

Aus der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Medizinischen Fakultät
Charité – Universitätsmedizin Berlin

DISSERTATION

„Erklärungsmodelle suizidalen Krisenverhaltens von Frauen mit
türkischem Migrationshintergrund“

zur Erlangung des akademischen Grades
Doctor rerum medicinalium (Dr. rer. medic.)

vorgelegt der Medizinischen Fakultät
Charité – Universitätsmedizin Berlin

von

Amanda Isabel Heredia Montesinos

aus Berlin

Datum der Promotion: 23.06.2019

Inhaltsverzeichnis

Abstract	1
Einführung	3
<i>Suizid(versuchs)raten von Menschen mit Migrationshintergrund in Europa</i>	3
<i>Suizid(versuchs)raten von Menschen mit türkischem Migrationshintergrund in Deutschland und anderen europäischen Ländern</i>	4
<i>Beweggründe und Risikofaktoren für suizidales Verhalten bei Frauen mit Migrationshintergrund</i>	4
<i>Fragestellungen</i>	5
Methodik	8
<i>Studie 1: Erklärungsmodelle für Suizidalität von Frauen mit türkischem Migrationshintergrund</i>	8
<i>Studie 2: Suizidversuchsraten und Effekte eines multimodalen Interventionsprogramms</i>	10
<i>Studie 3: Der Einfluss von Stigmatisierung auf Depression, allgemeine psychische Belastung und Somatisierung</i>	11
Ergebnisse	13
<i>Studie 1: Erklärungsmodelle für Suizidalität von Frauen mit türkischem Migrationshintergrund</i>	13
<i>Studie 2: Suizidversuchsraten und Effekte eines multimodalen Interventionsprogramms</i>	15
<i>Studie 3: Der Einfluss von Stigmatisierung auf Depression, allgemeine psychischer Belastung und Somatisierung</i>	16
Diskussion	19
Literaturverzeichnis	23
Eidesstattliche Versicherung	26
Anteilerklärung an den erfolgten Publikationen	27
Ausgewählte Publikationen	28
<i>Studie 1: "Explanatory models of suicidality among women of Turkish descent in Germany: A focus group study" (Heredia Montesinos et al., 2019)</i>	29
<i>Studie 2: "Suicide attempt rates and intervention effects in women of Turkish origin in Berlin" (Aichberger, Heredia Montesinos et al. 2015)</i>	57
<i>Studie 3: "The influence of stigma on depression, overall psychological distress, and somatization among women with Turkish descent in Berlin, Germany" (Heredia Montesinos et al., 2012)</i>	63
Lebenslauf	67
Komplette Publikationsliste	69
Danksagung	72

Abstract

Deutsch

In Deutschland und auch in anderen Ländern Europas haben junge Frauen mit türkischem Migrationshintergrund signifikant höhere Raten an Suizidgedanken, Suizidversuchen und vollendeten Suiziden als die Bevölkerung der Aufnahmeländer. Die Ursachen und Hintergründe wurden jedoch noch wenig erforscht. Diese Arbeit befasst sich daher in Studie 1 mit den Fragen, warum diese Frauen eine hohe psychische Belastung und eine hohe Rate an Suizidalität haben, wie diese psychische Belastung sich zeigt, und warum das Gesundheitssystem sie meist nicht abmildern kann, bevor es zu suizidalen Krisen kommt. Die Ergebnisse dieser Studie zeigen, dass es zwei zentrale Faktoren gibt, die einen entscheidenden Einfluss auf die Erklärungsmodelle suizidalen Verhaltens haben: die eigene Familie/Community und die deutsche Aufnahmegesellschaft. Familiäre Probleme stellten sich einer der Hauptbeweggründe für suizidale Krisen heraus, außerdem Erfahrungen von Diskriminierung und Exklusion. Die negative Interaktion der beiden zentralen Faktoren zeigt die Wichtigkeit von nachteiligem sozialem Kontext und soziokulturellem Hintergrund auf, was sich besonders im Gefühl des "zwischen den Kulturen Seins" bei jungen Frauen widerspiegelt. Des Weiteren evaluiert diese Arbeit in Studie 2 eine spezifisch auf die Zielgruppe Frauen mit türkischem Migrationshintergrund zugeschnittene Interventionsmaßnahme zur Prävention von Suizidalität (Kampagne „Beende Dein Schweigen, nicht Dein Leben“). Hierzu wurden die Inzidenzraten von Suizidversuchen der Zielgruppe sowie die Beweggründe für diese Suizidversuche in den Berliner Rettungsstellen in einem Zeitraum von 2,5 Jahren erfasst. Die Interventionsmaßnahme führte zu einer signifikanten Reduzierung der Suizidversuche von Frauen in der Altersgruppe mit der höchsten Rate an Suizidalität (Alter 18-24) und zeigt somit, dass eine auf eine bestimmte Zielgruppe fokussierte und individuell ausgerichtete Maßnahme wirksam ist. In Studie 3 werden die Zusammenhänge zwischen wahrgenommener Stigmatisierung, psychischer Belastung, Depressivität und Somatisierung bei Frauen mit türkischem Migrationshintergrund untersucht. Es zeigt sich ein positiver Zusammenhang zwischen wahrgenommener Stigmatisierung, Depressivität und psychischer Belastung; wahrgenommene Stigmatisierung und somatische Symptome sind jedoch nicht assoziiert. Das heißt, dass allgemeine psychische Belastung und Depressivität den wahrgenommenen sozialen Status beeinflussen, somatische Symptome hingegen nicht. Dieses Ergebnis stellt die sogenannte „Somatisierungs-Hypothese“ in Frage und suggeriert, dass vor allem die individuellen Symptome und die Erklärungsmodelle der hilfeschenden Person (neben den eventuellen zu berücksichtigenden kulturellen Besonderheiten) ausschlaggebend sind, und dass generalisierende Annahmen über Menschen mit einem bestimmten kulturellen Hintergrund zu Missverständnissen, falschen Diagnosen und wahrgenommener Stigmatisierung - und dadurch wiederum zu Ablehnung der Behandlung führen können.

English

In Germany and other European countries, young women of Turkish descent have significantly higher rates of suicidal ideation, suicide attempts and suicide compared to the population of the host countries. The background and causes of these higher rates have been under-researched and will be discussed in this dissertation. This dissertation addresses the questions why these women have more mental distress and higher rates of suicidal behavior, how they show their distress, and why the health-care-system in many cases fails to support them before they show a suicidal crisis (study 1). Results show that there are two central themes that have a crucial influence on the explanatory models of suicidal behavior: the impact of family and community, and the impact of German society. Familial problems were said to be one of the main reasons for a suicidal crisis, as well as discrimination and exclusion. The negative interaction of the two central themes highlights the importance of an adverse social context with its social and societal factors. This can be particularly observed in the feeling of ‘being in-between two cultures’ among young women. Additionally, this dissertation examines the effectiveness of the suicide prevention campaign called ‘end your silence, not your life’ that was especially developed for the target group women of Turkish descent. For this purpose, the incidence rates of suicide attempts of women of Turkish descent and the reasons for these attempts were collected at emergency units in Berlin for 2,5 years (study 2). The intervention achieved a significant reduction of suicide attempt rates among the age-group 18-24, which also had the highest rates. These results show that an individualized intervention that is developed for a specific target group is effective. In study 3, the interrelationship of perceived stigmatization, overall psychological distress, depression and somatic symptoms was assessed in a sample of women of Turkish descent. There was a significant correlation between perceived stigmatization, depression and overall psychological distress. There was no significant relationship between perceived stigmatization and somatic symptoms, thus indicating that depressive symptoms and other symptoms of psychological distress affect concerns about stigmatizing attitudes in a way that somatic symptoms do not. This result challenges the so-called ‘somatization hypothesis’ and suggests that besides possible cultural characteristics that should be considered, individual symptoms and explanatory models are crucial. Generalizing assumptions about people from certain cultural backgrounds can lead to misunderstandings, misdiagnosis and perceived stigmatization – and, finally, to a lack of acceptance of the treatment.

