (1), 5-34.
- Berry, J.W., Kim, U., Power, S., Young, M., & Bujaki, M. (1989). Acculturation Attitudes in Plural Societies. *Applied Psychology: An International Review*, 38, 185-206.
- Beutel, M. (1988). *Bewältigungsprozesse bei chronischen Erkrankungen*. Weinheim: edition medizin, VCH.
- Bigdely, I. & Hashemian, K. (1998). An Experimental Investigation of Attributional Style in Learned Helplessness. *Iranian Psychological Research*, 4, 60-71 (in Farsi).
- Blum, M. (1998). *Bewältigungsprozesse bei chronischen Erkrankungen*. VCH Edition Medizin: Weinheim.
- Blumenthal, S. (1986). *Attributionsstile psychiatrischer Patienten. Ihre Auswirkung auf das psychopathologische Syndrom und das Leistungsverhalten*. Diss. Universität Ulm.
- Brähler, E., Laubach, W. & Stöbel-Richter, Y. (2002). Belastung und Befindlichkeit von Arbeitslosen in Deutschland. In: J. Schumacher, K. Reschke & H. Schröder (Hrsg.), *Mensch unter Belastung* (S. 201-214). Frankfurt am Main: VAS.
- Braukmann, W. & Filipp, S.H. (1984). Strategien und Techniken der Lebensbewältigung. In U. Baumann, H. Berbalk & G. Seidenstücker (Hrsg.), *Klinische Psychologie. Trend in Forschung und Praxis* (Bd. 6, S. 52-87). Bern: Huber.
- Brinschwitz, M. (1993). *Attributionsstil und Depression. Eine empirische Studie zum Vergleich von phasisch depressiven Patienten mit und ohne Wahn*. Diss. Philipps-Universität Marburg.
- Brucks, U. (1994a). Gesundsein im Niemandsland? Psychosoziale Belastungen und Erkrankungsrisiken von Zuwanderern. *Zeitschrift für Politische Psychologie*, 1 (4), 5-20
- Brucks, U. (1994b). Psychosoziale und gesundheitliche Probleme der Migration. In A.J. Cropley, H. Ruddat, D. Dehn & S. Lucassen (Hrsg.), *Probleme der Zuwanderung. Aussiedler und Flüchtlinge in Deutschland* (S. 53-71). Göttingen, Stuttgart: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Chekini, S., Nikpour, B., Bagheri, S. (2001). Epidemiologie-e Ekhtelalate Ravani dar Qum (in Farsi). (deutsch: Epidemiologie der psychischen Störungen in der Stadt Qum). *Journal of Babol University of Medical Sciences*, 13, 44-51
- Collatz, J., Salman, R., Koch, E. & Machleidt, W. (Hg.) (1997). *Transkulturelle Begutachtung* (Das transkulturelle Psychoforum, Bd. 1). Berlin: VWB.

- Cropley, A. J., Ruddat, H., Dehn, D., & Lucassen, S. (Hrsg.) (1994). *Probleme der Zuwanderung*, Bd. I. Göttingen & Stuttgart: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Cropley, A.J. & Lüthke, F. (1994). Psychologische Aspekte der Adaptation von Zuwanderern. In: A.J. Cropley et al. (Hrsg.). *Probleme der Zuwanderung*, Bd. I. Göttingen & Stuttgart: Verlag für Angewandte Psychologie.
- David M., Borde, T & Kentenich, H. (2002). Die psychische Belastung von Migrantinnen im Vergleich zu einheimischen Frauen - der Einfluss von Ethnizität, Migrationsstatus und Akkulturationsgrad. *Geburtshilfe . Frauenheilkunde* 62: 37-44
- De Jong, J. (1999). Psychiatrische Probleme im Zusammenhang mit Verfolgung und Flüchtlingsstatus. In H., Helmchen, F. Henn, H. Lauter & N. Sartorius (Hrsg.), *Psychiatrie der Gegenwart*, Bd. 3, 4. Aufl. 483-520, Springer: Berlin.
- Derogatis, L.R. & Cleary, P.A. (1977). Confirmation of the dimensional structure of the SCL-90: a study in construct validation. *Journal of Clinical Psychology*, 33, 981-989.
- Darvishpour, M. (2003). Immigrant Women Challenge the role of men: How the changing power relationship within Iranian families in Sweden intensifies family conflicts after immigration. *Journal of Comparative Family Studies*, 33/2, 271-198.
- Deutsche Gesellschaft für Psychologie. (Hrsg.). (1987). *Richtlinien zur Manuskriptgestaltung*. Göttingen: Hogrefe.
- Doering, N. (1994). Einsam am Computer? Sozialpsychologische Aspekte der USENET Community. In C. Schönleber (Hrsg.), *2. Kieler Netztag '94, Kongressband* (S.7-36). Kiel: Claus Schönleber.
- DSM-IV: Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV.* (Deutsche Bearbeitung und Einleitung von H. Saß, H.-U. Wittchen und M. Zaudig) (1996). Göttingen: Hogrefe.
- Elbing, E. (1991). *Einsamkeit. Psychologische Konzepte, Forschungsbefunde und Treatmentansätze*. Göttingen: Hogrefe.
- Ellis, A. (1977). *Die rational-emotive-Therapie. Das innere Selbstgespräch bei seelischen Problemen und seine Veränderung*. München: Verlag J. Pfeiffer.
- Erdmann, G. (1983). *Zur Beeinflussbarkeit emotionaler Prozesse durch vegetative Variationen*. Weinheim: Beltz.
- Esser, H. (1980). *Aspekte der Wanderungssoziologie: Assimilation und Integration von Wanderern, ethnischen Gruppen und Minderheiten: Eine handlungstheoretische Analyse*. Darmstadt & Neuwied: Luchterhand.
- Esser, H. (2001): Integration und das Problem der „multikulturellen Gesellschaft“. In: Mehrländer, Ursula; Schultze, Günther (Hrsg.): *Einwanderungsland Deutschland: neue Wege nachhaltiger Integration*. Bonn: Dietz.
- Fery, D. (1987). Kognitive Theorien in der Sozialpsychologie. In: D. Frey & S. Greif (Hrsg.), *Sozialpsychologie*. (2. Aufl.), S. 50-67. München: Huber.
- Filipp, S.H. (Hg.) (1987). *Kritische Lebensereignisse*, 3. Aufl. Weinheim: PVU.
- Försterling, F. (1986). *Attributionstheorie in der Klinischen Psychologie*. München: Psychologie-Verlags-Union
- Franke, G. H. (1995). *Die Symptom-Checkliste von Derogatis – SCL-90-R*. Göttingen: BELTZ
- Freie und Hansestadt Hamburg. (1994). *Statistische Berichte. Loseblattsammlung:*

- Bevölkerung und Erwerbstätigkeit (A I4-hj. 2/93)*. Hamburg: Statistisches Landesamt.
- Frese, M. (1981). Arbeit und psychische Störung. In: W. Baumann, H. Berbalk & G. Seidenstücker (Hrsg.), *Klinische Psychologie – Trends in Forschung und Praxis*, Bd. 4, Huber: Bern, S. 48-97.
- Freud, S. (1926). *Hemmung, Symptom und Angst*. (Ges. Werke, Bd.14). London: Imago Publishing.
- Friedrichs, J. (1980). *Methoden empirischer Sozialforschung* (14. Aufl., 1990). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Garza-Guerrero, A.C. (1974). Culture Shock: Its Mourning and the Vicissitudes of Identity. *American Psychoanalytical Ass IV*, 22, H. 2, 408-429.
- Gerster, F. (1996). Zuwanderung und Arbeitsmarkt. Digitale Bibliothek. Abgefragt 27.03.03: <http://www.fes.de/fulltext/asfo/00680003.htm>
- Geulen, D. (1989) *Das vergesellschaftete Subjekt: zur Grundlegung der Sozialisationstheorie*. Frankfurt am Main : Suhrkamp
- Ghareman, M. (1993). Intercultural Communication with Iranian Clients, in: *OASIS-Bulletin*, Heft 3, S. 4-6
- Ghasemina, M. (1996). *Iraner und Iranerinnen in Deutschland. Migrationgeschichte, Lebenssituation und Integrationsprobleme*. Diss., Universität Hannover.
- Ghazinour, M., Richter, J. & Eisemann, M. (2003). Personality Related to Coping and Social Support Among Iranian Refugees in Sweden. *Journal of Nervous & Mental Disease*. 191(9): 595-603.
- Ghazipour, M. Richter, J. & Eisemann, M. (2004). Quality of Life Among Iranian Refugees Resettled in Sweden. *Jornal of Immigrant Health*, 6/2, 71-81
- Ghobari, B., Bolhari, J. (2001). The Current State of Medical Psychology in Iran. In: H. Ronald, Ph. D. Rosensky, *Journal of Clinical Psychology in Medical Setting*. 8/1, 39-43
- Grobe, T. G. & Schwartz, F. W. (2003). *Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Gesundheitsberichtstattung des Bundes*, 13. Berlin: Robert Koch Institut.
- Haasen C, Yagdiran, O. (Hrsg.) (2000). *Beurteilung psychischer Störungen in einer multikulturellen Gesellschaft*. Freiburg im Breisgau, Lambertus-Verlag.
- Haasen, C., & Sardashti, H. (2000). Zusammenhang zwischen Depressivität und psychosozialer Belastung bei iranischen Migranten. *Psychiatrische Praxis*, 27, 74-76.
- Hammer, A.L. & Marting, M.S. (1988). *Manual for Coping Resources Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Hamshahri, Iran Daily Newspaper (Social-Cultural-Economical), (2002) Abgefragt 13.07.03: <http://news.gooya.com/2002/24/pdf/2410-02.pdf> (in Farsi).
- Han, P. (2000). *Soziologie der Migration: Erklärungsmodelle, Fakten, Politische Konsequenzen, Perspektiven*. Stuttgart: Lucius & Lucius.
- Hautzinger, M. (Hrsg.) (2000). *Kognitive Verhaltenstherapie bei psychischen Störungen*. 3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Beltz: Weinheim.
- Heckmann, F. (1992). *Ethnische Minderheiten, Volk und Nation: Soziologie interethnischer Beziehungen*. Stuttgart: Enke.
- Heckmann, F. (1981). *Die Bundesrepublik - ein Einwanderungsland?* Stuttgart
- Hegemann, T. & Salman, R. (2001). *Transkulturelle Psychiatrie: Konzepte für die Arbeit mit*

- Menschen aus anderen Kulturen*. Psychiatrie-Verlag: Bonn.
- Heider, F. (1977). *Die Psychologie der Interpersonalen Beziehungen*. Stuttgart: Klett.
- Heider, F. (1978). Wahrnehmung und Attribution. In: D. Görnitz, W. U. Meyer, B. Weiner (Hrsg.). *Bielefelder Symposium über Attribution*. Stuttgart: Klett.
- Henning, C. & Weissner, S. (1982). *Lager und menschliche Würde. Die psychische und rechtliche Situation der Asylsuchenden im Sammellager Tübingen*. Tübingen.
- Hessel, A., Schumacher, J., Geyer, M., Bähler, E. (2001). Symptom-Checkliste SCL-90-R: Testtheoretische Überprüfung und Normierung an einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe. *Diagnostica*, 47 (1), 27-39
- Hesse-Lehmann, K. (1993). *Iraner in Hamburg. Verhaltensmuster im Kulturkontext*. Berlin
- Hewestone, M. & Fincham, F. (2001). Attributionstheorie und -forschung: Grundlegende Fragen und Anwendungen. In W. Stroebe, J. Klaus, M. Hewestone (Hrsg.), *Sozialpsychologie. Eine Einführung*. 4. überarb. und erw. Aufl. Berlin: Springer.
- Hofer, J. (1688). *Dissertation medica*. Basel, (zit. in: U. Brucks, 1994).
- Hojat, M. (1982). Psychometric characteristics of the UCLA- Loneliness Scal: A study with Iranian college students. *Educational and Psychological Measurment*, 42, 917-925.
- Hojat, M. (1983). Comparison of transitory and chronic loners on selected personality variables. *British Journal of Psychology*, 74, 199-202.
- Hojat, M., Shapurian, R. & Mehryar, Amir H. (1986). Psychometric Properties of a Persian Version of the Short Form of the Beck Depression Inventory for Iranian College Students. *Psychological Reports* 59: 331-338
- Hojat, M., Shapurian, R., Forughi, D., Nayerahmadi, H, Foroughi, D., Parsi, M. & Azizi, M. (2000). Gender differences in the traditional attitudes towards marriage and the family: An empirical study of Iranian immigrants in the USA. *Journal of Family Issues*, 21 (4), 419-443.
- Holmes, T.H. & Rahe, R.H. (1987). The social readjustment rating scal. *Jornal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.
- Holzappel, R. (1999): Kinder aus asylsuchenden und Flüchtlingsfamilien: Lebenssituation und Sozialisation. Unter Berücksichtigung der Lage unbegleiteter minderjähriger Kinderflüchtlinge. In: B. Dietz & R. Holzappel: *Kinder aus Familien mit Migrationshintergrund. Materialien zum 10. Kinder- und Jugendbericht*. Bd 2. DJI, München, S. 53-233
- ICD-10: WHO (Hrsg.). (2004/2005). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen*. 5. durchgesehene und ergänzte Aufl. Übersetzt und herausgegeben von: H. Dilling, W. Mombour, M. H. Schmidt, Bern: Hans Huber.
- Janke, W., Erdman, G. & Kallus, W. (1985). *Stressverarbeitungsfragebogen*. Göttingen: Hogrefe.
- Jerusalem, M. (1988). Selbstwert, Ängstlichkeit und Sozialklima von jugendlichen Migranten. *Zeitschrift für Sozialpsychologie*, 19, 53-62.
- Jerusalem, M. (1992). Akkulturationsstress und psychosoziale Befindlichkeit jugendlicher Ausländer. *Report Psychologie*, 2, 16-25.
- Jerusalem, M. & Schwarzer, R. (1992). Self-efficacy as a Resource Factor in Stress Appraisal Processes. In R. Schwarzer (Ed.), *Self-efficacy: Thought Control in Action*, Washington: Hemisphere Publishing.