Einführung

Unter Suizid wird der Akt der Selbsttötung verstanden, der von einer Person absichtlich durchgeführt wird, die um den tödlichen Ausgang weiß oder diesen erwartet (1). Suizidales Verhalten ist ein Akt ohne tödlichen Ausgang, der von einer Person durchgeführt wird, die erwartet oder die das Risiko auf sich nimmt zu sterben oder sich zu verletzen, mit der Absicht gewünschte Veränderungen herbeizuführen (1,2). Die Prävalenzraten von Suiziden variieren im internationalen Vergleich, doch insgesamt zeigt sich, dass Männer häufiger Suizidversuche begehen, die zum Tode führen als Frauen, da sie „härtere Methoden“ wählen. Suizidales Verhalten, das nicht zum Tode führt, ist dagegen bei Frauen häufiger verbreitet (3,4).

In Deutschland beträgt die Rate an vollendeten Suiziden 9,1 pro 100 000 Einwohner (Männer: 13,9 und Frauen 4,5/100 000); in der Türkei sind die Raten ähnlich (insgesamt: 8,6/100 000, Männer: 12,6, Frauen: 4,7/100 000) (5). Die Rate von Suizidversuchen ist um einiges höher. Die *WHO/EURO Multicentre Study on Suicidal Behaviour* zeigt Suizidversuchsraten von 60,9 bei deutschen Männern und 99,9/100 000 bei deutschen Frauen im Einzugsgebiet Würzburg (6) und eine Rate von 31,9 bei türkischen Männern und 85,6/100 000 bei türkischen Frauen im Einzugsgebiet Ankara in der Türkei (7).

Suizid(versuchs)raten von Menschen mit Migrationshintergrund in Europa

Da die Raten von Suizid und suizidalem Verhalten weltweit stark variieren, kann davon ausgegangen werden, dass der kulturelle Kontext einen starken Einfluss hat (4, 8, 9). Studien über Menschen mit Migrationshintergrund in Europa zeigen, dass sowohl der kulturelle Hintergrund der Zugewanderten als auch die Bedingungen im Aufnahmeland einen Einfluss auf die Suizidalität haben. In einer Analyse der Suizidversuchsraten in den 11 an der *WHO/EURO Multicentre Study on Suicidal Behaviour* teilnehmenden europäischen Ländern hatten 27 von 56 Migrantengruppen signifikant höhere Raten und nur 4 signifikant niedrigere Raten als die Bevölkerung ihres Aufnahmelandes (10). Die Analyse der Geschlechterverteilung zeigt zudem, dass weibliche Migranten 46 mehr Suizidversuche pro 100 000 Einwohner verüben als männliche Migranten, während in der Bevölkerung des Aufnahmelandes Frauen nur 22 mehr Versuche verüben als Männer (11). Außerdem hatten nicht-europäische MigrantInnen höhere Suizidversuchsraten als EuropäerInnen (Migranten und Bevölkerung der Aufnahmeländer). Dies weist darauf hin, dass nicht-europäische weibliche Migranten europaweit das höchste Risiko für Suizidversuche haben. Besonders junge Frauen mit Migrationshintergrund scheinen ein hohes Risiko zu haben (12, 13).

Suizid(versuchs)raten von Menschen mit türkischem Migrationshintergrund in Deutschland und anderen europäischen Ländern

In Deutschland sind die Raten vollendeter Suizide von Menschen mit Migrationshintergrund im Allgemeinen niedriger als die der deutschen Bevölkerung, und auch Menschen mit türkischem Migrationshintergrund haben eine niedrigere Rate als Deutsche (14, 15). Allerdings hebt sich die Rate vollendeter Suizide von Mädchen und jungen Frauen mit türkischem Migrationshintergrund in Deutschland deutlich hervor. In einer Analyse der Todesursachenstatistik stellten Razum und Zeeb (2004) fest, dass türkische Mädchen und junge Frauen im Alter zwischen 10 und 17 Jahren ein fast doppelt so hohes Risiko haben wie gleichaltrige deutsche Mädchen und Frauen (relatives Risiko 1,8), während die gesamte Bevölkerung mit türkischem Migrationshintergrund ein geringeres Risiko im Vergleich zu Deutschen hat (relatives Risiko 0,3).

Das Ergebnis einer erhöhten Suizidalität bei jungen Frauen mit türkischem Migrationshintergrund wird von Studien zu Suizidversuchen und Suizidgedanken untermauert: Die *WHO/EURO Multicentre Study on Suicidal Behaviour* zeigt im Einzugsgebiet Würzburg eine Suizidversuchsrate von 521,8 pro 100 000 Einwohner unter türkischen Migrantinnen im Vergleich zu den schon genannten 99,9 Suizidversuchen pro 100 000 unter deutschen Frauen (6). Außerdem waren türkische Frauen zum Zeitpunkt ihres Suizidversuchs signifikant jünger als deutsche Frauen (24,9 vs. 37,7 Jahre).

Eine Forschergruppe in den Niederlanden (Utrecht) fand bei jungen türkischen Migrantinnen im Alter von 16-24 Jahren eine signifikant höhere Rate an Suizidgedanken (38,1%) im Vergleich zu ihren niederländischen (17,9%) und marokkanischen Altersgenossen (12,8%) (17). Die Rate der türkischen Mädchen und Frauen war auch hier mit 45,5% die höchste. Zwei weitere epidemiologische Studien aus den Niederlanden zeigen, dass junge Frauen mit türkischem, südasiatischem und marokkanischem Migrationshintergrund zwischen 15 und 24 Jahren häufiger suizidales Verhalten zeigen als junge niederländische Frauen (18, 19). Yilmaz und Riecher-Rösler (2008, 2012) untersuchten die Rate der Suizidversuche von Menschen mit türkischem Migrationshintergrund in der Notfallaufnahme des Universitätsspitals in Basel im Verlauf von sieben Jahren (1991-1997) und fanden bei jungen Migrantinnen der zweiten Generation die höchste Suizidversuchsrate.

Beweggründe und Risikofaktoren für Suizid und suizidales Verhalten bei Frauen mit Migrationshintergrund

Psychische Erkrankungen und besonders affektive Störungen gehören allgemein zu den bedeutendsten Ursachen für Suizidalität (4, 22). Migration wird weitgehend als ein kritisches Lebensereignis verstanden, das die Anpassungsfähigkeiten und die Bewältigungs- und Problemlösungsstrategien überlasten kann und dann oft mit erhöhtem psychosozialen, akkulturationsbedingtem Stress einhergeht (23). Wenn dies geschieht, ist das Risiko von

psychischen Erkrankungen erhöht (16, 24.). Zu den psychischen Störungen, die häufig in Verbindung mit Migration auftreten, zählen Depressionen, psychosomatische Beschwerden und Traumafolgestörungen (4, 25, 26). Die Wahrscheinlichkeit von Suizid und suizidalem Verhalten kann somit generell durch die Migrationssituation erhöht sein (27, 28), wobei Faktoren wie die Umstände der Migration (politisches Asyl, Arbeitsmigration etc.) eine entscheidende Rolle spielen. Die Beweggründe von suizidalen Krisen bei Frauen mit türkischem Migrationshintergrund wurden bisher wenig untersucht. Eine niederländische Studie zeigt in einer retrospektiven Analyse von Krankenhausakten von Suizidversuchen, dass mindestens die Hälfte der Frauen mit türkischem, marokkanischem und südasiatischem Migrationshintergrund spezifische stressige Lebensereignisse im Zusammenhang mit der Familienehre erlebt hatten und ihr Leben durch das Fehlen von Eigenständigkeit charakterisiert war (29). Die Autoren interpretieren dies so, dass bei jungen Frauen soziale Faktoren wie ein von außen kontrolliert erlebtes Leben oder die Unzufriedenheit mit der sozialen Position in der Gesellschaft eine größere Rolle spielen könnten als psychiatrische und psychologische Risikofaktoren.

Vergleichbare Untersuchungen zu Beweggründen und Risikofaktoren von Suizidalität bei Migranten finden sich in Großbritannien, wo Frauen mit südasiatischem Migrationshintergrund eine kontinuierlich höhere Suizidrate haben (30). Als Beweggründe werden auch hier vor allem soziale Faktoren wie Ehe- und Familienkonflikte (z.B. nicht akzeptierte Liebesbeziehungen) und Gewalterfahrungen in der Familie beschrieben (31). Einige Untersuchungen zeigen, dass sich südasiatische Migrantinnen eher impulsiv als Antwort auf belastende Lebensereignisse selbst verletzen als aufgrund einer psychiatrischen Erkrankung (30).

Insgesamt gibt es nur wenig Information zu psychischen Krisen und suizidalem Verhalten bei Frauen mit türkischem Migrationshintergrund in Deutschland und Europa. Deshalb sind Untersuchungen notwendig, welche die gruppenspezifischen Gemeinsamkeiten dieser Frauen beleuchten, um deren Situation besser einschätzen und (präventive) Interventionsmaßnahmen gezielt auf diese Gruppe richten zu können.

Fragestellungen

Ziele der vorliegenden Arbeit waren, den Forschungsstand zum Thema Suizidalität und psychische Belastung von Frauen mit türkischem Migrationshintergrund zu erweitern und den Einfluss eines multimodalen Interventionsprogramms auf die Inzidenz von Suizidversuchen dieser Zielgruppe zu evaluieren. Die Studien wurde im Rahmen des vom BMBF geförderten Projekts „Suizidraten und Suizidprävention bei Berliner Frauen mit türkischem Migrationshintergrund“ durchgeführt (Förderkennzeichen: 01EL0807). Die kultur- und genderspezifische Interventionsmaßnahme „Beende Dein Schweigen, nicht Dein Leben“ bestand aus einer Medienaufklärungskampagne, einer Telefonhotline und der Schulung von Multiplikatoren und hatte das Hauptziel, die Inzidenz von Suiziden und Suizidversuchen von Frauen mit türkischem Migrationshintergrund zu senken

(www.beende-dein-schweigen.de). Als Multiplikatoren wurden Personen aus den Bereichen Medizin, Pflege, Psychologie und Sozialpädagogik, die einen regelmäßigen Zugang zur Zielgruppe haben, geschult („Train-the-Trainer-Seminar“). Inhalte der Schulung waren unter anderem die Verbesserung des Wissens über Suizidalität, Depressionen und die Hintergründe suizidalen Krisenverhaltens der Zielgruppe, sowie der Umgang mit Menschen in Krisensituationen. Zudem wurde eine Telefonhotline in türkischer Sprache in Zusammenarbeit im dem Berliner Krisendienst etabliert, um Frauen mit türkischem Migrationshintergrund zu ermöglichen, in Krisensituationen anonym muttersprachliche Unterstützung zu erhalten. Im Rahmen einer Medienkampagne in den lokalen türkischen Medien (Printmedien, Radio, Plakate, Flyer) wurden regelmäßig Beiträge zu den Themen Konflikte, Krisen, Depression, Suizidalität und Hilfsangebote in Berlin gesendet. In diesen Beiträgen wurde auf Krisensituationen von Frauen mit türkischem Migrationshintergrund und ihre möglichen Folgen aufmerksam gemacht, mögliche Lösungsstrategien aufgezeigt und auf Hilfsangebote in Berlin hingewiesen, um die Inanspruchnahme des Gesundheitssystems zu verbessern. Informationen zu der Telefonhotline wurden ebenfalls in den Medien eingeblendet:

**HAYATINA DEĞİL
SUSKUNLUĞUNA
SON VER**

BEENDE DEIN SCHWEIGEN, NICHT DEIN LEBEN

**KRİZ TELEFONU / HOTLINE
01805 - 22 77 07**

Çaresizsin, konuşmak istiyorsun,
yardına mı ihtiyacın var? Kız arkadaşın için
endişeleriyor musun? O zaman bizi ara!

Do you are worried and need help, should I tell?
Do you have to worry about your friend? Then call us!

Bize Kriz telefonu / Hotline aracılığı ile hergün 9 ile 16
saatleri arasında ulaşabilirsiniz. (Almanya kayıtlı sabit telefon
üzerinden, yerel ücret tarifesi uygulanmaktadır.)

Unser deutsch/türkische Hotline ist täglich von 9 bis 16 Uhr zu erreichen.
Bitte wählen Sie aus dem deutschen Festnetz.

www.sukunluguacemeri.de | www.beende-dein-schweigen.de

Partner:
Berliner Ehrenämter-Region Mitte
Berliner Bündnis gegen Depression: BKE

Mit finanzieller Unterstützung:
Berliner Spenden-Bank für
Berliner Spenden-Bank für



Auf den oben skizzierten Forschungsbefunden aufbauend, wurden die folgenden Fragestellungen verfolgt:

Studie 1: Was sind die Erklärungsmodelle von suizidalem Verhalten bei Frauen mit türkischem Migrationshintergrund?

In Deutschland existieren bisher nur Statistiken zu Raten von Suiziden und Suizidversuchen. Untersuchungen zu den Themen Beschwerderepräsentation, Beweggründe und Konsequenzen einer psychischen Krise, sowie Hilfesucheverhalten und mögliche Interventions- und Präventionsstrategien fehlen bisher gänzlich.

Studie 2: Wie hoch sind die Suizidversuchsraten von Frauen mit türkischem Migrationshintergrund in Berlin im Verlauf von 2,5 Jahren, und kann eine multimodale Interventionsmaßnahme diese reduzieren?

Bisher gab es in Deutschland noch kein Interventionsprogramm zur Suizidprävention welches auf eine spezifische Zielgruppe mit Migrationshintergrund ausgerichtet war.

Studie 3: Was sind die Zusammenhänge von wahrgenommener Stigmatisierung, allgemeiner psychischer Belastung, depressiver Symptomatik und Somatisierung bei Frauen mit türkischem Migrationshintergrund?