- Jerusalem, M. (1994). Stress und Stressbewältigung: Wie Ressourcen das Denken und Handeln verändern. In R. Schwarzer & M. Jerusalem (Hrsg.). *Gesellschaftlicher Umbruch als kritisches Lebensereignis: Psychosoziale Krisenbewältigung von Übersiedlern und Ostdeutschen*. Weinheim & München: Juventa.
- Jones, E. E. & Davis, U. E. (1965). From acts to disposition: The attribution process in person perception. In: L. Berkowitz (Ed.). *Advances in experimental social psychology*. (Vol.2). New York, Academic Press.
- Kazemipour, A. (2001). Immigrants and new poverty: The case of Canada. *International migration review*, Bd. 35, P. 1129-1156.
- Kelly, H. H. (1967). Attribution theory in social psychology. In: D. Levine (Ed.). *Nebraska Symposium on Motivation*. Lincoln: University of Nebraska Press. (zit. in Försterling, 1986).
- Kelly, H. H. (1972). *Causal Schemata and the attribution process*. Moristown, N.J.: General Learning Press. (zit. in Försterling, 1986).
- Kelly, H. H. (1973). The process of causal attribution. *Western Psychological Association*. Los Angeles. (zit. in Försterling, 1986).
- Khoshrouy-Sefat, H. (nicht benannt), *Migration und seelische Krankheit. Analytische Psychotherapie mit Migranten aus traditionsgeleiteten Gesellschaften – speziell aus dem Iran*. Abgefragt 20.01.05 von: [www.adler-institut.de/pdf/aaim\\_02.pdf](http://www.adler-institut.de/pdf/aaim_02.pdf)
- Klingensfeld, S. (1994). Psychologischberatende Gespräche mit Aussiedlern und Flüchtlingen. In A. Cropley, H. Ruddat, D. Dehn, & S. Lucassen (Hrsg.), *Probleme der Zuwanderung. Aussiedler und Flüchtlinge in Deutschland* (S. 33-52). Bd. 1. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Klingensfeld, S. (1994). Psychologische beratende Gespräche mit Aussiedlern und Flüchtlingen. In A. Cropley, H. Ruddat, D. Dehn, & S. Lucassen (Hrsg.), *Probleme der Zuwanderung. Aussiedler und Flüchtlinge in Deutschland* (S. 33-52). Bd. 1. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Koch, E. (2003). *Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatische Rehabilitation und Migration*. Abgefragt 01.05.04 von [http://www.integrationsbeauftragte.de/download/Gesunde\\_Integration.indd.pdf](http://www.integrationsbeauftragte.de/download/Gesunde_Integration.indd.pdf).
- Kohte-Meyer, I. (1999). Spannungsfeld Migration: Ich-Funktionen und Ich-Identität im Wechsel von Sprache und kulturellem Raum. In: F. Pedrina, V. Saller, R. Weiss & M. Würzler (Hrsg.), *Kultur, Migration, Psychoanalyse: Therapeutische Konsequenzen theoretischer Konzepte* (S.71-97). Tübingen: Edition diskord.
- Korthals-Beyerlein, G. (1979). Soziale Normen. Begriffliche Explikation und Grundlagen empirischer Erfassung. Fink: München.
- Kossolapow, L. (1987). *Aussiedler-Jugendliche: Ein Beitrag zur Integration Deutscher aus dem Osten*. Weinheim: Deutscher Studien Verlag.
- Krampen, G. (1987). *Handlungstheoretische Persönlichkeitspsychologie*. Göttingen: Hogrefe.
- Krampen, G. (1991). *Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (FKK)*. Göttingen: Hogrefe.
- Kremnitz, G. (1990). *Gesellschaftliche Mehrsprachigkeit. Institutionelle, gesellschaftliche und individuelle Aspekte. Ein einführender Überblick*, Wien: Braumüller.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1981). *Stress, appraisal and coping*. Springer: New York.
- Lazarus, R. S. & Launier, R. (1981). Stressbezogene Transaktionen zwischen Person und

- Umwelt. In J.R. Nitsch (Hrsg.). *Stress. Theorien, Untersuchungen, Maßnahmen*. Bern: Huber.
- Lazarus, R. S., & Folkmann, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York 1984. (Zit. in: W. Scholtz, Abgefragt 21.08.03: [www.psychologie.unitrier.de/personen/wschlotz/veranstaltungen/Biopsych\\_ausgProb\\_SS01/stress3.pdf](http://www.psychologie.unitrier.de/personen/wschlotz/veranstaltungen/Biopsych_ausgProb_SS01/stress3.pdf) .
- Lazarus, R. S. & Follkmann, S. (1987). Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal of Personality* 1, 141-170.
- Leontjew, A.N. (1982). *Tätigkeit, Bewusstsein, Persönlichkeit*. Berlin: Volk und Wissen.
- Leyer, M. E. (1987) Von der Sprachlosigkeit zur Körpersprache. Erfahrungen mit türkischen Patienten mit psychosomatischen Beschwerden. In: *Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik* 32, S. 301-313.
- Leyer, M. E. (1991). *Migration, Kulturkonflikt und Krankheit: Zur Praxis transkulturellen Psychotherapie*. Westdt. Verl.: Opladen.
- Lohaus, A. & Schmidt, G.M. (1989). *Fragebogen zur Erhebung von Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit (KKG)*, Hogrefe: Göttingen. .
- Lucas, R. E., Clark, A. E., Georgellis, Y. & Diener, E. (2004). Unemployment Alters the Set Point for Life Satisfaction. *Psychological Science*, 15, 8-13.
- Lurija, A. R. & Judowitsch, F. Ja. (1982). *Die Funktion der Sprache in der geistigen Entwicklung des Kindes*. Wien: Ullstein
- Mahnkopf, U. (1997). Eröffnung des juristischen Symposiums Frauen auf der Flucht – Frauen im Asylverfahren. In: Senatsamt für die Gleichstellung, (Hrsg), *Dokumentation des juristischen Symposiums in Hamburg. Frauen auf der Flucht. Ihre Rechte im Asylverfahren*. Hamburg: Madonna's Druckservice.
- Makaremi, A. (1989). Mental health of Iranian high school and college students, *Psychological Reports*, 64, 19-22.
- Maschewsky-Schneider, U., Greiser, E. & Helmert, U. (1998). Sind Frauen geünder als Männer? Zur gesundheitlichen Lage der Frauen in der Bundesrepublik Deutschland. *Sozial- und Präventivmedizin*, 33, 173-180.
- Maschewsky-Schneider, U. (1997). *Frauen sind anderes krank. Zur gesundheitlichen Lage der Frauen in Deutschland*. Weinheim: Deutscher Studien Verlag.
- Masumbuku, J.M. (1996). *Psychische Schwierigkeiten von Zuwanderern aus den ehemaligen Ostblockländern*. Weinheim: Deutscher Studien Verlag.
- McGrath, E., Keita, G., Strickland, B. & Russo, F. (1993). *Frauen und Depression. Risikofaktoren und Behandlungsfragen*. DGVT-Verlag.
- Mehari, F. (1994). Der versteckte Rassismus geht an die psychische Substanz. Ein Gespräch mit dem Diplom-Psychologen Fetsum Mehari über die Situation ausländischer Flüchtlinge in Deutschland. *Psychologie heute*, Jan. S. 42-50.
- Mehari, F. (1995). *Migration und Krankheit. Psychosoziale Bedingungen und die Therapie der Schizophrenie im Exil*. Würzburg: Interkulturelle Kommunikation.
- Meinhardt, R. (1987). Zur Geschichte der Frauenfeindlichkeit in Deutschland. In: M., Klöpffer & R. Meinhardt, *Ausländerfeindlichkeit in Bundesrepublik Deutschland*. Oldenburg: BIS, 7-18.
- Mirzai, R. (1979). *Standardizing and validating the SCL-90-R in Iran*. Unpublished master's thesis, Tehran University, Tehran, Iran. (in Farsi).

- Mirzamani-Basfeghi, Sadidi, A. & Sahrai, J. (2003). Psychological Aspects of Low Back Pain. *Arch Iranian Med.* 6 (2) 91-94. (in Farsi).
- Mohtamedi, S.H., Yasami, M., Karbasi, H., & Banivahed, G.H. (1998). Determination of the prevalence of Mental Illnesses in Two Rural Areas of Kerman. *Journal of Kerman University of Medical Sciences*, 1998; 5(1): 35-41. (in Farsi).
- Motamedi, H., Nikian & Tazri (1996). Determination of the Point Prevalence of Psychotic Disorders among Students of Kerman University of Medical Sciences. *Journal of Kerman University of Medical Sciences*, 6, 149-156. (in Farsi).
- Motamedi, H. (2000). Psychological Aspects of low back pain. (in Farsi). *Archives of Iranian Medicine*, Vol 6, No 2: 91 – 94
- Münz, R., Seifert, W. & Ulrich, R. (1997) *Zuwanderung nach Deutschland. Strukturen, Wirkungen, Perspektiven*. Frankfurt/M., New York: Campus Verlag.
- Najarian, B. & Davoodi, I. (2001). Construction and validation of SCL-25 (short form of SCL-90-R). *Journal of Psychology*, 5 (2), 136-149. (in Farsi).
- Nitsch, J. R. (1981). *Stress - Theorien, Untersuchungen, Maßnahmen*. Bern: Huber
- Nuscheler, F. (1995). *Internationale Migration. Flucht und Asyl*. Opladen: Leske & Budrich.
- Oezelse, M. M. & Tafoya, T. (1995). Psychosomatische Erkrankungen im Zusammenhang mit Migration. Eine empirische Untersuchung aus ethnopsychologischer Perspektive an Deutschen, Türken in der BRD und in der Türkei. In: W. Belschner, S. Grublitzsch, Ch. Leszcynski, S. Müller-Doohm (Hrsg.), *Wem gehört die Heimat? Beiträge der politischen Psychologie zu einem umstrittenen Phänomen*. Opladen: Leske + Budrich.
- Pearlin, L. & Schooler, C. (1978). The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior*, 19, 1-21
- Petersen, E. (1993): *Kinder auf der Flucht: Vertrieben, entwurzelt, unerwünscht – Kinderflüchtlinge in Deutschland*. Hamburg: Rowohlt.
- Peterson, C., Semmel, A., Von Beayer, C., Abramson, L.Y., Metalsky, G.I. & Seligman M.E.P. (1982). The attributional style questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*, 6, 287-299
- Pfeiffer (Hg.). *Psychologie und Pathologie der Migration*. Freiburg: Lambertus.
- Pfeiffer, W. M. (1998). Migration als persönliche Erfahrung. In E. Koch & M. Özek & W. M. Pfeiffer & R. Schepker (Hrsg.), *Chancen und Risiken von Migration: Deutsch-türkische Perspektiven* (S. 11-22). Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Pfeiffer, W.M. (1980). Kulturgebundene Syndrome. In W.M. Pfeiffer & W. Schoene (Hrsg.). *Psychopathologie im Kulturvergleich*. Stuttgart: Enke.
- Pfeiffer, W.M. (1994). *Transkulturelle Psychiatrie: Ergebnisse und Probleme*, 2. Aufl. Stuttgart & New York: Thieme.
- Pfeiffer, W.M. (1996). Psychiatrie in der Begegnung der Kulturen. *IMIS-Beiträge*, H. 4, 25-40.
- Plinskin, K. L. (1992). Dysphoria and somatization in Iranian culture. *West Journal of Medicine*, 157/3, 295-300.
- Pourgholam-Ernst, A., (2002), *Das Gesundheitserleben von Frauen aus verschiedenen Kulturen. Frauen und Gesundheit: Eine empirische Untersuchung zum Gesundheitserleben ausländischer Frauen in Deutschland aus salutogenetischer Sicht*. Verlag für Kulturwissenschaft: Münster.

- Rahrakhshan, M. (1996). *Die psychosoziale Situation von Iranern und Iranerinnen in Hamburg. Zur Bedeutung von Selbstkonzept und Einsamkeit*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Hamburg.
- Redder, A. & Rehbein, J. (Hrsg.). (1987). *Arbeiten zur interkulturellen Kommunikation*. Bremen: OBST 38.
- Riecken, A. (1999) *Migration und psychiatrische Erkrankungen. Aussiedler und Spätaussiedler im Niedersächsischen*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Osnabrück
- Ruddat, H. (1994). Aspekte des Kontrollverlusts bei Migranten. In A. Cropley, H. Ruddat, D. Dehn, & S. Lucassen (Hrsg.), *Probleme der Zuwanderung. Aussiedler und Flüchtlinge in Deutschland* (S. 33-52). Bd. 1. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Russel, D. (1982). The measurement of loneliness. In L. A. Peplau & D. Perlman (Eds), *Loneliness. A Sourcebook of current therapy, research and therapy* (pp. 81-104). New York: John Wiley & Sons.
- Russell, D., Cutrona, C. E., Rose, J. & Yurko, K. (1984). Social and emotional Loneliness: An Examination of Weiss's Typology of Loneliness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 1313-1321.
- Sadler, W. A., & Johnson, T. B., (1980). From loneliness to anomie. In J. Hartog, J. Audy & Y.A. Cohen (Eds.), *The anatomy of loneliness* (pp. 34-64). New York: International Univ. Press.
- Sadri, M. H. (1992). *Unbegleitete minderjährige Flüchtlinge. Probleme und Möglichkeiten der Integration zwischen Rechtspolitik und Pädagogik*. München: Tuduv
- Schmitt-Rodermund, E. (1997). Akkulturation und Entwicklung: Eine Studie unter jungen Aussiedlern. *Fortschritte der psychologischen Forschung*, 37. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Schmitz, P. G. (2001). Akkulturation und Gesundheit. In P. Marschalck & K. H. Wiedl (Hrsg.), *Migration und Krankheit* (S. 123-144). Osnabrück: Universitätsverlag Rasch.
- Schönpflug, U. (1994). Belastung und persönliche Krise. In R. Schwarzer & M. Jerusalem (Hrsg.). *Gesellschaftlicher Umbruch als kritisches Lebensereignis: Psychosoziale Krisenbewältigung von Übersiedlern und Ostdeutschen*. Weinheim & München: Juventa.
- Schulte-Sasse, H. (2003). *Was bedeutet Migration für die Gesundheit*. Abgefragt 01.05.04 von [http://www.integrationsbeauftragte.de/download/Gesunde\\_Integration.indd.pdf](http://www.integrationsbeauftragte.de/download/Gesunde_Integration.indd.pdf).
- Schumacher, J. & Reschke, K. (1994). Theoretische Konzepte und Empirische Methoden der Bewältigungsforschung. In: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.) (1994). *Die Normen des Gesundseins – Lebensqualität und Kranksein* (Band 6: Klinische Psychologie in der Rehabilitationsklinik) (S. 41-73). VdR: Frankfurt.
- Schwab, R. (1986). Zur Messung und klinisch-psychologischen Bedeutung von Einsamkeit: Eine deutschsprachige Version der „Rev. UCLA Loneliness Scale“ von Russell, Peplau & Cutrona (1980). In A. Schorr (Hrsg.), *Bericht über den 13. Kongreß für Angewandte Psychologie. Bonn, Sept. 1985. Klinische Psychologie, Forensische Psychologie, Pädagogische Psychologie* (S. 75-79) Bd. 2. Bonn: Deutscher Psychologenverlag
- Schwab, R. (1992). Einsamkeit. In: A. Schorr (Hrsg.). *Handwörterbuch der Angewandten Psychologie*. Bonn: Deutscher Psychologenverlag.
- Schwab, R. (1997). *Einsamkeit: Grundlagen für die klinisch-psychologische Diagnostik und*



- Intervention*. Bern: Huber.
- Schwarzer, R., Lange, B. & Jerusalem, M. (1981). Ängstlichkeit bei deutschen und ausländischen Grundschulern. *Unterrichtswissenschaft*, 2, 112-119.
- Schwarzer, R. & Leppin, A. (1989). *Sozialer Rückhalt und Gesundheit*. Göttingen: Verlag für Psychologie.
- Schwarzer, R. (1992). *Psychologie des Gesundheitsverhaltens*. Göttingen, Toronto, Zürich: Hogrefe.
- Schwarzer, R. (1993). *Stress, Angst und Handlungsregulation*, 3., überarb. und erw. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer
- Schwarzer, R. & Jerusalem, M. (Hrsg.) (1994). *Gesellschaftlicher Umbruch als kritisches Lebensereignis: Psychosoziale Krisenbewältigung von Übersiedlern und Ostdeutschen*. Weinheim & München: PVU.
- Schwarzer, R. (1994). Stress durch Wandel oder Wandel durch Stress? In R. Schwarzer & M. Jerusalem (Hg.). *Gesellschaftlicher Umbruch als kritisches Lebensereignis: Psychosoziale Krisenbewältigung von Übersiedlern und Ostdeutschen*. Weinheim & München: Juventa.
- Seligman, M.E.P. (1992). *Erlernte Hilflosigkeit*. Weinheim: Psychologie-Verlags-Union.
- Selye, H. (1981). Geschichte und Grundzüge des Stresskonzepts. In J.R. Nitsch (Hrsg.), *Stress - Theorien, Untersuchungen, Maßnahmen*. Bern: Huber.
- Siasi, I. & Fozouni, B. (1982). Psychiatry and the elderly from Iran. *International Journal of Aging and Human Development*, 15, 107-120
- Siefen, G. & Brähler, E. (1996). Körperbeschwerden bei griechischen Migranten- und deutschen Aussiedlern und -jugendlichen. *Psychosozial*, 19, H. 1, 29-36.
- Six, B. (1987). Attribution. In: D. Frey & S. Greif (Hrsg.), *Sozialpsychologie*. (2. Aufl.), S. 122-135 Huber: München
- Sobotta, J. (1998). Die Welt hat mich kehrt gemacht. In: K., Weiss & P. Rieker (Hrsg.), *Allein in der Fremde*, Münster: Waxmann, S. 107-120
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2000). *Statistisches Jahrbuch der Bundesrepublik Deutschland*. Wiesbaden: Metzler & Poeschel.
- Stiensmeier, J. et al. (1985). Attributionsstil und Bewertung als Risikofaktoren der Depressiven Reaktion. *Diagnostica* 31, 300-311
- Thomas, A. (Hrsg.) (1991). *Grundriss der Sozialpsychologie. Grundlegende Begriffe und Prozesse*. Bd. 1. Göttingen: Hogrefe.
- Thomas, A. (1993a). Psychologie interkulturellen Lernens und Handelns. In: A. Thomas (Hrsg.) *Kulturvergleichende Psychologie*. Eine Einführung. (S. 377-420). Göttingen: Hogrefe.
- Thomas, A. (Hrsg.) (1993b). *Kulturvergleichende Psychologie: Eine Einführung*. Göttingen: Hogrefe.
- Thomas, A. (2004). Anderen Ehre und Gesicht geben. *Report Psychologie*, 11/12, 656-657.
- Tsiakalos, G. (1983). *Ausländerfeindlichkeit. Tatsachen und Erklärungsversuche*. Beck: München.
- Udris, I. (1981). Stress in arbeitspsychologischer Sicht. In: L. Zimmermann, (Hrsg.), *Stress, Theorien, Untersuchungen, Maßnahmen*. Bern: Huber, 391-440.