Diese Untersuchung geht auf das Thema Beschwerderepräsentation genauer ein und beleuchtet den Zusammenhang der oben genannten Variablen, um die sogenannte „Somatisierungs-Hypothese“ zu testen, die besagt, dass bestimmte Bevölkerungsgruppen eher somatische als psychische Symptome einer Depression zeigen, da diese zu weniger Stigmatisierung führen. Der Forschungsstand zu diesem Thema ist bisher unzureichend und widersprüchlich.

Methodik

Studie 1: Erklärungsmodelle für Suizidalität von Frauen mit türkischem Migrationshintergrund in Deutschland: Eine Fokusgruppenstudie (Heredia Montesinos et al., 2019)

Anhand der Ergebnisse dieser Studie wurden die Inhalte des multimodalen Interventionsprogramms entwickelt (u.a. Train-the-Trainer-Seminare und Schulung der Mitarbeiterin der Krisenhotline).

Stichprobe: Es wurden insgesamt neun Fokusgruppen durchgeführt (N=61). Drei Fokusgruppen bestanden aus „Schlüsselpersonen“, also Personen, die in einem engen und regelmäßigen professionellen Kontakt mit der Zielgruppe standen. Die eine Gruppe bestand aus Stadtteilmüttern¹ aus den Berliner Bezirken Neukölln und Kreuzberg, die einen hohen Anteil an Menschen mit türkischem Migrationshintergrund haben, und die anderen beiden Gruppen aus PsychiaterInnen, PsychologInnen, BeratungsstellenmitarbeiterInnen, Pflegekräften, GynäkologInnen, LehrerInnen und ReligionsvertreterInnen. Drei Gruppen bestanden aus Frauen der türkischen Community in den Altersstufen 18-34, 35-49 und 50+ („Laien“). Die Gruppe 18-49 bestand nur aus Frauen, die in Deutschland geboren und aufgewachsen sind (zweite Generation). Die Gruppe 50+ bestand nur aus Frauen aus der ersten Generation und die Gruppe 35-49 war bezüglich der Generationen gemischt. Drei weitere Gruppen bestanden aus Frauen mit einem Suizidversuch in ihrer Vergangenheit („Betroffene“). Auch hier wurden die Gruppen bezüglich Alter und Generation aufgeteilt. Die beiden Gruppen mit jungen Frauen wurden auf Deutsch durchgeführt, alle anderen auf Türkisch. Einschlusskriterien waren türkischer Migrationshintergrund (selbst oder Eltern in der Türkei geboren) und Volljährigkeit. Ausschlusskriterien für die Gruppen mit Frauen aus der Community waren eine (frühere) suizidale Krise oder psychische Störung, welche anhand des SKID Interviews erfasst wurde (32, 33), welcher auch mit den betroffenen Frauen durchgeführt wurde. Dieses Ausschlusskriterium wurde gewählt, da die Einstellung bezüglich Suizidalität und Hilfesucheverhalten von Frauen untersucht werden sollte, die selbst noch keine suizidale Krise erlebten oder Kontakt mit dem Gesundheitssystem hatten. Für betroffene Frauen waren Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen sowie eine suizidale Krise innerhalb der letzten 12 Monate Ausschlusskriterien. Letzteres wurde mit der Frage „Hatten Sie in den letzten 12 Monaten suizidale Gedanken und einen Suizidversuch?“ erfragt. Schlüsselpersonen wurden durch ein Netzwerk türkischsprachiger Spezialisten rekrutiert, Frauen aus der Community aus Nachbarschaftszentren, Vereinen und Organisationen, und betroffene Frauen aus Beratungsstellen, Frauenhäusern, ambulant arbeitenden Psychotherapeuten, Hausärzten und Psychiatern und aus der Psychiatrischen Institutsambulanz der Psychiatrischen Universitätsklinik der Charité im St. Hedwig Krankenhauses in Berlin. Alle Probanden wurden vor der Teilnahme über die Ziele der Studie, die

¹ Stadtteilmütter sind Frauen nicht deutscher Herkunft mit vorrangig türkischer und arabischer Muttersprache, die andere Familien ihrer Communities unterstützen, indem sie diese in den Themen der Erziehung, Bildung und Gesundheit aufklären.

eingesetzten Methoden, die damit verbundenen Risiken sowie über datenschutzrechtliche Aspekte aufgeklärt und stimmten dem schriftlich zu. Der Durchführung der Studie wurde von den Ethikkommissionen der Charité - Universitätsmedizin Berlin zugestimmt (EA1/177/08; ISRCTN Register: ISRCTN96382348).

Fokusgruppen Leitfaden: Kleinmans Konzept der Erklärungsmodelle (1978) und drei gängige Fragebögen zur Erfassung von Erklärungsmodellen wurden für die Entwicklung des Fokusgruppen Leitfadens verwendet (*Illness Perception Questionnaire IPQ*, 35; *Explanatory Model Interview Catalogue EMIC*, 36; *Short Explanatory Model Interview SEMI*, 37). Der Leitfaden bestand letztendlich aus den fünf Hauptkategorien Beschwerderepräsentation, wahrgenommene Ursachen, Verlauf/Konsequenzen, Hilfesucheverhalten und potentielle Intervention- und Präventionsstrategien. Folgender Leitfaden wurde angewandt:

Eröffnungsfrage	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Schlüsselpersonen:</i> Teilen Sie uns Ihren Namen, Ihren Beruf mit und wie lange Sie schon mit Frauen mit türkischem Migrationshintergrund arbeiten. - <i>Laien und Betroffene:</i> Teilen Sie uns Ihren Namen und etwas Persönliches mit, wie Ihren Beruf, ob Sie Kinder haben oder irgendetwas anderes.
Assoziationsaufgabe	Schreiben Sie die ersten zwei Worte auf, die Ihnen einfallen, wenn Sie das Wort "Krise" hören! Teilen Sie uns mit, weshalb Ihnen diese beiden Worte eingefallen sind!
Einleitende Frage	Was stellen Sie sich unter einer Krise vor?
1. Hauptfrage Beschwerderepräsentation	Wie zeigt sich eine Krise bei Frauen mit türkischem Migrationshintergrund typischerweise? <i>Testfrage:</i> <ul style="list-style-type: none"> - Wie fühlen, denken und verhalten sich Frauen, wenn sie in einer emotionalen Krise sind?
Übergangsfrage	Was fällt Ihnen ein, wenn Sie an das Thema Suizid denken?
2. Hauptfrage Beweggründe/Ursachen	Was sind die Ursachen oder Beweggründe für eine suizidale Krise bei Frauen mit türkischem Migrationshintergrund? <i>Zusätzliche Fragen für Schlüsselpersonen:</i> <ul style="list-style-type: none"> - Was sind die Unterschiede zwischen jungen Frauen, Frauen mittleren Alters und älteren Frauen? - Was sind die Unterschiede zwischen den Generationen?
3. Hauptfrage Verlauf/Konsequenzen	Was für Auswirkungen hat eine suizidale Krise auf das Leben von Frauen mit türkischem Migrationshintergrund? <i>Testfragen:</i> <ul style="list-style-type: none"> - Was geschieht typischerweise nach einer Krise? - Was sind die Reaktionen und Konsequenzen einer Krise?
4. Hauptfrage Hilfesucheverhalten	Wo suchen Frauen mit türkischem Migrationshintergrund Hilfe? <i>Testfrage:</i> <ul style="list-style-type: none"> - Was glauben Sie, hält Frauen davon ab sich Hilfe zu suchen?
5. Hauptfrage Potentielle Interventions- und Präventionsstrategien	Wie könnten die vielen Suizide und Suizidversuche reduziert werden? <i>Testfragen:</i> <ul style="list-style-type: none"> - Was müsste sich verändern? - Was hätte Ihnen geholfen? (<i>nur für Betroffene</i>) - Wie könnte das Gesundheitssystem diesen Frauen besser helfen?
Abschlussfrage	Gibt es irgendetwas, was wir nicht gefragt haben oder was Sie noch gerne sagen würden?

Vorgehen: Alle Gruppen fanden in einem kooperierenden Nachbarschaftszentrum statt und wurden per Audio und Video aufgezeichnet. Die durchschnittliche Dauer betrug zwei Stunden. Das Material wurde transkribiert, und die Gruppen, die auf Türkisch durchgeführt wurden, wurden von einem professionellen Übersetzer ins Deutsche übersetzt. Demographische Informationen wurden anhand eines für diese Studie entwickelten Fragebogens erfasst, der auf Deutsch und auf Türkisch vorlag.

Datenanalyse: Die Daten wurden mit der Methode der thematischen Analyse ausgewertet (38), welche Themen in qualitativen Daten identifiziert, beschreibt und analysiert. Die Analyse erfolgte durch einen Kodierungsprozess in sechs Phasen: Familiarisierung mit den Daten, Generieren initialer Codes, Suche nach Themen in den Codes, Überarbeitung der Themen, Definieren und Benennen von Themen, und Schreiben des Berichts. Jede Fokusgruppe wurde unabhängig von den anderen Gruppen analysiert, um zu untersuchen, ob bestimmte Themen in verschiedenen Gruppen erwähnt wurden, und um die Gruppen miteinander zu vergleichen. Die Analyse wurde mit dem Programm MAXQDA 9 durchgeführt, eine Software für die systematische Kodierung und Organisation qualitativer Daten. Die fünf Hauptkategorien Beschwerderepräsentation, Beweggründe/Ursachen, Verlauf/Konsequenzen, Hilfesucheverhalten und potentielle Intervention-/Präventionsstrategien wurden als vordefinierte Hauptkategorien verwendet, und Sequenzen aus dem Material, die in eine der fünf Hauptkategorien passten, wurden als Subkategorien in die Hauptkategorien kodiert und anhand ihres Inhalts benannt. Als z.B. Teilnehmer beschrieben, dass *häusliche Gewalt* eine Ursache für Suizidalität ist, wurde häusliche Gewalt als Subkategorie in die Hauptkategorie *Ursachen/Beweggründe* kodiert. Wenn der Inhalt der Subkategorien thematisch weiter aufgeteilt werden konnte, wurden Subkategorien für die Subkategorie gebildet (z.B. *körperliche Gewalt* und *psychische Gewalt* als Subkategorien für die Subkategorie *häusliche Gewalt*). So entstand ein hierarchisches Kodierschema für jede Fokusgruppe, welches mit den Kodierschemata der anderen Fokusgruppen verglichen wurde, um Gemeinsamkeiten und Unterschiede zu analysieren und letztendlich zentrale Themen zu generieren.

Studie 2: Suizidversuchsrate und Effekte eines multimodalen Interventionsprogramms bei Frauen mit türkischem Migrationshintergrund in Berlin (Aichberger, Heredia Montesinos et al., 2015)

Anhand der Ergebnisse dieser Studie wurde das multimodale Interventionsprogramm evaluiert.

Stichprobe: Alle volljährigen Frauen mit türkischem Migrationshintergrund wurden in diese Studie eingeschlossen, die im Zeitraum 05/2009 - 09/2011 nach einem Suizidversuch in einer Berliner Rettungsstelle aufgenommen wurden. Als türkischer Migrationshintergrund wurde definiert: selbst in der Türkei geboren (erste Generation), oder Eltern oder Großeltern stammen aus der Türkei (zweite Generation). Alle Rettungsstellen in den Berliner Krankenhäusern, die einen 24-Stunden-

Service für psychiatrische Patienten anbieten, sowie alle Kliniken für Psychiatrie, die einen 24-Stunden-Service anbieten, wurden einbezogen. 39 von 40 Rettungsstellen nahmen letztendlich an der Studie teil (eine wurde ausgeschlossen, da sie auf Ophthalmologie spezialisiert war), sowie drei Kliniken für Psychiatrie. Die Daten wurden vom Pflegepersonal und den behandelnden Ärzten der Rettungsstellen erfasst, und zusätzliche Informationen wurden von den behandelnden Psychiatern eingeholt. Die Rettungsstellen wurden alle zwei Wochen per Telefon kontaktiert und alle sechs Monate persönlich aufgesucht, um neue Mitarbeiter über die Studie zu informieren.

Erfassungsinstrument: Ein kurzer für diese Studie eigens entwickelter Fragebogen erfasste folgende Daten: Alter, Jahr der Migration, Migrationsstatus, Absicht, Methode, Behandlung, klinische Diagnose (des Psychiaters) und psychosoziale Belastungen (Beweggründe für den Suizidversuch). Die Methode des Suizidversuchs wurde anhand der ICD-10 Kategorien für Vorsätzliche Selbstbeschädigung erhoben (X60-X84). Des Weiteren wurde die Art der unmittelbaren Behandlung erfragt, also ob eine weitere Behandlung wie eine Intensivbehandlung, medikamentöse Therapie, eine ambulante oder stationäre Behandlung durchgeführt wurde. Die Beweggründe wurden anhand folgender Kategorien erfasst (anzukreuzen): Konflikte mit Eltern, Konflikte mit (Ehe)partnerIn, Konflikte mit Schwiegerfamilie, Probleme am Arbeitsplatz/in der Schule, finanzielle Probleme, häusliche Gewalt, psychische Erkrankung und körperliche Erkrankung.

Statistische Analyse: Deskriptive Statistiken bezüglich Altersgruppe und Generation wurden durchgeführt. Chi-quadrat Tests wurden verwendet, um die Unterschiede der Beweggründe zwischen den Generationen zu analysieren. Um die Jahresinzidenzraten pro 100 000 Einwohner der Suizidversuchsraten zu kalkulieren, wurden die Bevölkerungsdaten vom Statistischen Bundesamt Berlin-Brandenburg verwendet. Eine direkte Standardisierung der altersangepassten Inzidenzraten wurde anhand des *European Standard Population* durchgeführt, um die Inzidenzraten bestimmter Altersgruppen innerhalb der erfassten Population und im Vergleich zur gesamten Population über die Zeit hinweg zu berechnen. 95% Grenzen wurden als Konfidenzintervall gewählt, die statistische Signifikanz von Veränderungen in den Suizidversuchsraten pro Jahr und Altersgruppe wurde anhand eines Vergleichs dieses 95% Konfidenzintervalls berechnet. Um den Effekt der Intervention auf die Suizidversuchsraten zu kalkulieren, wurde eine segmentierte Regressionsanalyse pro Altersgruppe durchgeführt.