- Ulmann, L.P. & Krasner, L. (1969). A psychological approach to abnormal behavior. *Englewood Cliffs*, NJ [u.a.] : Prentice-Hall.
- Weig, W. (1998). Migration und seelische Gesundheit. *IMIS - Beiträge*, H. 8, 31-44.
- Weiner, B. (1974). On being sane in insane places. A process (attributionale) analysis and critique. *Jornal of Abnormal Psychology*, 84, 433-441 (zit. in Försterling, 1986).
- Weiner, B. (1979). A theory of motivation for some classroom experiences. *Jornal of Educational Psychology*, 71, 1-29.
- Weiner, B., Frieze, I. H., Kukla, A., Reed, L., Rest, S., & Rosenbaum, R. M. (1971). *Perceiving the causes of succes and failure*. New Yourk: General Learning Press. (zit. in Försterling, 1986).
- Wicklund, R. A. (1984). Die Aktualisierung von Selbstkonzept in Handlungsvollzügen. In S. Filipp (Hrsg.), *Selbstkonzeptforschung. Probleme - Befunde - Perspektiven*. (S. 38-62). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Wilken, B. (1998). *Methoden der Kognitiven Umstrukturierung: ein Leitfaden für die psychotherapeutische Praxis*. Kohlhammer: Stuttgart.
- Willi, J. (1991). *Was hält Paare zusammen? Der Prozess des Zusammenlebens in psychoökologischer Sicht*. Hamburg: Rowohlt.
- Wipfler, R. (1986). *Asyl Konkret: Lageralltag als kritisches Lebensereignis*. Berlin: Express Edition.
- Zimbardo, P. (1995). *Psychologie*. (6. neubearbeitete und erweiterte Aufl.). Berlin: Springer.
- Zimmermann, E. (1995). Gesundheitliche Lage und psychosoziale Probleme ausländischer Kinder in der Bundesrepublik Deutschland. In E. Koch, M. Özek & W.M.
- Zur Oeveste, H. (1982). Einleitung. In: Wiczerkowski, W., zur Oeveste, H. (Hrsg.), *Lehrbuch der Entwicklungspsychologie* (Bd. 2). S.10-17. Düsseldorf: Schwann

## Verzeichnis der Tabellen

- Tabelle 1.1.: Anzahl und Altersstruktur von Iraner(inn)en in Hamburg, S. 28
- Tabelle 2.1.: Überblick über das verwendete Messinstrumentarium, S. 56
- Tabelle 2.2.: Beschreibung der faktorenanalytisch gebildeten Subskalen der SCL-90-R nach Franke (1995), S 57
- Tabelle 2.3.: Inhaltliche Beschreibung der Subskalen des SVF nach Janke et.al. (1985), S. 61
- Tabelle 2.4.: Abgefragte soziodemografische Daten, S. 64
- Tabelle 2.5.: Zusätzliche Variable zur Erfassung der Akkulturation, S. 65
- Tabelle 2.6.: die Migration betreffenden und allgemeinen Problembereiche, S. 66
- Tabelle 2.7.: Einordnung der Items zu den Subskalen der MPSK, S. 67
- Tabelle 2.8.: soziodemografische Daten der Patienten- und Zufallsstichprobe, S. 74
- Tabelle 2.9.: genauere Beschreibung der Patientenstichprobe anhand der in der therapeutischen Arbeit erhobenen Daten, klassifiziert nach ICD-10, S. 79
- Tabelle 3.1.: Kennwerte und Interkorrelationen der SCL-90-R-Skalen  
Daten der deutschen repräsentativen Stichprobe von Hessel et.al. (2001)  
Daten der epidemiologischen Studie aus dem Iran (Motamedi et.al., 2000), S. 86
- Tabelle 3.2.: Vergleich der Patienten- und Zufallsstichprobe hinsichtlich  
„momentaner psychischer Symptombelastung“ (SCL-90-R), S. 89
- Tabelle 3.4.: Ergebnisse der Kreuztabelle hinsichtlich der Verteilung der Patienten- bzw.  
Zufallsstichprobe in den gebildeten Stichproben „Schwächer Belastete“ und „Stärker  
Belastete“, S. 90
- Tabelle 3.5.: Mittelwertunterschiede bei Familienstand und SCL-90-R, S. 95
- Tabelle 3.6.: Mittelwertunterschiede hinsichtlich des Schulabschlusses und der SCL-90-R, S. 96
- Tabelle 3.7.: momentane psychische Symptombelastung der Gesamtpersonengruppe  
hinsichtlich der Aufenthaltsdauer, S. 97
- Tabelle 3.8.: psychische Symptombelastung in Abhängigkeit vom Aufenthaltsstatus, S. 99
- Tabelle 3.9.: Vergleich der Mittelwerte der Gesamtpersonengruppe hinsichtlich ihrer  
Sprachkenntnisse und der psychischen Symptombelastung, S. 100
- Tabelle 3.10.: Reliabilitätstest für die Primär-, Sekundär- und Paritätsskalen  
des „Fragebogens zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (FKK)“, S. 101
- Tabelle 3.11.: Mittelwertsunterschiede und die weiteren statistische Kennwerte der Patienten- und  
Zufallsstichprobe, S. 106
- Tabelle 3.12.: Mittelwertvergleiche und andere Testwerte für die aus den SCL-90-R gebildeten  
Stichproben „Stärker Belastete“ und „Schwächer Belastete“, S. 107
- Tabelle 3.13.: Mittelwertvergleich der Befragten mit und ohne deutsche Staatsangehörigkeit  
hinsichtlich ihres Attributionsstils, S. 111
- Tabelle 3.14.: Mittelwertvergleich für die drei aus den Angaben der Gesamtpersonengruppe  
über Sprachkenntnisse gebildeten Teilgruppen hinsichtlich ihres Attributionsstils, S.  
112
- Tabelle 3.15.: Bewältigungsstrategien der Gesamtpersonengruppe in Abhängigkeit von Alter und  
Geschlecht, S. 115
- Tabelle 3.16.: Die wichtigsten statistischen Kennwerte für nach Frauen und Männer aufgeteilte  
Daten der Zufallsstichprobe hinsichtlich deren Bewältigungsstrategien, S. 117

- 
- Tabelle 3.17.: Korrelationskoeffizienten zwischen Subskalen der SCL-90-R und Skalen des Stressverarbeitungsfragebogens, SVF, nach Janke et. al., 1985 bei der Zufallsstichprobe, S. 119
- Tabelle 3.18.: Statistische Kennwerte der Patientenstichprobe hinsichtlich der Skalen des Stressverarbeitungsfragebogen (SVF), S. 120
- Tabelle 3.19.: Zusammenhänge zwischen SCL-90-R und „Stressverarbeitungsfragebogen“ (SVF) der Patientenstichprobe, S. 121
- Tabelle 3.20.: Mittelwertsvergleich (t-Test für unabhängige Stichproben) der Stichproben „Schwächer Belastete“ und „Stärker Belastete“ hinsichtlich Skalen des Stressverarbeitungsfragebogen (SVF), S. 124
- Tabelle 3.21.: die wichtigsten statistischen Kennwerte und t-Test für unabhängige Stichproben der Stichproben „Schwächer Belastete“ und „Stärker Belastete“ hinsichtlich Bewältigungsstrategien, S. 126
- Tabelle 3.22.: Interkorrelationen und der Reliabilitätstest der Subskalen des KKG, S. 127
- Tabelle 3.23.: Vergleich zwischen Patienten- und Zufallsstichprobe hinsichtlich der Kontrollüberzeugungen (KKG), S. 128
- Tabelle 3.24.: Vergleich zwischen der Patienten- und Zufallsstichprobe hinsichtlich „momentaner psychosozialer Konflikte“ (MPSK) und t-Test für unabhängige Stichproben, S. 134
- Tabelle 3.25.: Mittelwertvergleich zwischen „Schwächer Belastete“ und „Stärker Belastete“ hinsichtlich „momentaner psychosozialer Konflikte“ (MPSK) und t-Test für unabhängige Stichproben, S. 136
- Tabelle 3.26.: Zusammenhänge zwischen den Subskalen des FKK, negativen Bewältigungsstrategien (SVF) und „momentaner psychosozialer Konflikte“, S. 138
- Tabelle 3.27.: momentane psychosoziale Konflikte, krisenspezifische Kontrollüberzeugungen hinsichtlich der Aufenthaltsdauer der Gesamtpersonengruppe, S. 140
- Tabelle 3.28.: „Schwächer Belastete“ und „Stärker Belastete“ im Vergleich hinsichtlich der „spezifischen Kontrollüberzeugungen in den Problembereichen“ (MPSK), S. 142
- Tabelle 3.29.: Vergleich von Patienten- und Zufallsstichprobe hinsichtlich des Grads der Akkulturation, S. 145
- Tabelle 3.30.: Mittelwertsvergleich für die Teilgruppen „Schwächer Belastete“ und „Stärker Belastete“ hinsichtlich des Akkulturationsgrads und t-Test für unabhängige Stichproben, S. 146
- Tabelle 3.31.: Zusammenhänge zwischen Akkulturationsgrad und den Subskalen der SCL-90-R der Gesamtpersonengruppe, Zufalls- und Patientenstichprobe, so wie der Stichproben „Schwächer Belastete“ und „Stärker Belastete“, S. 151
- Tabelle 3.32.: Korrelationskoeffizienten zwischen Attributionsstil und der Grad der Akkulturation der Befragten bzw. der Zufalls- und der Patientenstichprobe so wie „Stärker Belastete“, „Schwächer Belastete“, S. 154
- Tabelle 3.33.: Zusammenhänge zwischen Attributionsstil und dem Akkulturationsgrad der Befragten, S. 155
- Tabelle 3.34.: Kategorisierte und als dichotom behandelte Antworten aus freien Fragen, S. 156
- Tabelle 3.35.: Mittelwertsvergleich zwischen „Schwächer Belastete“ und „Stärker Belastete“ hinsichtlich der freien Fragen über das Erleben des Alltags in der Migration, (S. 158)
- Tabelle 3.36.: Vergleich der Geschlechter hinsichtlich bevorzugter Medien zur Informationsgewinnung im Alltag, (S. 159)
- Tabelle 3.37.: Vergleich zwischen Frauen und Männer der Gesamtpersonengruppe hinsichtlich der Einsamkeitsbereiche, (S. 161)
- Tabelle 3.38.: Mittelwertunterschiede und t-Tests für unabhängige Stichproben für Patienten-

---

---

und Zufallsstichprobe sowie die Stichproben „wenig Belastete“ und „mehr Belastete“

hinsichtlich der Einsamkeitsgefühle, (S. 162)

Tabelle 3.39.: Zusammenhänge zwischen Einsamkeitsgefühlen und dem Akkulturationsgrad, (S. 164)

## Verzeichnis der Abbildungen

- Abbildung 1: Akkulturationsgruppen nach Berry & Kim (1988) S. 13
- Abbildung 1.2.: Quelle der Daten: Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Das statistische Jahrbuch 2000-2003, S. 25
- Abbildung 1.3.: Aufenthaltsdauer und Aufenthaltsstatus der iranischen Migrantinnen und Migranten in der BRD Quelle der Daten: Das statistische Jahrbuch 2000-2002, S. 26
- Abbildung 1.4.: Prozentuale Anzahl der iranischen Migrantinnen und Migranten in verschiedenen Bezirken Hamburg, S. 28
- Abbildung 1.5.: Kelly's Drei-Faktoren-Modell der Kovariations- und Konfigurationstheorie, S. 33
- Abbildung 1.6.: Die Rolle des Attributions- und Bewältigungsstils bei der Auseinandersetzung mit dem Akkulturationsstress und deren Auswirkung auf die Anpassung an die neuen Umwelt in der Migration, S. 50
- Abbildung 1.7.: Schematische Darstellung des gesamten Aufbaus und Verlaufs der vorliegenden Arbeit S.17
- Abbildung 2.1.: Design der Untersuchung, S. 68
- Abbildung 2.2.: Altersverteilung in vier Altersgruppen, S. 73
- Abbildung 2.3.: die Lebenssituation der Befragten in Deutschland, S. 76
- Abbildung 3.1.: Der GSI der Gesamtpersonengruppe, S. 88
- Abbildung 3.2.: Vergleich der Geschlechter der Gesamtpersonengruppe hinsichtlich momentaner psychischer Symptombelastung“ (SCL-90-R), S. 91
- Abbildung 3.3.: Vergleich von Frauen und Männern der Gesamtpersonengruppe hinsichtlich ihrer beruflichen Tätigkeit in Deutschland, S. 92
- Abbildung 3.4.: Häufigkeitsvergleich für „Schwächer Belastete“ und „Stärker Belastete“ hinsichtlich ihrer beruflichen Tätigkeit in Deutschland, S. 93
- Abbildung 3.5.: Das Verhältnis zwischen Altersgruppen und Subskalen der SCL-90-R, S. 94
- Abbildung 3.6.: Die Häufigkeit der Patienten- und Zufallsstichprobe so wie der „Schwächer Belastete“ und „Stärker Belastete“ in Abhängigkeit zur Aufenthaltsdauer, S. 98
- Abbildung 3.7.: Roh-, Prozent- und T-Werte der Primär-, Sekundär- und Tertiärskala der Zufallsstichprobe hinsichtlich Kompetenz- und Kontrollüberzeugung, S. 102
- Abbildung 3.8.: Die Pfadanalyse hinsichtlich der Zusammenhänge zwischen Subskalen des FKK (Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen), SCL-90-R und einigen soziodemografischen Daten der Zufallsstichprobe, S. 103
- Abbildung 3.9.: Roh-, Prozent- und T-Werte der Primär-, Sekundär- und Tertiärskala der Patientenstichprobe hinsichtlich Kompetenz- und Kontrollüberzeugung, S. 105
- Abbildung 3.10.: Zufalls- und Patientenstichprobe hinsichtlich der Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (FKK), S. 109
- Abbildung 3.11.: Vergleich der Stichproben „Schwächer Belastete“ und „Stärker Belastete“ hinsichtlich ihrer Werte auf der Skala „Kompetenz und Kompetenzüberzeugungen“, S. 110
- Abbildung 3.12.: Geschlechtermittelwertunterschiede bei Bewältigungsstrategien, S. 116
- Abbildung 3.13.: Profilvergleich der Patienten- und Zufallsstichprobe hinsichtlich Bewältigungsstrategien, S. 123
- Abbildung 3.14.: Vergleich zwischen „Schwächer Belastete“ und „Stärker Belastete“ hinsichtlich Kontrollüberzeugungen (KKG), S. 130
- Abbildung 3. 15.: Zusammenhänge zwischen SCL-90-R und momentanen psychosozialen Konflikten, S. 133