Studie 3: Der Einfluss von Stigmatisierung auf Depression, allgemeine psychische Belastung und Somatisierung bei Frauen mit türkischem Migrationshintergrund (Heredia Montesinos et al., 2012)

Stichprobe: Im Rahmen dieser Studie wurden N=64 weibliche Probanden untersucht, die über die psychiatrische Institutsambulanz der Psychiatrischen Universitätsklinik der Charité im St. Hedwig Krankenhaus in Berlin rekrutiert wurden. Alle Teilnehmerinnen waren im Kindes- Jugend- oder Erwachsenenalter aus der Türkei nach Deutschland migriert. Einschlusskriterien waren das

Vorliegen einer depressiven Störung (F32, F33 oder F34) und ein Punktwert von mindestens 11 Punkten im Beck-Depressions-Inventar II (39). Ausschlusskriterien waren komorbide schizophrene, wahnhaft oder Persönlichkeitsstörungen sowie Demenz, Substanzmissbrauch oder -abhängigkeit und schwere somatische Erkrankungen. Die Probanden wurden in den Räumen der Institutsambulanz interviewt und durften entscheiden, ob sie auf Deutsch oder Türkisch befragt werden wollten. Auch die Fragebögen lagen auf Deutsch und auf Türkisch vor und wurden in Anwesenheit der Interviewerin ausgefüllt. Alle Probanden wurden vor der Teilnahme über die Ziele der Studie, die eingesetzten Methoden, die damit verbundenen Risiken sowie über datenschutzrechtliche Aspekte aufgeklärt und stimmten dem schriftlich zu. Die Ethikkommissionen der Charité - Universitätsmedizin Berlin stimmten der Durchführung der Studie zu (EA1/176/08).

Messinstrumente: Die soziodemographischen Daten wurden anhand eines für diese Studie entwickelten Fragebogens erfasst (Alter, Bildungsstand, Einkommen, Familienstand, Anzahl der Kinder und Anzahl Jahre, die sie in Deutschland lebten). Stigmatisierung wurde anhand der EMIC Stigma Skala erfasst (*Explanatory Model Interview Catalogue*, 36). Die Skala ist Teil eines umfassenden Interviewkatalogs und umfasst 13 Aussagen über Aspekte im Leben, die durch Stigmatisierung beeinflusst werden können (z.B. „Andere haben mich aufgrund meines Problems vermieden“, „Ich habe versucht mein Problem geheim zu halten, wenn dies möglich war“). Die Zustimmung zu diesen Aussagen wird in einem Ranking von 0 bis 3 erfasst (0=nein, 1=unsicher, 2=vielleicht, 3=ja). Da die Skala weder in der deutschen noch in der türkischen Sprache vorlag, wurde die englische Version von professionellen Übersetzern in beide Sprachen übersetzt. Die Schwere der depressiven Symptomatik wurde anhand des Selbstbeurteilungsfragebogens *Beck-Depressions-Inventar* erfasst (39, 40). Anhand von 21 Fragen kann in diesem angegeben werden, welche von vier Aussagen über bestimmte Symptome wie Traurigkeit, Interessensverlust oder Energieverlust in den letzten zwei Wochen am zutreffendsten sind. Somatisierung wurde anhand des Selbstbeurteilungsfragebogens *Screenings für Somatoforme Störungen* erfasst (SOMS II, 41), welches in 45 Items das Vorhandensein von körperlichen Symptomen in den letzten zwei Jahren erfragt, die nicht auf eine organische Erkrankung zurückzuführen sind. Die Antworten sind dichotom: ja/nein. Die allgemeine psychische Belastung wurde anhand des Selbstbeurteilungsverfahrens *Symptom-Checkliste-Standard-90* (SCL-90, 42) erhoben, welches die subjektiv empfundene Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome einer Person innerhalb der letzten sieben Tage erfragt. Die 90 Items der neun Skalen beschreiben die Bereiche Aggressivität/Feindseligkeit, Ängstlichkeit, Depressivität, Paranoides Denken, Phobische Angst, Psychotizismus, Somatisierung, Unsicherheit im Sozialkontakt und Zwanghaftigkeit. Drei globale Kennwerte geben Auskunft über das Antwortverhalten bei allen Items: Der GSI (*Global Severity Index*) misst die grundsätzliche psychische Belastung, der PSDI (*Positive Symptom Distress Index*) die Intensität der Antworten und der PST (*Positive Symptom Total*) gibt Auskunft über die Anzahl der Symptome, die Ausdruck einer Belastung sind.

Datenanalyse: Der Zusammenhang zwischen Stigmatisierung, depressiver Symptomatik, Somatisierung und allgemeiner psychischer Belastung wurde mit dem Statistikprogramm SPSS (Version 19) anhand von Pearson's Korrelationen erfasst. Um den Einfluss des Schweregrades der depressiven Symptomatik zu analysieren, wurde die Stichprobe in zwei Gruppen geteilt (Gruppe 1: BDI<28 Gruppe 2: BDI>29). Die Korrelation zwischen Stigmatisierung und körperlichen Symptomen wurde für beide Gruppen unabhängig voneinander analysiert.

Ergebnisse

Studie 1: Erklärungsmodelle für Suizidalität von Frauen mit türkischem Migrationshintergrund in Deutschland: Eine Fokusgruppenstudie (Heredia Montesinos et al., 2019)

Stichprobe: Schlüsselpersonen und Frauen der zweiten Generation hatten einen höheren Bildungsstand als der Rest der Stichprobe. 73.3% der Frauen aus den drei Gruppen mit „Betroffenen“ hatten eine aktuelle oder frühere affektive Störung (F3) und 20% eine neurotische, Belastungs- oder somatoforme Störung (F4).

Beschwerderepräsentation: Die Reaktionen von Frauen in einer Krise wurden als stark von kulturellen Erwartungen beeinflusst beschrieben. Der Ruf der Familie, die Familienehre und der dadurch entstehende soziale Druck wurden von allen Gruppen als besonders wichtig angesehen. Der soziale Druck führe dazu, dass Frauen ihre Sorgen häufig für sich behalten, sich zurückziehen und teilweise somatische Symptome entwickeln. Aus diesen Gründen werde eine emotionale Krise häufig erst sehr spät erkannt.

Ursachen/Beweggründe: Aufgrund der besonderen Bedeutung der Familie (Familienzentriertheit) wurden familiäre Probleme von allen Fokusgruppen als einer der wichtigsten Beweggründe für suizidale Krisen angesehen. Die Einstellung, dass die Familie wichtiger ist als das einzelne Familienmitglied (Loyalität), führe dazu, dass es bestimmte Erwartungen bezüglich Verhaltens- und Lebensweise gebe und es zu Auseinandersetzungen komme, wenn Frauen (und auch Männer) sich nicht im Sinne dieser Vorstellungen verhielten. Die Befürchtung, dass andere schlecht über die Familie denken könnten (Stigmatisierung), wenn Frauen sich nicht normkonform verhielten, sei für die türkischen Familien ein enormer gesellschaftlicher Druck. Frauen der zweiten Generation, Heiratsmigrantinnen und verheiratete Frauen wurden als besonders vulnerable Gruppen angesehen. Bei jungen Frauen der zweiten Generation wurden Konflikte mit den Eltern bezüglich Freiheiten als häufige Ursache für suizidale Krisen genannt. Betroffene junge Frauen beschrieben, dass sie Loyalitätskonflikte erleben (z.B. Familie versus einen nicht von der Familie akzeptierten Partner) aus denen sie keinen Ausweg sahen. Bei verheirateten Frauen wurde häusliche Gewalt als Ursache genannt sowie die Schwierigkeit sich zu trennen, da dies wenig akzeptiert sei und sie häufig finanziell abhängig seien. Probleme mit der Schwiegerfamilie wurden als weitere Gründe für Krisen genannt. Neben den genannten Problemen von verheirateten Frauen seien Heiratsmigrantinnen