- 
- 
- Abbildung 3.16.: Vergleich der Stichproben „Schwächer Belastete“, „Stärker Belastete“ so wie die Patienten- und Zufallsstichprobe hinsichtlich „momentaner psychosozialer Konflikte“, S. 137
- Abbildung 3.17.: Patienten- und Zufallsstichprobe im Vergleich hinsichtlich der krisenspezifischen Kontrollüberzeugungen, S. 141
- Abbildung 3.18.: Mittelwertvergleiche zwischen Patienten-, und Zufallsstichprobe, sowie „Schwächer Belastete“ und „Stärker Belastete“ hinsichtlich des Akkulturationsgrades, S. 147
- Abbildung 3.19.: das Verhältnis zwischen Akkulturationsgrad und Aufenthaltsdauer der Stichproben, S. 150
- Abbildung 3.20.: Dauer der Migration und das psychische Befinden der Gesamtpersonengruppe, S. 153
- Abbildung 3.21.: Das Verhältnis zwischen Einsamkeitsbereichen und Altersgruppen, S. 160
- Abbildung 3.22.: das Verhältnis zwischen Zufalls- und Patientenstichprobe so wie „Schwächer Belastete“ und „Stärker Belastete“ hinsichtlich der Einsamkeitsgefühle, S. 163
- Abbildung 3.23.: Einsamkeit und Länge des Aufenthalts in Deutschland, S. 166

# Anhang A



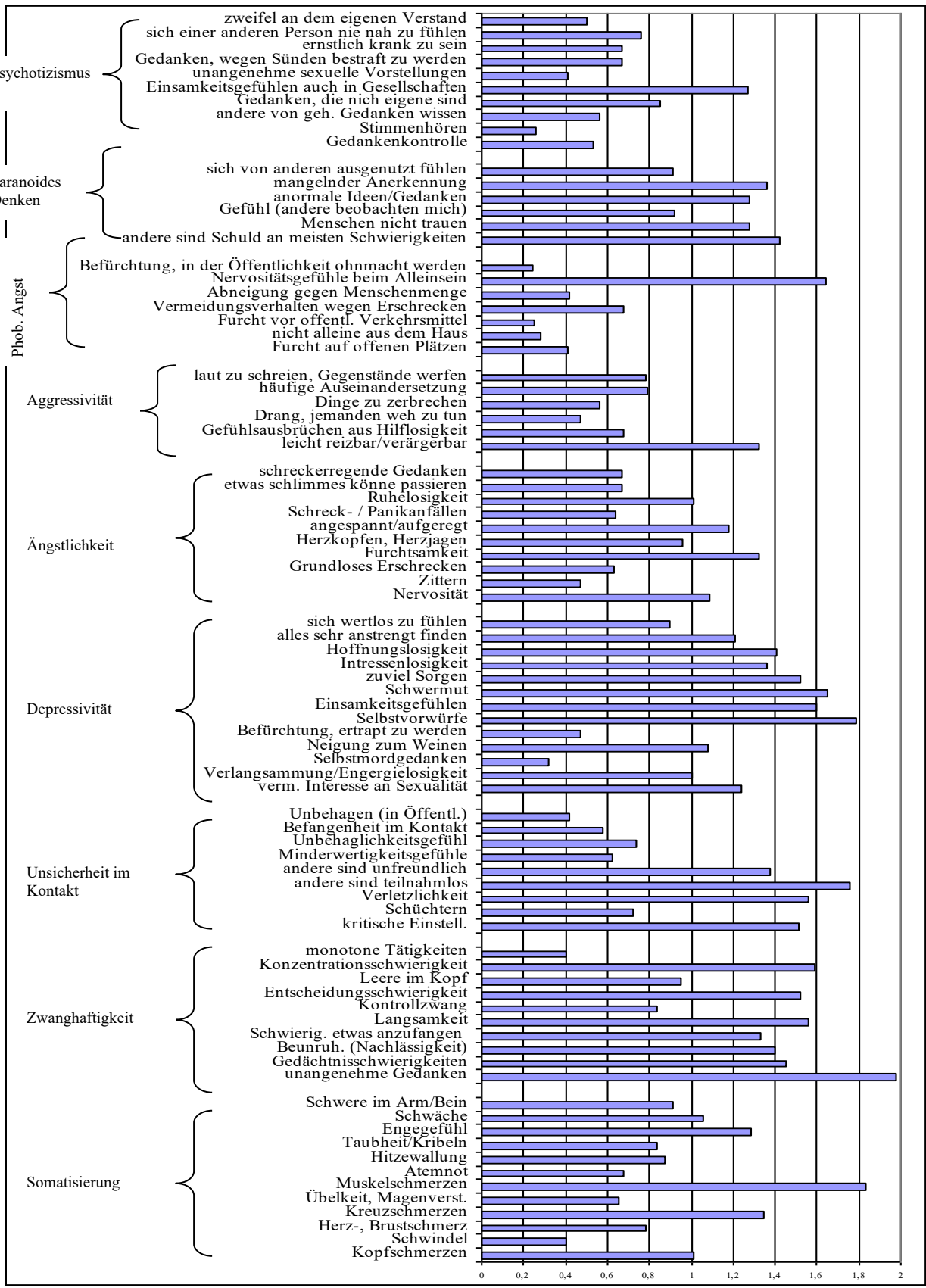


Abb. A: Die Ergebnisse der 90 Items der SCL-90-R zu der im Kapitel 3.1. beschriebenen Skalenstruktur.

*Somatisierung:* 12 Items repräsentieren diese Skala mit einem  $x = .34$  und  $s = .40$ . Das Symptom „Muskelschmerzen“ war mit 90% das häufigste Symptom der Gesamtpersonengruppe in dieser Subskala. Etwa 70% litten unter Kreuzschmerzen und Engegefühl. Dies lässt auf eine neurologische Ätiologie schließen.

*Zwanghaftigkeit:* Die Zwanghaftigkeit wird durch 10 Items gemessen. Der Mittelwert lag bei  $x = 1.30$  und die Streuung bei  $s = .84$ . Mit einem Mittelwert von  $x = 1.98$  und  $s = 1.40$  stellte das Item „immer wieder auftauchende unangenehme Gedanken“ das häufigste Symptom dieser Subskala dar. „Konzentrationsschwierigkeiten“ ( $x = 1.59$ ,  $s = 1.38$ ) und „Entscheidungsschwierigkeiten“ ( $x = 1.52$ ,  $s = 1.31$ ) stellen die weiteren häufig angegebenen Symptome dieser Subskala dar.

*Unsicherheit im Sozialkontakt:* Die durchschnittliche Unsicherheit im Sozialkontakt betrug  $x = 1.03$  mit der Standardabweichung  $s = .25$ . Das Gefühl „andere würden sie nicht verstehen oder erscheinen teilnahmslos“, stellte mit  $x = .58$  den höchsten Wert dar. Das Item „Unbehagen in der Öffentlichkeit“ präsentierte mit  $x = 1.12$  den niedrigsten Wert.

*Depressivität:* Der Mittelwert der 13 dieser Subskala zugehörigen Items lag bei  $x = 1.2$  und  $s = .35$ . Mit diesem Wert liegt die untersuchte Stichprobe um den Faktor .31 über dem Gesamtwert der deutschen Eichstichprobe von Franke (1995). Das Symptom „Selbstvorwürfe“ wurde von 11% der Befragten angegeben. Etwa 11% nehmen bei „Schwermut“ Stellung und 10% haben das Gefühl der „Hoffnungslosigkeit angesichts der Zukunft“ angegeben. „Selbstmordgedanken“ (2%) und „Befürchtung, erlappt zu werden“ (3%) bilden die am wenigsten angegebene Symptome.

*Ängstlichkeit:* Die durchschnittliche Ängstlichkeit der Gesamtpersonengruppe lag bei  $x = 0.86$  und die Standardabweichung bei  $s = .30$ . Unter „Furchtsamkeit“ litten der Befragten mit einem hohen Wert von  $x = 1.32$ . Das „Zittern“ repräsentiert mit einem Mittelwert von  $X = 0.47$  und  $s = 0.20$  das am wenigsten verbreitete Symptom.

*Aggressivität und Feindseligkeit:* Durchschnittlich liegt die Aggressivität und Feindseligkeit der untersuchten Gruppe mit einem Mittelwert von  $x = 0.77$  und  $s = .37$  über dem Wert der deutschen Eichstichprobe. Die grafische Darstellung der Werte der Gesamtpersonengruppe bei der Subskala Aggressivität und Feindseligkeit zeigt, dass 29% der Befragten sich leicht reizbar und als leicht zu verärgern bewertet. Etwa 17% litten unter dem Bedürfnis nach häufiger Auseinandersetzung. Insgesamt hatten auch 17% angegeben den Drang zu spüren, Dinge, Gegenstände zu werfen oder zu zerstören. Hingegen geben 9% der Befragten an, den Drang zu gespürt zu haben, jemanden weh zu tun.

*Phobische Angst:* Die sieben Items dieser Subskala repräsentierten die Phobische Angst der Gesamtpersonengruppe mit einem Mittelwert von  $x = 0.56$  und  $s = 0.30$ . Die „starke Nervosität, wenn man alleine gelassen wird“ war mit einem Mittelwert  $x = 1.64$  und  $s = 0.60$  die häufigste Antwort dieser Skala. Die Werte aller anderen Symptome einer phobischen Störung liegen weit unter dieser.

*Paranoides Denken:* Wie in der Grafik ersichtlich, sind vier von insgesamt sechs Items dieser Subskala etwa gleich stark repräsentiert. Der Mittelwert der Subskala beträgt  $x = 1.20$  mit der Standardabweichung von  $s = 0.67$ . Der höchste Mittelwert bezieht sich auf Item „andere sind Schuld an meinen Schwierigkeiten“ ( $x = 1.42$ ,  $s = 0.70$ ) und der niedrigste Wert wird präsentiert von „sich von anderen ausgenutzt fühlen“ ( $x = 0.91$ ,  $s = 0.60$ ).

*Psychotizismus:* Der Mittelwert der mit zehn Items repräsentierten Subskala Psychotizismus erreicht bei der Gesamtpersonengruppe einen Wert von  $x = 0.65$  und  $s = 0.22$ . Dabei zeigt „Einsamkeit“ den höchsten Mittelwert ( $x = 1.27$ ,  $s = 0.76$ ) und der niedrigste Mittelwert zeigt „Stimmenhören“ mit einem Wert von  $x = 0.26$  und  $s = 0.35$ .

Tabelle A1: Skalenstruktur der SCL-90-R: Faktorenladungsmatrix im Ergebnis einer Hauptkomponentenanalyse mit orthogonaler Varimax-Rotation und Vorgabe von neun zu extrahierenden Faktoren

Items	h <sup>2</sup>	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX
<b>Somatisierung</b>										
1	.70	.07	.29	.19	.16	.34	.07	-.22	-.10	.61
4	.63	-.03	.57	.15	.10	.24	-.14	-.09	.29	.32
12	.54	.05	.13	-.05	.11	.41	.48	.27	.09	.19
27	.55	.16	.15	.17	-.02	.68	.08	-.02	.00	.00
40	.69	.12	.24	.12	.75	.15	.01	.09	.05	.09
42	.67	.32	.22	.06	.16	.59	-.08	.25	.18	.21
48	.68	.09	.45	.13	.55	.18	.10	.26	.20	.03
49	.80	.40	.37	.05	.36	.53	.25	.08	.09	-.08
52	.66	.36	.29	.05	.18	.55	.06	.27	.11	.15
53	.73	.49	.09	.25	.42	.27	.19	-.08	.32	-.17
56	.66	.42	.44	-.02	.22	.46	.07	.06	.14	-.07
58	.75	.27	.31	.14	.35	.57	.12	.12	.25	.18
<b>Zwanghaftigkeit</b>										
3	.49	.65	.09	-.04	-.04	.14	.14	.00	.11	.07
9	.67	.36	.40	.15	.05	.24	-.08	.25	.25	.42
10	.72	.62	.35	.13	-.04	.09	.02	.18	.02	.40
28	.66	.60	.41	.19	.15	.18	.01	.13	.01	-.14
38	.26	.25	-.17	.17	.23	.07	-.10	.02	.23	.13
45	.66	.29	.17	-.10	.21	.21	.07	.66	.07	.03
46	.59	.60	.07	.23	.25	.19	.11	.21	-.09	.07
51	.64	.52	.14	.11	.24	.22	.24	.22	.08	.36
55	.65	.46	.32	.17	.32	.10	-.06	.34	.19	.19
65	.54	.01	.35	.19	.05	.20	.24	.53	.05	.03
<b>Unsicherh. im Kontakt</b>										
6	.67	.64	.06	.00	-.19	-.12	.17	.15	.19	.33
21	.63	.14	-.10	.14	.07	-.03	.18	.20	.06	.71
34	.73	.74	-.11	.15	.18	.23	.18	.05	.18	.00
36	.70	.67	.10	.37	-.05	.06	.20	.09	.22	.05
37	.78	.69	.10	.43	.01	-.04	.20	.23	.08	.01
41	.57	.33	.26	.58	.03	-.12	-.05	.16	.04	.09
61	.69	.29	.17	.40	-.09	.14	.60	.15	-.09	.09
69	.72	.32	.22	.57	.13	.32	.14	.27	-.15	.12
73	.73	-.01	.21	.59	.23	.20	-.21	.07	.42	.14
<b>Depressivität</b>										
5	.39	.28	.44	.07	-.18	.16	-.02	.05	.21	.10
14	.70	.53	.57	.08	.23	.15	.03	.08	.05	-.03
15	.73	.36	.10	.14	.38	.03	.64	.06	.09	-.06
20	.70	.51	.28	.25	.17	.22	.33	-.33	.06	-.05
22	.58	.35	.13	.20	.13	-.02	.57	.09	.09	.21
26	.63	.74	.07	.05	.08	.14	.22	.05	.05	.04
29	.65	.74	.13	.14	.16	.15	-.01	.10	.01	-.04
30	.71	.73	.18	.19	.15	.23	.07	.07	-.07	.12
31	.76	.75	.17	.29	.07	.23	.05	.06	.01	.13
32	.70	.67	.27	.22	.21	.25	.00	.14	-.04	.07
54	.75	.61	.29	.40	.33	.00	-.05	.14	.02	.09
71	.74	.40	.40	.43	.16	.10	.22	.04	.37	.13
79	.75	.43	.25	.62	.19	-.14	.01	.11	.20	.06
<b>Ängstlichkeit</b>										
2	.63	.47	.17	.16	.21	.29	.03	-.05	.44	.19
17	.64	.10	.29	.21	.52	.10	.32	.05	.34	.10
23	.77	.36	.62	.09	.28	.09	.36	-.01	.06	.17
33	.70	.63	.30	.24	.16	.35	.09	.07	-.07	.03
39	.66	.21	.31	.04	.14	.43	.46	.12	.22	.20
57	.68	.44	.34	.33	.38	.13	.11	.00	.17	.25
72	.73	.18	.45	.49	.18	.18	.25	.00	.17	.33