zusätzlich gefährdet, da sie durch die Trennung von ihrer Herkunftsfamilie in Konfliktsituationen innerhalb der neuen Familie wenig soziale Unterstützung von außen hätten und sich damit ausgeliefert und sozial isoliert fühlten. Neben familiären Problemen und gesellschaftlichem Druck wurde Diskriminierung, Rassismus und fehlende Akzeptanz als zweites zentrales Thema von allen Fokusgruppen genannt. Die Teilnehmer der Gruppen fühlten sich immer noch als „Menschen zweiter Klasse“ behandelt, obwohl sie häufig schon seit mehreren Generationen hier in Deutschland leben. Fehlende Akzeptanz und Wertschätzung wurde vor allem von den Frauen der zweiten Generation genannt, da diese sich mit teilweise widersprüchlichen Anforderungen konfrontiert sehen. Die Familie bzw. die türkische Community würde beispielsweise erwarten, dass sie sich nach bestimmten gesellschaftlichen Normen und Regeln verhalten (wie Selbstaufopferung), die deutsche Gesellschaft verlange hingegen, dass sie selbstbewusst und stark seien und ihre eigenen Interessen durchsetzen, um etwas zu erreichen. Die Wahrnehmung von fehlender Akzeptanz und Wertschätzung in beiden Kulturen führe dann häufig dazu, dass sich junge Frauen wie „zwischen zwei Kulturen“ fühlen. Diese Situation führe zu einem unlösbaren Dilemma zwischen dem Wunsch unabhängig zu sein, den eigenen Weg zu gehen, und dem Wunsch von der Familie wertgeschätzt und unterstützt zu werden. Dies führe zu einem Gefühl der Ausweglosigkeit und Hoffnungslosigkeit.

Verlauf und Konsequenzen: Eine suizidale Krise wurde zum einen als Möglichkeit gesehen, dass sich Dinge zum Positiven verändern. Da Frauen häufig dazu tendieren, ihre Sorgen für sich zu behalten bis sie es nicht mehr aushalten, könne eine Krise dazu führen, dass das soziale Umfeld realisiere wie es der Frau geht und wie wichtig sie für die Familie ist. Zum anderen wurden von den betroffenen Frauen auch negative Reaktionen benannt; sie würden nicht ernst genommen, ignoriert, unter Druck gesetzt oder als „verrückt“ stigmatisiert. Das weitere soziale Umfeld wurde als nicht besonders hilfreich beschrieben, da dort gelte, „Probleme der Familie bleiben in der Familie“ und es sonst zu „Gerede“ kommen könne. Wegen dieser Reaktionen beschrieben betroffene Frauen, dass sie sich häufig schämten und minderwertig fühlten; sie würden sich selbst als „schwach“ stigmatisieren (Selbststigmatisierung).

Hilfesucheverhalten: Es herrschte Konsens in den Gruppen, dass Menschen mit türkischem Migrationshintergrund psychotherapeutische und psychiatrische Hilfe viel weniger häufig in Anspruch nehmen als Deutsche. Strukturelle Barrieren wie fehlende Information, wenige muttersprachliche Behandler, lange Wartezeiten und fehlende interkulturelle Kompetenz in den Einrichtungen wurden als Faktoren benannt, welche die Hilfesuche erschweren. Betroffene Frauen berichteten, dass sie sich von deutschen Behandlern häufig nicht verstanden und diskriminiert fühlten und kein Vertrauen aufbauen konnten. Auch nicht betroffene Frauen äußerten, dass es ihnen im Falle einer Krise aus diesen Gründen schwer fallen würde sich Hilfe zu suchen. Weiter wurde berichtet, dass aufgrund der Wichtigkeit des Rufes der Familie und der Familienehre Hilfesucheverhalten eher nicht gefördert wird (s. „Probleme der Familie bleiben in der Familie“).

Außerdem wurde angegeben, dass psychische Störungen und Suizid in der türkischen Community generell noch „Tabuthemen“ sind, so dass Scham und die Angst als „verrückt“ stigmatisiert zu werden davon abhalte sich Hilfe zu suchen. Hausärzte würden deshalb eher als Psychiater aufgesucht und dies meist auch erst dann, wenn die Situation schon eskaliert sei.

Potentielle Interventions- und Präventionsstrategien: Die Fokusgruppenteilnehmer schlugen eine Vielzahl von Möglichkeiten vor, um die hohen Suizid(versuchs)raten zu reduzieren. Bezüglich struktureller Barrieren wurde die Verbesserung der kulturellen Kompetenz als besonders wichtig erachtet, da dies mehr Vertrauen schaffen würde, außerdem ausführlichere Information über die existierenden Angebote (z.B. in Form einer Informationsbroschüre). Betroffene Frauen schlugen eine anonyme Krisenhotline in deutscher und türkischer Sprache als niederschwelliges Angebot vor. Auf gesellschaftlicher Ebene wurden Sensibilisierungskampagnen als wichtig erachtet, um psychische Störungen, Suizidalität und psychiatrische/psychotherapeutische Behandlungen vom Stigma zu befreien. Für die Behandlung wurde das Einbinden der Familie als essenziell betrachtet, vor allem wenn die Ursache der Krise familiäre Probleme seien, beispielsweise in Form von Hilfe bei der Verbesserung der Kommunikation zwischen den Familienmitgliedern. Für die individuelle Therapie erachteten es die jüngeren Frauen für wichtig zu lernen, sich emotional von dem gesellschaftlichen und familiären Druck zu distanzieren. Betroffene junge Frauen empfanden es zudem als wichtig, ihr Selbstvertrauen und ihre Selbstständigkeit zu verbessern, ohne von der helfenden Person als „bemitleidenswert“ behandelt zu werden.

Studie 2: Suizidversuchsraten und Effekte eines multimodalen Interventionsprogramms bei Frauen mit türkischem Migrationshintergrund in Berlin (Aichberger, Heredia Montesinos et al., 2015)

Suizidversuchsraten: Im Zeitraum 05/2009-09/2011 wurden insgesamt 159 Suizidversuche gemeldet. Die altersangepasste Inzidenzrate war 76.3/100 000 im Jahre 2009 (95% CI=73.9-78.6), 92.2/100 000 in 2010 (95% CI= 89.7-94.8) und 66.9/100,00 in 2011 (95% CI= 64.6-69.3). Mit Ausnahme von 2011 war die höchste Rate in der Altersgruppe 18-24 Jahre mit 225.4/100 000 Personen in 2009 (95% CI=208.8-242.0) und 297.0/100 000 in 2010 (95% CI=277.6-316.4). Während die Inzidenzrate der Altersgruppe 30-54 durchweg niedrig war, war die Inzidenzrate der Altersgruppe 25-29 stabil über 150/100 000, mit 163.3/100 000 in 2009 (95% CI=130.7-196.0) bis zu 169.6/100 000 in 2011 (95% CI=141.2-197.9). In der Altersgruppe 55+ gab es insgesamt nur sechs Fälle. In der Altersgruppe 18-24 gab es eine signifikante Reduzierung der Inzidenzrate zwischen den Jahren 2009 und 2011 mit nur 94.4 /100 000 in 2011 (95% CI=78.5-110.2). Die Inzidenzrate von Frauen der zweiten Generation in der Altersgruppe 18-24 zeigte einen ähnlichen Verlauf wie die der gesamten Gruppe mit höheren Raten in den Jahren 2009 und 2010 (202.2/100 000 und 300.0/100 000) und einer signifikanten Reduktion in 2011 (117.0/100 000). In Tabelle 1 und 2 sind die Ergebnisse zusammengefasst.