Items	h <sup>2</sup>	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX
78	.70	<i>.50</i>	.03	<i>.43</i>	<i>.39</i>	.09	.18	-.03	.22	.16
80	.75	<i>.33</i>	.21	<b>.56</b>	<i>.41</i>	.01	.20	.02	.10	.26
86	.80	<i>.44</i>	.17	<i>.40</i>	<i>.41</i>	-.02	<i>.39</i>	.12	.29	.03
<b>Aggressivität</b>										
11	.63	<b>.69</b>	.28	.20	-.10	.06	.11	.03	.06	.12
24	.71	<i>.36</i>	<b>.46</b>	-.04	.30	.28	<b>.40</b>	-.02	.15	.14
63	.57	<i>.48</i>	.05	.08	.29	-.10	.09	<b>.45</b>	.00	.13
67	.57	.11	.13	<i>.57</i>	.22	.20	.23	.05	.20	.21
74	.71	<i>.45</i>	.18	<i>.45</i>	-.17	.27	.05	<i>.33</i>	.22	-.12
81	.80	<i>.36</i>	.05	<b>.65</b>	<b>.36</b>	.07	.28	-.08	.10	.10
<b>Phobische Angst</b>										
13	.78	.12	<b>.79</b>	.14	.16	.13	.15	.23	-.02	.05
25	.66	.17	<i>.71</i>	.15	.09	.10	.17	.15	-.04	-.17
47	.68	.11	<i>.77</i>	.10	.23	.07	.01	.11	.00	.05
50	.74	.12	<i>.31</i>	<b>.46</b>	<b>.50</b>	.22	.06	.30	.03	.16
70	.71	.22	<i>.60</i>	<i>.35</i>	.09	<b>.35</b>	.11	.20	.06	-.01
75	.69	<b>.65</b>	.06	<i>.34</i>	.22	.06	.19	.02	.25	-.02
82	.71	-.13	<i>.37</i>	.19	<i>.55</i>	.06	.18	<b>.36</b>	.21	-.10
<b>Paranoides Denken</b>										
8	.58	<i>.61</i>	.27	.00	-.16	.08	.09	.04	.28	.08
18	.71	<b>.69</b>	.22	.05	.18	.04	.19	.22	.16	.21
43	.73	<i>.54</i>	-.10	<b>.46</b>	.01	.24	.19	<b>.34</b>	.03	.07
68	.52	<i>.41</i>	.02	.17	-.08	.17	.19	.12	.17	<b>.45</b>
76	.71	<i>.54</i>	.11	<i>.33</i>	.13	.08	.16	.21	<b>.41</b>	.19
83	.67	<i>.49</i>	.03	<i>.40</i>	.21	-.10	.11	.02	.20	.39
<b>Psychotizismus</b>										
7	.63	<i>.32</i>	.04	.15	.18	.06	.07	-.06	<b>.68</b>	.02
16	.70	-.07	.23	.16	.29	.19	<i>.33</i>	.27	<i>.56</i>	-.05
35	.58	<i>.34</i>	.05	<b>.53</b>	-.08	<b>.34</b>	.18	-.10	.13	-.08
62	.63	<i>.42</i>	.04	<i>.41</i>	.02	.22	<i>.39</i>	.25	.11	.05
77	.70	<b>.64</b>	.02	<i>.31</i>	.22	.09	.18	.09	<i>.31</i>	.12
84	.68	<i>.51</i>	-.10	.02	-.19	-.10	<i>.40</i>	<i>.40</i>	.14	.19
84	.68	<i>.51</i>	-.10	.02	-.19	-.10	<i>.40</i>	<i>.40</i>	.14	.19
85	.68	.27	.01	<i>.33</i>	-.08	.02	<b>.44</b>	.25	<i>.46</i>	.14
87	.64	.18	.23	.07	<b>.32</b>	.21	.29	<i>.41</i>	<i>.35</i>	.17
88	.65	<i>.48</i>	.18	<i>.33</i>	.02	.05	-.01	<i>.52</i>	.00	-.01
90	.75	.23	<b>.31</b>	<i>.34</i>	.15	.00	.24	<b>.60</b>	-.06	.18
<i>Eigenwerte</i>		16.23	7.50	7.20	5.13	4.52	4.30	4.05	3.54	3.15
<i>Varianz %</i>		19.55	9.00	8.62	6.20	5.45	5.20	4.80	4.30	3.80
<i>Eigenwerte der unsortierten Lösung</i>		33.32	5.44	3.50	2.75	2.60	2.25	2.03	1.90	1.71

N=102, h<sup>2</sup> = Kommunalität, Faktorenladungen > .30,

Anmerkungen: Fett markierte Zahlen = höchste Ladungen des jeweiligen Faktors bei den Items der Subskalen der SCL-90-R

Kursiv markierte Zahlen = Alle Faktorenladungen zwischen der höchsten und > .30

Umrahmte Zahlen = die höchsten Faktorenladungen bei den jeweiligen a-priori-Skalenstruktur der SCL-90-R

Entsprechend der Faktorenanalyse ergeben sich die höchsten Markiervariablen bei den Faktoren I - IX:

Faktor **I** und **VI** = Depressivität

Faktor **II** = Phobische Angst

Faktor **III** = Aggressivität / Feindseligkeit

Faktor **V** und **IV** = Somatisierung

Faktor **VII** = Zwanghaftigkeit

Faktor **VIII** = Psychotizismus

Faktor **IX** = Unsicherheit im Sozialkontakt

Tabelle A2: Vergleich zwischen „Schwächer Belastete“ und „Stärker Belastete“ hinsichtlich „momentaner psychischer Symptombelastung“ (SCL-90-R)

SCL-90-R-Skalen	„Schwächer Belastete“ (n = 51)		„Stärker Belastete“ (n = 51)		<i>p(F)</i>	<i>t</i>	<i>p(t)</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>			
Somatisierung	.42	.32	1.53	.85	40.40	-8.648	000**
Zwanghaftigkeit	.68	.40	1.92	.69	18.326	-11.026	000**
Unsicherheit	.33	.27	1.40	.69	26.513	-10.420	000**
Depressivität	.50	.32	1.90	.83	33.413	-11.264	000**
Ängstlichkeit	.22	.23	1.51	.89	41.223	-10.051	000**
Aggressivität	.27	.28	1.27	.85	36.569	-7.945	000**
Phobische Ängste	.18	.20	.94	.76	28.445	-6.854	000**
Paranoides Denken	.45	.35	1.94	.85	37.949	-11.518	000**
Psychotizismus	.15	.16	1.15	.76	52.143	-9.115	000**
SCL90-R-Zusatzskala	.37	.35	1.74	.85	31.981	-10.581	000**

\*\*  $p < 0.01$  (1-tailed).

Tabelle A3: Das Verhältnis zwischen den Migrationsmotiven der Befragten und der psychischen Symptombelastung

	pol. Asyl (n=62)		Studium (n=15)		geschäftlich (n=9)		sonstige (n=16)		<i>F</i>	<i>P(t)</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>		
<b>GSI</b>	1.00	0.77	0.73	0.65	0.81	0.55	1.11	0.86	0.83	0.48
Somatisierung	0.99	0.87	0.75	0.68	0.89	0.82	1.14	0.98	0.59	0.63
Zwanghaftigkeit	1.32	0.80	1.05	0.80	1.07	0.56	1.60	1.07	1.40	0.25
Unsicherheit	0.94	0.76	0.62	0.63	0.68	0.55	0.98	0.78	1.06	0.37
Depressivität	1.22	0.95	1.02	0.94	0.98	0.70	1.42	1.08	0.64	0.59
Ängstlichkeit	0.89	0.93	0.71	0.89	0.73	0.81	0.99	1.03	0.31	0.82
Aggressivität	0.81	0.82	0.53	0.76	0.61	0.66	0.92	0.87	0.76	0.52
Phobische Ängste	0.56	0.69	0.39	0.27	0.48	0.54	0.77	0.90	0.87	0.46
Paranoides Denken	1.28	1.04	0.90	0.94	0.85	0.57	1.35	1.00	1.10	0.35
Psychotizismus	0.75	0.83	0.41	0.41	0.43	0.43	0.59	0.72	1.22	0.31

Tabelle A4: Berufliche Situation der Befragten in Deutschland und ihre „momentane psychische Symptombelastung“

<i>Subskalen der SCL-90-R</i>	<i>Berufsgruppen</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
<b>Somatisierung</b>	Schüler	3	1.25	1.31
	Student	6	0.69	0.62
	Arbeiter	11	1.05	0.85
	Arbeitslos/ohne Beruf	14	0.96	0.93
	Hausfrau	16	1.34	1.08
	freie Berufe	22	0.81	0.70
	Gelegenheitsjob	10	1.03	0.79
	Pensioniert	3	1.47	1.43
	Angestellte	14	0.56	0.41
<b>Zwanghaftigkeit</b>	Schüler	3	1.33	1.05
	Student	6	1.15	0.52
	Arbeiter	11	1.34	0.96
	Arbeitslos/ohne Beruf	14	1.46	0.71
	Hausfrau	16	1.44	0.90
	freie Berufe	22	1.16	0.81
	Gelegenheitsjob	10	1.28	0.85
	Pensioniert	3	2.27	1.10
	Angestellte	14	0.91	0.62
<b>Unsicherheit im Kontakt</b>	Schüler	3	0.59	0.61
	Student	6	0.69	0.61
	Arbeiter	11	0.88	0.68
	Arbeitslos/ohne Beruf	14	0.86	0.56
	Hausfrau	16	1.16	0.94
	freie Berufe	22	0.66	0.55
	Gelegenheitsjob	10	0.99	1.00
	Pensioniert	3	1.52	1.11
	Angestellte	14	0.82	0.68
<b>Depressivität</b>	Schüler	3	1.56	0.39
	Student	6	1.17	0.80
	Arbeiter	11	1.06	0.94
	Arbeitslos/ohne Beruf	14	1.25	0.92
	Hausfrau	16	1.56	1.14
	freie Berufe	22	0.89	0.70
	Gelegenheitsjob	10	1.45	1.15
	Pensioniert	3	1.97	1.55
	Angestellte	14	0.87	0.76
<b>Ängstlichkeit</b>	Schüler	3	0.67	0.74
	Student	6	0.52	0.66
	Arbeiter	11	0.65	0.64

<i>Subskalen der SCL-90-R</i>	<i>Berufsgruppen</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	
	Arbeitslos/ohne Beruf	14	1.05	1.13	
	Hausfrau	16	1.28	1.09	
	freie Berufe	22	0.66	0.71	
	Gelegenheitsjob	10	1.02	1.03	
	Pensioniert	3	1.50	1.68	
	Angestellte	14	0.51	0.52	
	<b>Aggressivität</b>	Schüler	3	1.33	0.58
		Student	6	0.50	0.57
Arbeiter		11	0.74	0.58	
Arbeitslos/ohne Beruf		14	0.74	0.78	
Hausfrau		16	1.04	0.96	
freie Berufe		22	0.56	0.63	
Gelegenheitsjob		10	0.82	0.96	
Pensioniert		3	1.50	2.17	
Angestellte		14	0.60	0.67	
<b>Phobische Angst</b>	Schüler	3	0.67	0.81	
	Student	6	0.36	0.31	
	Arbeiter	11	0.42	0.52	
	Arbeitslos/ohne Beruf	14	0.59	0.58	
	Hausfrau	16	0.83	0.77	
	freie Berufe	22	0.31	0.38	
	Gelegenheitsjob	10	0.51	0.34	
	Pensioniert	3	1.43	1.87	
	Angestellte	14	0.45	0.50	
<b>Paranoides Denken</b>	Schüler	3	0.78	0.67	
	Student	6	0.97	0.87	
	Arbeiter	11	1.20	0.82	
	Arbeitslos/ohne Beruf	14	1.31	1.11	
	Hausfrau	16	1.47	1.01	
	freie Berufe	22	1.05	0.99	
	Gelegenheitsjob	10	1.43	1.18	
	Pensioniert	3	2.22	1.02	
	Angestellte	14	0.88	0.91	
<b>Psychotizismus</b>	Schüler	3	0.83	0.75	
	Student	6	0.30	0.32	
	Arbeiter	11	0.78	0.76	
	Arbeitslos/ohne Beruf	14	0.81	0.76	
	Hausfrau	16	0.68	0.79	
	freie Berufe	22	0.44	0.50	
	Gelegenheitsjob	10	0.90	1.00	
	Pensioniert	3	1.37	1.42	
	Angestellte	14	0.47	0.72	

Anmerkungen: die Mittelwertunterschiede sind nur bei „Phobische Angst“ signifikant ( $p < 0.01$ ).

Die Daten der drei Berufsgruppen „Azubi“, „Arzt“ und „Beamte“ sind nicht in der Tabelle aufgeführt, da diese jeweils nur eine einzige Person beinhalten.

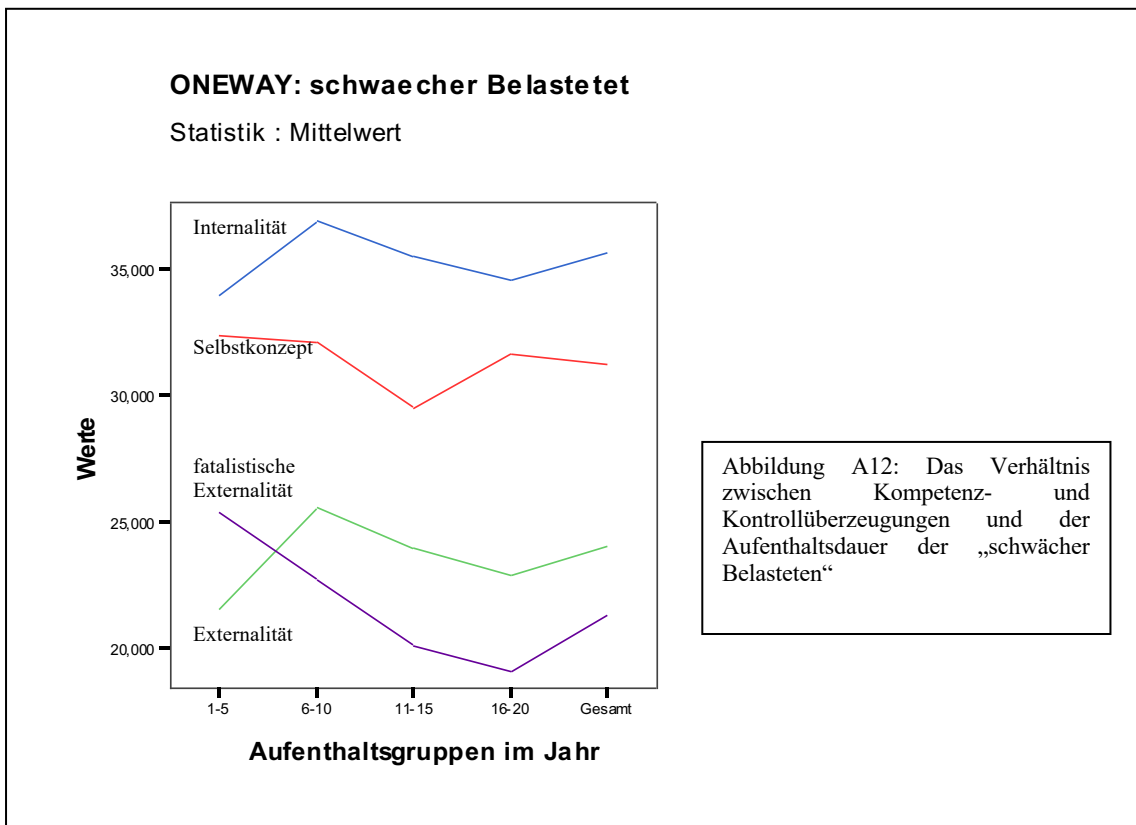
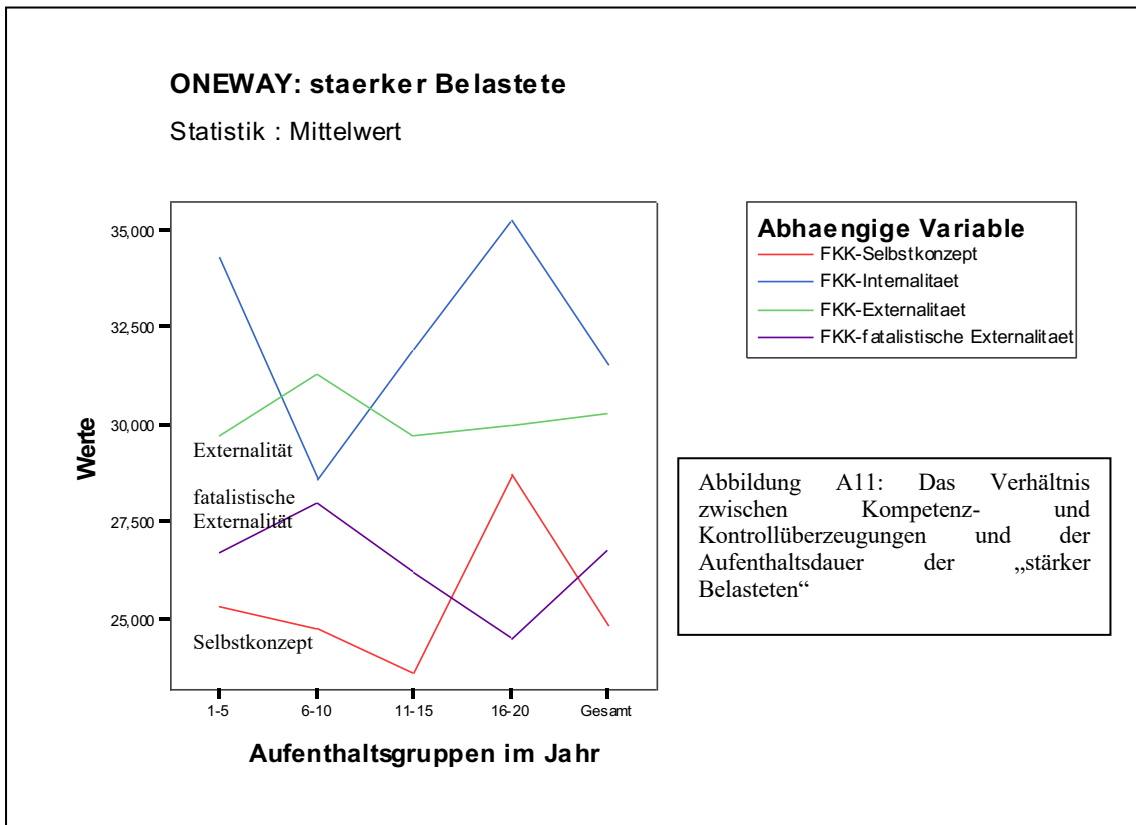


Tabelle A5: Zusammenhänge zwischen Subskalen der SCL-90-R und FKK der Gesamtpersonengruppe

	<i>Selbstkonzept (SK)</i>	<i>Internalität (I)</i>	<i>Externalität (P)</i>	<i>fatalistische Externalität (C)</i>	<i>SKI</i>	<i>PC</i>
Somatisierung	-.42**	-.31**	.38**	.45**	-.43**	.46**
Zwanghaftigkeit	-.54**	-.38**	.36**	.34**	-.54**	.39**
Unsicherheit	-.52**	-.35**	.37**	.44**	-.50**	.46**
Depressivität	-.60**	-.41**	.37**	.48**	-.59**	.47**
Ängstlichkeit	-.50**	-.42**	.46**	.50**	-.54**	.53**
Aggressivität	-.44**	-.36**	.24**	.40**	-.46**	.35**
Phobische Ängste	-.45**	-.44**	.29**	.39**	-.52**	.38**
Paranoides Denken	-.45**	-.34**	.44**	.42**	-.46**	.48**
Psychotizismus	-.43**	-.35**	.35**	.43**	-.46**	.43**
GSI	-.56**	-.42**	.45**	.50**	-.57**	.53**

\*\*P < 0.01

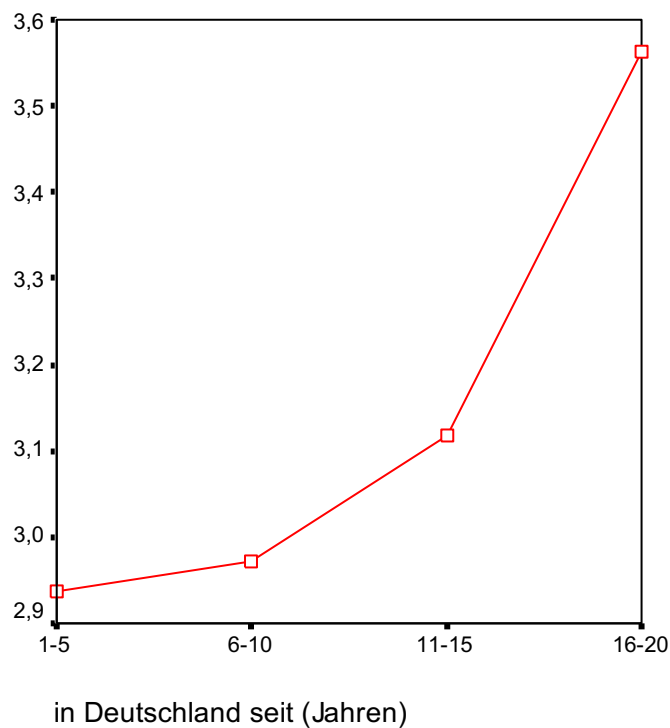


Abbildung A13: Die Beziehung zwischen Aufenthaltsdauer und Deutschsprachkenntnissen der Gesamtpersonengruppe



**ONEWAY deskriptive Statistiken**

Abhaengige Variable : Aufenthaltsgruppen  
 Statistik : Mittelwert

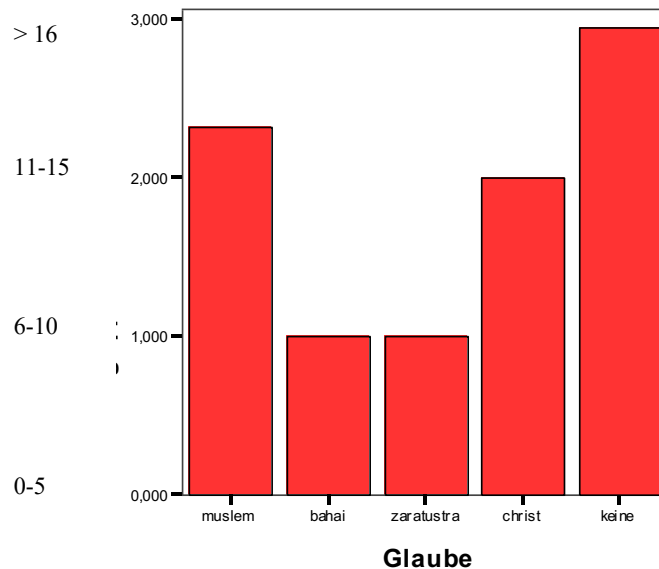


Abbildung A14: Glaube und Aufenthaltsdauer in Deutschland (vier Aufenthaltsgruppen: 0 = 0-5, 1 = 6-10, 2 = 11-15 und 3 = über 16 Jahre). Die Mittelwertunterschiede zwischen Muslime und keine Religion basieren auf Signifikanz ( $p < 0.05$ ).

Tabelle A6: Das Ergebnis der Kreuztabelle über Religionszugehörigkeit und Aufenthaltsdauer der Befragten in Deutschland

		in Deutschland seit (Jahren)				Gesamt
		1-5	6-10	11-15	16-20	
Religion	Islam	10	29	20	5	64
	keine	4	5	13	11	33
Gesamt		14	34	33	16	97

Tabelle A7: Verheiratete und Geschiedene hinsichtlich ihrer Bewältigungsstrategien (SVF) und Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (FKK)

	verheiratete		geschiedene		F	p(t)
	M	SD	M	SD		
SVF-positiv	10.84	2.60	9.57	2.62	.826	.512
SVF-negativ	6.71	2.36	9.00	2.41	1.630	.173
FKK-Selbstkonzept	28.25	6.50	22.60	8.92	1.204	.314
FKK-Internalität	33.48	5.47	28.10	8.11	2.772	.031*
FKK-Externalität	27.90	6.90	27.22	7.13	.642	.634
FKK-fatalistische Externalität	24.60	7.12	27.66	6.84	1.062	.380

\* $p > 0.05$

Die Tabelle A8: Korrelationskoeffizienten zwischen den Subskalen und die Trennschärfekoeffizienten des „Stressverarbeitungsfragebogens“.

	BAG	HER	SCHAB	ABL	ERS	SEBEST	SITKON	REKON	POSI	BESOUZU	VERM	FLU	SOZA	GEDW	RES	SEMITL	SESCH	AGG	rit	
BAG																				.69
HER	.23 **																			.80
SCHAB	.59 **	.07																		.69
ABL	.61 **	.17	.46 **																	.70
ERS	.44 **	.38 **	.45 **	.57 **																.75
SEBEST	.38 **	.70 **	.22 *	.32 **	.60 **															.79
SITKON	.42 **	.49 **	.38 **	.41 **	.37 **	.52**														.70
REKON	.56 **	.54 **	.35 **	.61 **	.54 **	.67**	.63**													.75
POSI	.41 **	.73 **	.19	.34 **	.58 **	.80**	.54**	.74**												.80
BESOUZU	.23 **	.04	.31 **	.49 **	.60 **	.32**	.27**	.32**	.30**											.86
VERM	.50 **	.18	.62 **	.56 **	.44 **	.34**	.66**	.53**	.41**	.43 **										.77
FLU	.62 **	.14	.54 **	.58 **	.33 **	.24*	.52**	.51**	.30**	.34 **	.64 **									.62
SOZA	.30 **	-.25 **	.44 **	.35 **	.05	-.29**	.10	.12	-.24*	-.06	.29 **	.48 **								.78
GEDW	.39 **	-.14	.54 **	.50 **	.24 *	-.01	.34**	.33**	.01	.29 **	.55 **	.55 **	.47 **							.87
RES	.46 **	-.16	.58 **	.42 **	.21 *	-.09	.23*	.24*	-.03	.20 *	.46 **	.57 **	.66 **	.64 **						.80
SEMITL	.52 **	.01	.73 **	.48 **	.39 **	.11	.46**	.35**	.14	.36 **	.63 **	.64 **	.57 **	.61 **	.70 **					.75
SESCH	.40 **	-.17	.38 **	.49 **	.18	.01	.27**	.22*	.06	.25 *	.49 **	.50 **	.37 **	.51 **	.57 **	.57**				.76
AGG	.38 **	-.30 **	.59 **	.34 **	.15	-.21*	.17	.10	-.20*	.11	.38 **	.54 **	.74 **	.59 **	.73 **	.71**	.54**			.82
PHA	.15	.24*	.10	.29 **	.26 **	.18	.29**	.29**	.15	.12	.19	.32 **	.31 **	.15	.24 *	.29**	.22*	.21*		.62

Anmerkungen: \*\* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0.01 2-seitig signifikant.

\* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0.05 2-seitig signifikant.

**BAG** = Bagatellisierung, **HER**= Herabsetzung, **SCHAB**= Schuldabwehr, **ABL**= Ablenkung von Situationen, **ERS**= Ersatzbefriedigung, **SEBEST**= Suche nach Selbstbestätigung, **SITKON**= Situationskontrollversuche, **REKON**= Reaktionskontrollversuche, **POSI**= Positive Selbstinstruktion, **BESOUZU**= Bedürfnis nach sozialer Unterstützung, **VERM**= Vermeidungstendenz, **FLU**= Flucht tendenz, **SOZA**= Soziale Abkapselung, **GEDW**= Gedankliche Weiterbeschäftigung, **RES**= Resignation, **SEMITL**= Selbstbestimmung, **SESCH**= Selbstbeschuldigung, **AGG**= Aggression, **PHA**= Pharmakaeinnahme

Tabelle A9 : Bewältigungsstrategien der Patienten- und Zufallsstichprobe und der t-Test für unabhängige Stichproben

<i>Bewältigungsstrategien</i>	Zufalls- stichprobe (n = 92)		Patienten- stichprobe (n = 10)		<i>p(F)</i>	<i>t</i>	<i>p(t)</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>			
Bagatellisierung	12.3	3.3	12.7	4.2	.858	.306	.760
Herabsetzung	11.3	3.8	8.6	5.1	.964	-1.654	.101
Schuldabwehr	10.2	3.1	11.4	4.3	1.223	.847	.399
Ablenkung von Situationen	11.5	2.7	10.7	4.1	2.398	-.580	.563
Ersatzbefriedigung	10.9	3.0	9.30	5.0	1.756	-1.007	.316
Suche nach Selbstbestätigung	13.9	3.8	10.9	5.5	1.569	-1.661	.100
Situationskontrollversuche	14.4	3.0	13.2	3.7	1.145	-.981	.329
Reaktionskontrollversuche	14.5	2.3	14.4	4.6	3.303	-.097	.923
Positive Selbstinstruktion	14.2	3.0	12.3	5.2	2.344	-1.134	.260
Bedürfnis n. soz. Unterstützung	11.7	4.0	10.6	4.3	.201	-.740	.461
Vermeidungstendenz	14.4	4.2	13.3	3.8	.254	-.889	.376
Fluchttendenz	12.2	4.5	12.7	3.7	.491	.398	.691
Soziale Abkapselung	8.9	6.9	11.5	4.9	2.419	1.516	.133
gedankl. Weiterbeschäftigung	14.1	4.3	14.3	4.9	1.197	.126	.900
Resignation	8.4	4.6	10.8	3.9	.628	1.817	.062
Selbstbemitleidung	11.1	4.1	13.5	5.4	1.254	1.341	.183
Selbstbeschuldigung	10.2	5.8	10.1	4.3	2.882	-.100	.920
Aggression	8.9	5.4	11.3	4.4	.710	1.556	.123
Pharmakaeinnahme	6.9	3.3	7.60	3.2	.075	.671	.504
<b>Positive Strategien</b>	<b>11.0</b>	<b>3.0</b>	<b>10.1</b>	<b>1.0</b>	<b>5.368</b>	<b>-.908</b>	<b>.366</b>
<b>Negative Strategien</b>	<b>6.8</b>	<b>2.5</b>	<b>7.9</b>	<b>3.1</b>	<b>.932</b>	<b>1.292</b>	<b>.199</b>

Tabelle A10: Korrelationskoeffizienten zwischen Subskalen der SCL-90-R und Skalen des Stressverarbeitungsfragebogens. SVF. nach Janeke et. al.. 1985

	Skalen des SVF	
	Positive Strategien	Negative Strategien
Somatisierung	.11	.47**
Zwanghaftigkeit	.02	.58**
Unsicherheit	.00	.55**
Depressivität	-.04	.58**
Ängstlichkeit	.06	.57**
Aggressivität	.01	.54**
Phobische Ängste	-.06	.49**
Paranoides Denken	.10	.54**
Psychotizismus	.07	.54**

\*\* p< 0.01

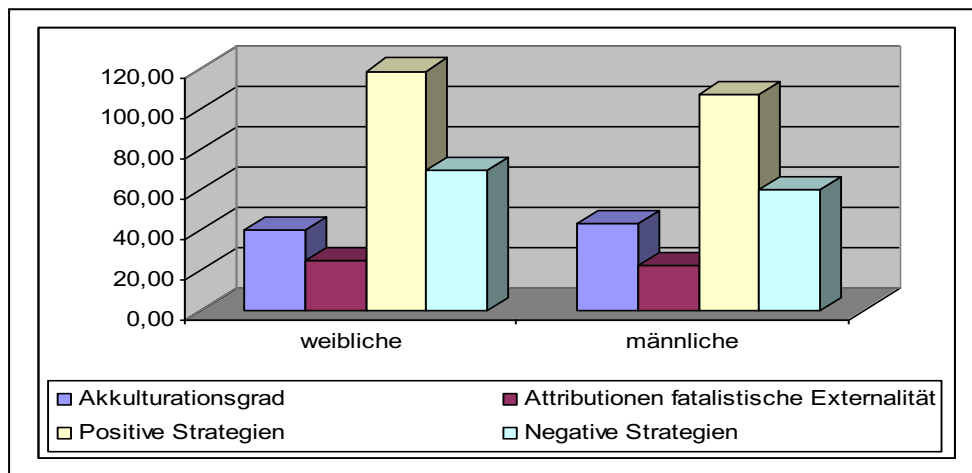


Abbildung A.14: Faktoren, die das Zustandekommen der Geschlechtermittelwert-Unterschiede auf der SCL-90-R erklären könnten

Tabelle A11: Zusammenhänge zwischen Subskalen der KKG und der SCL-90-R

	KKG		
	Internalität	Soziale Externalität	Fatalistische Externalität
Somatisierung	.04	-.15*	-.27**
Zwanghaftigkeit	.06	-.18	-.16*
Unsicherheit	.07	-.16	-.23*
Depressivität	.13	-.09	-.21*
Ängstlichkeit	.09	-.13	-.35**
Aggressivität	.03	-.15	-.23*
Phobische Ängste	.01	-.19	-.34**
Paranoides Denken	.16	-.10	-.14*
Psychotizismus	.04	-.23	-.31**

\*\*  $p < 0.01$  (2-seitig)

\*  $p < 0.05$  (2-seitig)

Tabelle A12: Interkorrelationen zwischen Items der Skala „momentane psychosoziale Konflikte (MPSK)“

MPSK	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
2	.18													
3	.13	.19												
4	.19	.01	.44**											
5	.07	.04	.41**	.37**										
6	.17	.03	.29**	.42**	.31**									
7	.23*	.08	.14	.04	.19	.42**								
8	.16	.23*	.18	.12	.23*	.35**	.35**							
9	.13	.11	.60**	.36**	.52**	.38**	.26**	.38**						
10	.12	.08	.41**	.47**	.37**	.49**	.19	.17	.55**					
11	.06	.02	.30**	.28**	.43**	.30**	.32**	.31**	.44**	.44**				
12	.24*	.03	.11	.31**	.30**	.24*	.22*	.45**	.27**	.22*	.32**			
13	.126	.00	.19	.31**	.27**	.41**	.29**	.42**	.29**	.28**	.33**	.52**		
14	.138	.03	.28**	.28**	.31**	.48**	.13	.14	.21*	.46**	.21*	.15	.11	
15	.021	.07	.06	.07	.19	.18	.10	.31**	.18	.19	.34**	.13	.11	.10*

\*\* p&lt; 0.01 (2-seitig)

\* p&lt; 0.05 (2-seitig)

Tabelle A13: momentane psychosoziale Konflikte und krisenspezifische Kontrollüberzeugungen im Vergleich der Stichproben „Schwächer Belastete“ und „Stärker Belastete“

	Stärker Belastete (n = 51)		Schwächer Belastete (n = 51)		t	p(t)
	M	SD	M	SD		
<b>Partnerschafts- bzw. Familienprobleme</b>	<b>2.37</b>	<b>1.96</b>	<b>1.88</b>	<b>1.52</b>	<b>-1.412</b>	<b>.161</b>
von mir selbst	1.98	2.26	2.24	2.12	.587	.558
Verhalten anderer	1.86	2.11	0.96	1.66	-2.401	.018*
Schicksal/Pech	0.82	1.55	0.47	1.29	-1.254	.213
Kulturelle Konflikte	1.16	1.82	1.29	1.94	.369	.713
Migrationumstände	1.76	2.20	1.49	2.03	-.655	.514
<b>Erziehungsprobleme</b>	<b>1.75</b>	<b>1.85</b>	<b>1.71</b>	<b>1.57</b>	<b>-.115</b>	<b>.908</b>
von mir selbst	1.31	1.92	1.25	1.92	-.155	.877
Verhalten anderer	1.22	2.11	0.45	0.97	-2.353	.021*
Schicksal/Pech	0.24	0.95	0.24	0.97	.000	1.00
Kulturelle Konflikte	1.73	2.19	1.31	2.03	-.983	.328
Migrationumstände	1.82	2.23	1.67	2.08	-.367	.714
<b>Probleme mit Freundeskreis</b>	<b>3.04</b>	<b>1.57</b>	<b>1.80</b>	<b>1.27</b>	<b>-4.368</b>	<b>.000**</b>
von mir selbst	1.65	1.85	1.37	1.74	-.771	.443
Verhalten anderer	2.88	2.26	0.88	1.37	-5.409	.000**
Schicksal/Pech	1.14	1.89	0.45	1.21	-2.189	.031*
Kulturelle Konflikte	2.55	2.37	1.88	2.03	-1.527	.130
Migrationumstände	2.00	2.06	1.55	1.97	-1.129	.261
<b>Probleme in Beruf/Schule/Ausbildung</b>	<b>3.61</b>	<b>1.71</b>	<b>2.14</b>	<b>1.80</b>	<b>-4.230</b>	<b>.000**</b>
von mir selbst	3.37	2.27	2.06	2.13	-3.013	.003*
Verhaltens andere	1.49	1.98	0.61	1.31	-2.649	.009*
Schicksal/Pech	0.65	1.47	0.22	0.76	-1.866	.065

	Stärker Belastete (n = 51)		Schwächer Belastete (n = 51)		t	p(t)
	M	SD	M	SD		
Kulturelle Konflikte	1.67	2.22	0.80	1.41	-2.344	.021*
Migrationumstände	3.16	2.31	2.16	2.03	-2.321	.022*
<b>Finanzielle Probleme</b>	<b>3.69</b>	<b>1.32</b>	<b>2.59</b>	<b>1.58</b>	<b>-3.814</b>	<b>.000**</b>
von mir selbst	2.71	2.40	2.04	2.02	-1.517	.132
Verhalten anderer	1.67	2.08	0.55	1.32	-3.237	.002*
Schicksal/Pech	0.92	1.74	0.45	1.29	-1.552	.124
Kulturelle Konflikte	1.43	1.95	1.20	1.76	-.640	.524
Migrationumstände	3.75	2.23	2.88	2.34	-1.909	.059
<b>Probleme mit Behörden</b>	<b>3.33</b>	<b>1.70</b>	<b>2.10</b>	<b>1.63</b>	<b>-3.742</b>	<b>.000**</b>
von mir selbst	1.59	1.87	1.57	1.97	-.052	.959
Verhalten anderer	1.25	2.04	0.82	1.67	-1.169	.245
Schicksal/Pech	1.12	1.88	0.29	1.08	-2.708	.008*
Kulturelle Konflikte	2.00	2.29	1.33	2.02	-1.561	.122
Migrationumstände	3.69	2.21	2.73	2.27	-2.163	.033*
<b>Probleme mit Gesundheit</b>	<b>2.90</b>	<b>1.70</b>	<b>1.73</b>	<b>1.52</b>	<b>-3.680</b>	<b>.000**</b>
von mir selbst	2.59	2.33	1.59	1.78	-2.433	.017*
Verhalten anderer	2.31	2.28	0.76	1.42	-4.110	.000**
Schicksal/Pech	0.75	1.68	0.55	1.45	-.631	.530
Kulturelle Konflikte	1.53	1.90	0.98	1.57	-1.591	.115
Migrationumstände	2.59	2.48	1.35	2.00	-2.768	.007*
<b>Probleme im Umgang m. Deut. und der deut. Kultur</b>	<b>2.82</b>	<b>1.38</b>	<b>2.41</b>	<b>1.49</b>	<b>-1.450</b>	<b>.150</b>
von mir selbst	2.75	2.27	2.12	2.04	-1.469	.145
Verhalten anderer	2.92	2.10	1.94	2.03	-2.397	.018*
Schicksal/Pech	1.43	2.25	0.33	1.19	-3.081	.003*
Kulturelle Konflikte	2.35	2.29	2.69	2.10	.766	.445
Migrationumstände	2.04	2.07	2.08	2.12	.095	.925
<b>Probleme im Umgang mit den Landsleuten</b>	<b>3.06</b>	<b>1.49</b>	<b>2.06</b>	<b>1.50</b>	<b>-3.377</b>	<b>.001**</b>
von mir selbst	2.12	2.31	1.25	1.79	-2.108	.037*
Verhalten anderer	3.71	2.29	1.43	1.81	-5.558	.000**
Schicksal/Pech	0.76	1.59	0.16	0.61	-2.541	.013*
Kulturelle Konflikte	2.45	2.13	1.41	1.80	-2.661	.009*
Migrationumstände	3.51	2.50	2.02	1.99	-3.327	.001**
<b>Wohnprobleme</b>	<b>3.04</b>	<b>1.79</b>	<b>1.57</b>	<b>1.53</b>	<b>-4.467</b>	<b>.000**</b>
von mir selbst	3.47	2.66	2.22	2.44	-2.483	.015*
Verhalten anderer	1.22	1.79	0.53	1.43	-2.136	.035*
Schicksal/Pech	1.53	2.29	0.24	1.01	-3.689	.000**
Kulturelle Konflikte	1.04	1.71	0.35	0.89	-2.544	.012*
Migrationumstände	2.59	2.33	1.78	2.18	-1.796	.076
<b>Probleme mit der Freizeit</b>	<b>3.39</b>	<b>1.51</b>	<b>1.94</b>	<b>1.59</b>	<b>-4.720</b>	<b>.000**</b>
von mir selbst	2.22	2.32	1.45	1.76	-1.877	.063
Verhalten anderer	1.41	1.98	0.61	1.23	-2.459	.016*
Schicksal/Pech	1.02	1.92	0.12	0.52	-3.235	.002*
Kulturelle Konflikte	2.29	2.27	1.57	1.98	-1.721	.088
Migrationumstände	2.78	2.45	1.47	1.94	-2.999	.003*
<b>Probleme mit der Fremdenfeindlichkeit</b>	<b>3.16</b>	<b>1.22</b>	<b>2.73</b>	<b>1.43</b>	<b>-1.638</b>	<b>.105</b>
von mir selbst	3.00	2.19	2.49	2.01	-1.223	.224
Verhalten anderer	2.84	2.34	2.04	2.20	-1.789	.077
Schicksal/Pech	1.18	2.01	0.61	1.33	-1.687	.095

	Stärker Belastete (n = 51)		Schwächer Belastete (n = 51)		t	p(t)
	M	SD	M	SD		
Kulturelle Konflikte	3.12	2.29	1.90	2.03	-2.838	.005*
Migrationumstände	3.76	2.20	3.29	2.16	-1.092	.278
<b>Probleme mit Vorurteilen und Ablehnung</b>	<b>3.06</b>	<b>1.17</b>	<b>2.31</b>	<b>1.57</b>	<b>-2.717</b>	<b>.008*</b>
von mir selbst	2.94	2.20	1.78	1.92	-2.826	.006*
Verhalten anderer	3.33	2.36	2.86	2.24	-1.033	.304
Schicksal/Pech	0.55	1.21	0.24	0.93	-1.472	.144
Kulturelle Konflikte	2.47	2.21	1.80	1.82	-1.661	.100
Migrationumstände	2.08	2.30	1.55	1.93	-1.260	.211
<b>Aufenthaltsprobleme</b>	<b>2.45</b>	<b>2.09</b>	<b>1.14</b>	<b>1.52</b>	<b>-3.626</b>	<b>.000**</b>
von mir selbst	0.94	1.95	0.43	1.47	-1.488	.140
Verhalten anderer	2.31	2.47	1.61	2.24	-1.513	.133
Schicksal/Pech	0.94	1.93	0.02	0.14	-3.396	.001**
Kulturelle Konflikte	1.20	1.76	0.27	0.80	-3.410	.001**
Migrationumstände	3.24	2.54	1.98	2.42	-2.553	.012*
<b>Probleme mit der Deutschen Sprache</b>	<b>2.82</b>	<b>1.48</b>	<b>2.18</b>	<b>1.88</b>	<b>-1.929</b>	<b>.057</b>
von mir selbst	1.47	1.79	1.20	1.73	-.786	.434
Verhalten anderer	3.35	2.26	1.86	2.17	-3.394	.001**
Schicksal/Pech	1.25	2.10	0.80	1.71	-1.191	.237
Kulturelle Konflikte	0.76	1.49	0.82	1.69	.186	.853
Migrationumstände	2.57	2.39	1.53	2.02	-2.368	.020*

Tabelle A14.: Zusammenhänge zwischen Subskalen der SCL-90-R und „momentaner psychosozialer Konflikte“ (MPSK)

Konfliktbereiche	SCL-90-R									
	SOM	ZWA	UNS	DEP	ÄNG	AGG	PHA	PAD	PSY	GSI
Ehe/ Partnerschaft	.12	.23*	.08	.19*	.10	.13	.15	.08	.05	.15
Erziehung	.17	.00	-.06	-.01	-.02	-.05	-.06	-.02	-.05	.00
Freundeskreis	.30**	.39**	.46**	.43**	.34**	.29**	.20*	.43**	.40**	.41**
Beruf/Ausbildung	.24*	.35**	.36**	.41**	.31**	.26**	.28**	.31**	.30**	.36**
Finanzielles	.13	.24*	.20*	.25*	.15	.15	.10	.19	.20*	.22*
Umg. m. Behörden	.38**	.49**	.34**	.35**	.44**	.33**	.36**	.37**	.43**	.44**
Probleme mit Gesundheit	.40**	.43**	.38**	.40**	.42**	.43**	.41**	.37**	.39**	.45**
Umg. mit Deutschen und der dt. Kultur	.10	.17	.23*	.21*	.17	.14	.09	.18	.23*	.19
Umg. m. Landsleuten	.26**	.34**	.36**	.35**	.26**	.25*	.12	.37**	.31**	.34**
Wohnprobleme	.28**	.38**	.39**	.36**	.33**	.26**	.18	.38**	.38**	.39**
Freizeit und Hobbys	.32**	.39**	.48**	.49**	.35**	.38**	.36**	.46**	.48**	.46**
Fremdenfeindlichkeit	-.01	.05	.09	.11	.00	.00	-.07	.04	.04	.05
Vorurteile/Ablehnung	.09	.17	.24*	.19*	.14	.10	.10	.17	.24*	.18
Aufenthaltsprobleme	.26**	.35**	.32**	.25*	.29**	.25*	.12	.30**	.30**	.31**
Probleme mit der deutschen Sprache	.19	.20*	.20*	.22*	.19	.16	.13	.23*	.20*	.22*

\*p < 0.05. \*\*p < 0.01. ZWA (Zwanghaftigkeit). UNS (Unsicherheit im Sozialkontakt). DEP (Depressivität). ÄNG (Ängstlichkeit). AGG (Aggression). PHO (phobische Ängste). PAR (paranoides Denken). PSY (Psychotizismus). Z-SK (Zusatzskala). GSI (global Severity Index).

Tabelle A15: Akkulturationsgrad im Verhältnis zur Aufenthaltsdauer in Deutschland

	<i>Aufenthaltsdauer (im Jahr)</i>								<i>F</i>	<i>F(t)</i>
	1-5		6-10		11-15		>16			
<i>Akkulturationsfragen</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>		
Deutschkenntnisse	2.69	1.92	3.03	1.38	3.29	1.55	4.06	1.18	2.557	.052*
Wichtigkeit der deutschen Sprache für den Alltag	5.19	1.72	5.36	0.83	5.44	1.02	5.25	1.18	.228	.877
Bleibeabsicht	3.44	2.06	3.56	1.96	3.94	1.41	4.00	1.75	.541	.655
Erwerb der deutschen Staatsangehörigkeit	4.38	1.82	4.44	1.61	4.71	1.51	5.81	0.40	3.552	.017*
Orientierung n. ir. Kultur	3.75	1.81	4.06	1.26	3.97	1.00	3.44	1.03	1.018	.388
Fremd der dt Kultur gegenüber	3.25	2.24	3.06	1.67	2.29	1.24	2.00	1.03	3.093	.031*
pos. Seiten der dt Kultur	4.44	1.59	4.19	1.37	4.56	1.31	4.81	0.83	.931	.429
Ablehnung der beiden Kulturen	1.63	1.71	1.47	1.52	1.29	1.24	1.81	2.01	.452	.716
Integriert in Deutschland	2.31	1.99	3.36	1.79	3.62	1.48	4.31	1.20	4.164	.008**
<b>Akkulturationsgrad</b>	<b>3.45</b>	<b>0.71</b>	<b>3.61</b>	<b>0.63</b>	<b>3.68</b>	<b>0.57</b>	<b>3.94</b>	<b>0.52</b>	<b>2.288</b>	<b>.083</b>

\*  $p < 0.05$ . \*\*  $p < 0.01$ .  $df = 3$

Tabelle A16: Zusammenhänge zwischen der Migrationsdauer und der „psychischen Symptombelastung“ der Gesamtpersonengruppe

<i>SCL-90-R</i>	<i>Migrationsdauer</i>
Somatisierung	-.22 *
Zwanghaftigkeit	-.22 *
Unsicherheit	-.27 **
Depressivität	-.30 **
Ängstlichkeit	-.27 **
Aggressivität	-.26 **
Phobische Ängste	-.16
Paranoides Denken	-.27 **
Psychotizismus	-.27 **
<b>GSI</b>	<b>-.29 **</b>

\*\*  $p < 0.01$ ; \*  $p < 0.05$



Tabelle A17: Mittelwertvergleich zwischen Patienten- und Zufallsstichprobe hinsichtlich der freien Fragen

	Zufalls- stichprobe		Patienten- stichprobe		t	p(t)
	M	SD	M	SD		
erleichternd	1.41	1.10	2.10	1.37	1.829	0.07
erschwerend	1.86	1.02	2.50	0.71	1.929	0.05*
vermissen bei Deutschen geschätzte Eigenschaften bei den Deutschen	1.34	0.83	1.60	1.07	0.925	0.36
Was sollen Sie an sich selbst verändern, damit ihr Kontakt mit den Deutschen und der deutschen Gesellschaft besser wird?	2.05	1.13	2.70	1.06	1.722	0.09
	1.18	0.89	2.20	1.40	3.224	0.00**

\*\* p < 0.01; \* p < 0.05

Tabelle A18: Mittelwertvergleich zwischen „Schwächer Belastete“ und „Stärker Belastete“ hinsichtlich ihrer Äußerungen bei den freien Fragen über das Erleben der Akkulturation

Freie Fragen (kategorisiert)	Schwächer Belastete (n = 51)		Stärker Belastete (n = 51)		t	p(t)
	M	SD	M	SD		
<b>1a) Erleichternd:</b>	<b>1.49</b>	<b>1.07</b>	<b>1.47</b>	<b>1.22</b>	<b>.086</b>	<b>.93</b>
besserer Lebensstandard	.33	.48	.35	.48	-.207	.83
Gesetze und Ordnung	.37	.49	.29	.46	.835	.40
Unabhängigkeit	.06	.24	.12	.33	-1.043	.30
Freiheit	.49	.50	.33	.48	1.614	.11
soziale Sicherheit	.24	.43	.37	.49	-1.509	.13
<b>1b) Erschwerend:</b>	<b>1.69</b>	<b>.93</b>	<b>2.16</b>	<b>1.05</b>	<b>-2.404</b>	<b>.01*</b>
Probleme mit der deutsche Sprache	.31	.47	.43	.50	-1.226	.22
Arbeitslosigkeit / Finanzprobleme	.22	.42	.27	.45	-.685	.49
Aufenthaltsprobleme	.06	.24	.16	.37	-1.600	.11
Einsamkeit / Heimweh	.41	.50	.71	.46	-3.101	.00**
Ablehnung / kulturelle Konflikte	.69	.47	.59	.50	1.025	.30
<b>2) vermissen bei Deutschen:</b>	<b>1.25</b>	<b>.82</b>	<b>1.47</b>	<b>.88</b>	<b>-1.280</b>	<b>.20</b>
emotionale Wärme	.69	.47	.73	.45	-.431	.66
Kontaktfreudigkeit	.25	.44	.37	.49	-1.278	.20
Offenheit u. Verständnis für Menschen aus anderen Kulturen	.31	.47	.37	.49	-.621	.53
<b>3) eingeschätzte Eigenschaften bei Deutschen:</b>	<b>2.04</b>	<b>1.04</b>	<b>2.20</b>	<b>1.23</b>	<b>-.695</b>	<b>.48</b>
Disziplin und Ordnung	.20	.40	.31	.47	-1.362	.17
Pünktlichkeit	.29	.46	.25	.44	.440	.66
Aufrichtigkeit	.63	.49	.61	.49	.202	.84
Ehrlichkeit / Direktsein	.43	.50	.41	.50	.199	.84
Gesetzestreu	.27	.45	.35	.48	-.848	.39
arbeitsam / Genauigkeit und Präzision bei der Arbeit	.22	.42	.25	.44	-.463	.64
<b>4) Was an sich selbst verändern?</b>	<b>1.10</b>	<b>.92</b>	<b>1.47</b>	<b>1.03</b>	<b>-1.928</b>	<b>.05*</b>
besseres Deutsch lernen	.33	.48	.37	.49	-.411	.68
die Gesellschaft und die Kultur besser kennenlernen	.33	.48	.33	.48	.000	.99
Selbstvertrauen und Selbstbewusstsein zu gewinnen	.35	.48	.47	.50	-1.204	.23
mehr Kontakte suchen	.08	.27	.29	.46	-2.883	.00*

Tabelle A19: Mittelwertvergleiche zwischen den Variablen Deutschkenntnisse und wichtigen soziodemografischen so wie auch einigen Items der Akkulturation

	Deutschkenntnisse						F	F(t)
	nicht gut (n = 31)		gut (n = 46)		sehr gut (n = 25)			
	M	SD	M	SD	M	SD		
Geschlecht <sup>a</sup>	1.39	0.50	1.44	0.50	1.68	0.48	2.797	.066
Alter	41.45	13.21	40.89	11.10	34.84	8.15	2.996	.054*
Religion <sup>b</sup>	1.77	1.63	2.63	1.97	2.88	1.96	2.890	.050*
Land des Schulabschlusses <sup>c</sup>	1.16	0.64	1.20	0.45	1.68	0.48	8.668	.000**
Nationalität des Partners <sup>d</sup>	1.07	0.63	0.87	0.54	0.64	0.49	4.003	.021*
Beruf im Iran <sup>e</sup>	6.36	3.29	6.11	4.07	3.72	4.09	3.964	.022*
in Deutschland seit	2.16	0.86	2.61	0.98	2.76	1.05	3.120	.049*
Wichtigkeit ein noch besseres Deutsch im Alltag zu sprechen	4.87	1.52	5.37	0.93	5.88	0.33	6.319	.000*
persischsprachige Medien	2.16	1.61	1.67	1.42	1.20	1.04	3.280	.042*
deutschsprachige Printmedien	1.19	1.42	2.43	1.52	3.00	1.29	12.108	.000**
Integriert in Deutschland	2.77	2.01	3.43	1.36	4.24	1.64	5.466	.006*

\* &gt; 0.05. \*\* &gt; 0.01

Anmerkungen: In der Tabelle sind nur relevante und signifikante Ergebnisse aufgeführt.

a: 1 = weiblich, 2 = männlich

b: 1 = Moslem, 2 = andere Glaube, 3 = keine Glaube

c: 1 = Iran, 2 = Deutschland, 3 = anderes Land

d: 1 = Iraner, 2 = deutsche, 3 = andere Nationalität

e: 1 = Schüler/Student, 2 =

Tabelle A 20: Interkorrelationen zwischen Dimensionen der Einsamkeit

	Soziale Einsamkeit	Emotionale Einsamkeit	Unfähigkeit zum Alleinsein
Emotionale Einsamkeit	.43**		
Unfähigkeit zum Alleinsein	.49**	.64**	
Kulturelle Einsamkeit	.43**	.28**	.34**

\*\* p < 0.01

Tabelle 21: Zusammenhänge zwischen Einsamkeitsgefühlen, Bewältigungsstrategien und Attributionsstil der Befragten

	SVF- Positive Strategien	SVF- Negative Strategien	FKK- Internalität	FKK- Selbstkonzept	FKK- Externalität	FKK- fatalistische Externalität
Soziale Einsamkeit	-.04	.41**	-.32**	-.44**	.31**	.37**
Emotionale Einsamkeit	.09	.32**	-.27**	-.27**	.22*	.20*
Unfähigkeit z. Alleinsein	.01	.44**	-.30**	-.42**	.19	.24*
Kulturelle Einsamkeit	.12	.23*	-.16	-.17	.19	.28**

\*\* p &lt; 0.01 (2-seitig). \* p &lt; 0.05 (2-seitig)

Tabelle A 22: Freie Fragen hinsichtlich der Aufenthaltsdauer der Gesamtpersonengruppe

		Aufenthaltsgruppen								F	p(t)
		1-5 (n = 16)		6-10 (n = 36)		11-15 (n = 34)		>16 (n = 16)			
		N	SD	N	SD	N	SD	N	SD		
Erleichtert	besserer Lebensstandard	0.38	0.50	0.31	0.47	0.35	0.49	0.38	0.50	.124	.946
	Gesetze und Ordnung	0.06	0.25	0.47	0.51	0.29	0.46	0.38	0.50	3.072	.031*
	Unabhängigkeit	0.06	0.25	0.08	0.28	0.09	0.29	0.13	0.34	.132	.941
	Freiheit	0.19	0.40	0.50	0.51	0.38	0.49	0.50	0.52	1.725	.167
	soziale Sicherheit	0.19	0.40	0.28	0.45	0.38	0.49	0.31	0.48	.699	.555
Erschwert	Probleme mit der deutsche Sprache	0.56	0.51	0.42	0.50	0.29	0.46	0.25	0.45	1.575	.200
	Arbeits- Arbeitslosigkeits- Finanzprobleme	0.50	0.52	0.25	0.44	0.21	0.41	0.06	0.25	3.080	.031*
	Aufenthaltsprobleme	0.38	0.50	0.14	0.35	0.00	0.00	0.00	0.00	7.130	.000**
	Einsamkeit / Heimweh / Sehnsucht nach Familie und Freunden	0.75	0.45	0.53	0.51	0.62	0.49	0.31	0.48	2.380	.074
	Ablehnung / kulturelle Konflikte Ausländerfeindlichkeit	0.31	0.48	0.72	0.45	0.68	0.47	0.69	0.48	3.094	.030*
Was vermissen Sie am meisten bei Deutschen?	emotionale Wärme	0.75	0.45	0.67	0.48	0.74	0.45	0.69	0.48	.188	.904
	Kontaktfreudigkeit	0.38	0.50	0.31	0.47	0.35	0.49	0.19	0.40	.559	.643
	Offenheit und Verständnis für andere Kulturen	0.38	0.50	0.36	0.49	0.26	0.45	0.44	0.51	.548	.650
Was schätzen Sie an Deutschen am meisten?	Disziplin und Ordnung	0.44	0.51	0.22	0.42	0.18	0.39	0.31	0.48	1.470	.227
	Pünktlichkeit	0.19	0.40	0.19	0.40	0.35	0.49	0.38	0.50	1.205	.312
	Aufrichtigkeit	0.44	0.51	0.58	0.50	0.68	0.47	0.75	0.45	1.355	.261
	Ehrlichkeit / Direktsein	0.31	0.48	0.47	0.51	0.38	0.49	0.50	0.52	.579	.630
	Gesetzestreu	0.44	0.51	0.33	0.48	0.29	0.46	0.19	0.40	.803	.495
	arbeitsam / Genauigkeit / Präzision bei der Arbeit	0.19	0.40	0.17	0.38	0.29	0.46	0.31	0.48	.763	.517
Was müssen Sie Ihrer Meinung nach an sich verändern, damit Ihr Kontakt zu den Deutschen und der deutschen Gesellschaft (noch) besser wird?	besser Deutsch lernen	0.44	0.51	0.50	0.51	0.24	0.43	0.19	0.40	2.738	.048*
	die Gesellschaft und die Kultur besser kennen lernen	0.19	0.40	0.33	0.48	0.47	0.51	0.19	0.40	2.022	.116
	Selbstvertrauen und Selbstbewusstsein zu gewinnen	0.31	0.48	0.36	0.49	0.47	0.51	0.50	0.52	.664	.576
	mehr Kontakt	0.25	0.45	0.28	0.45	0.12	0.33	0.06	0.25	1.716	.169

\*\* p&lt; 0.01. \* p&lt; 0.05

Tabelle A23: Das Verhältnis zwischen Aufenthaltsformen und Bewältigungsstrategien

	Aufenthalts berechtigung (n = 41)		Asyl berechtigte (n = 33)		Aufenthalts befugnis (n = 17)		Aufenthalts gestattung (n = 8)		Duldung (n = 3)		F	F(t)
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD		
Positive Strategien	10.30	2.97	10.93	2.55	11.59	3.01	12.85	2.96	10.22	1.85	1.713	.153
Negative Strategien	6.06	2.82	7.05	2.31	8.05	1.75	7.43	2.06	10.30	2.27	3.713	.007*

Tabelle A24: Das Verhältnis zwischen Migrationsmotiven der Befragten und positive wie auch negative Bewältigungsstrategien

	pol. Asyl (n=62)		Studium (n=15)		geschäftlich (n=9)		sonstige (n=16)		F	P(t)
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD		
Positive Strategien	10.70	3.0	10.6	2.8	12.1	2.0	11.4	2.9	.869	.420
Negative Strategien	6.9	2.7	5.5	1.3	8.3	2.8	7.5	2.1	2.938	.032*

Tabelle A25: Einfluss der Variable „Schulabschluss“ auf Bewältigungsstrategien

	Ausbildung (n=2)		Haupt/Real (n=18)		Abitur (n=41)		Magister (n=27)		Diplom (n=13)		F	p(t)
	M	S	M	S	M	S	M	S	S	S		
Positive Strategien	10.1	1.1	10.5	2.5	11.3	2.9	11.4	3.0	9.6	2.6	.930	.465
Negative Strategien	8.5	2.7	7.6	3.3	7.2	2.0	7.1	2.9	4.9	1.1	2.305	.052*

# Anhang B

**Aus verlagsrechtlichen Gründen wird der Fragebogen hier entfernt**