Effekt der Intervention: In der Altersgruppe 18-24 gab es eine signifikante Trendveränderung nach der Intervention ($\beta=-1.25$, 95% CI=-0.24-2.26).

Tabelle 1: Suizidversuchsraten pro 100,000 Personen von 2009 bis 2011

Variable	2009a	95% CI	N	2010b	95% CI	N	2011c	95% CI	N
Standardisierte Rate	76.3	73.9-78.6	45	92.2	89.7-94.8	71	66.9	64.6-69.3	43
18 – 24 Jahre	225.4	208.8-242.0	19	297.0	277.6-316.4	30	94.4	78.5-110.2	9
25 – 29 Jahre	163.3	130.7-196.0	7	149.3	120.0-178.5	10	169.6	141.2-197.9	9
30 – 54 Jahre	65.5	60.4-70.5	18	74.3	69.1-79.5	28	77.1	72.0-82.1	23
> 55 Jahre	8.8	3.5-21.1	1	20.8	7.2-34.4	3	15.9	3.9-27.8	2

Anmerkung: Die Daten stammen aus einer speziellen Evaluation des Mikrozensus 2009 und vom Amt für Statistik Berlin-Brandenburg für die Jahre 2010 und 2011 (DESTATIS 2011). Alters-standardisierte Raten wurden anhand der *Old Standard Population of Europe* errechnet. Gewichtung für a 1.4, b 1, c 1.3

Tabelle 2: Suizidversuchsraten pro 100,000 Personen von 2009 bis 2011 pro Altersgruppe und Generation

	2009a	95% CI	N	2010b	95% CI	N	2011c	95% CI	N
Total									
1 st generation	41.5	37.9-45.1	16	50.0	46.4-53.6	27	40.2	36.6-43.7	17
2 nd generation	194.4	183.6-205.3	25	213.3	200.3-226.4	32	162.5	152.7-172.3	25
18 – 24 years									
1 st generation	*			*			†		
2 nd generation	202.2	180.4-224.0	13	300.0	272.0-328.0	21	117.0	97.4-136.6	9
30 – 54 years									
1 st generation	43.7	37.6-49.9	10	48.5	42.5-54.4	16	45.9	40.1-51.6	12
2 nd generation	140.0	112.0-168.0	7	*			*		

Anmerkung: Die Daten stammen aus einer speziellen Evaluation des Mikrozensus 2009 und vom Amt für Statistik Berlin-Brandenburg für die Jahre 2010 und 2011 (DESTATIS 2011). *Raten konnten aufgrund von fehlenden Daten des Mikrozensus bezüglich Bevölkerungsgrößen nicht berechnet werden. † Keine Fälle. Gewichtung 1.4, b 1, c 1.3. 95% CI=95% Confidence interval (lower to upper).

Beweggründe: Die Mehrheit der Frauen nannte einen Konflikt mit dem Ehepartner (61%, N=97) oder der eigenen Familie (34.6%, N=34) als Beweggrund für den Suizidversuch. Frauen der zweiten Generation nannten signifikant häufiger einen Konflikt mit ihrer Ursprungsfamilie als Ursache ($\chi^2(1)=8.35$, $p=.004$). Konflikte mit der Schwiegerfamilie wurden selten genannt (N=4, 4.4%). Eine psychische Erkrankung wurde von 22 Personen genannt (13,8%) und Probleme am Arbeitsplatz von 17 Personen (10,7%). Andere Stressoren waren sehr selten.

Methoden der Suizidversuche: Die häufigste Methode war Autointoxikation, wobei in der Hälfte der Fälle Analgetika und Antipyretika (50.9%, N=81) und in ca. ein Drittel der Fälle

psychotropische Medikamente eingenommen wurden (37.1, N=59). 10.1% (N=16) verwendeten scharfe Objekte. Andere Methoden wie Alkohol, sich erhängen, erwürgen und von einem hohen Ort springen wurde nur in wenigen Fällen berichtet.

Diagnosen: In 125 Fällen (78,6%) wurde vom behandelnden Psychiater eine psychiatrische Diagnose vergeben. Insgesamt wurde bei 49.7% (N=79) der Frauen eine Anpassungsstörung diagnostiziert, wobei diese Diagnose in der zweiten Generation häufiger als in der ersten Generation vergeben wurde (59.8%, N=49 vs. 43.3%, N=26; $\chi^2(1)=8.18$, $p=.004$). Bei 22.0% (N=25) wurde eine depressive Störung diagnostiziert, 35% (N=21) in der ersten Generation und 12.2% (N=10) in der zweiten Generation ($\chi^2(1)=9.41$, $p=.002$). Andere Diagnosen wie psychotische oder Persönlichkeitsstörungen sind nur in 11 Fällen dokumentiert (13.8%).

Weiterführende Behandlung: Fast die Hälfte der Frauen (43.4%, N=69) wurde stationär auf einer psychiatrischen Station aufgenommen, 19.5% (N=31) wurde zu einer ambulanten psychiatrischen Behandlung überwiesen, 13.2% (N=21) mussten auf eine Intensivstation und 3.8% (N=6) wurden in eine allgemeinmedizinische Station eingewiesen. 11 Fälle (6.9%) erhielten keine weiterführende Behandlung und in 21 Fällen (13.2%) gab es keine Information bezüglich der weiteren Behandlung.

Studie 3: Der Einfluss von Stigmatisierung auf Depression, allgemeine psychische Belastung und Somatisierung bei Frauen mit türkischem Migrationshintergrund (Heredia Montesinos et al., 2012)

Stichprobe: Das Durchschnittsalter der Probandinnen war 48.4 Jahre (SD=9.1, Range: 28-72), der Großteil von ihnen war erst im Erwachsenenalter nach Deutschland migriert (89%). 61,9% (N=39) der Stichprobe hatte einen BDI Wert >29 (Gruppe 1, schwere depressive Symptomatik) und 39,1% (N=24) einen Wert <28 (Gruppe 2, leichte und mittelschwere depressive Symptomatik). Die weiteren soziodemographischen Daten sind in Tabelle 1 aufgeführt.

Tabelle 3: Soziodemographische Daten

Anzahl der Probandinnen		
	63	
Variablen	N	%
<i>Bildung:</i>		
Kein Schulabschluss	11	17.5
Grundschule	18	28.6
Oberschule	19	30.2
Ausbildung	4	6.4
Universität	9	14.3
Andere	2	3.2
<i>Einkommen:</i>		
Kein eigenes Einkommen	9	14.3
Eigenes Einkommen	16	25.4
Arbeitslosengeld/Grundsicherung	23	36.5
Rente/Pension	14	22.2
Andere	1	1.6
<i>Familienstand:</i>		
	28	28.6
Verheiratet	11	17.5
Alleinstehend	34	53.9
Geschieden/verwitwet		
<i>Variablen</i>		
	<i>M</i>	<i>SD</i>
Alter	50.4	9.1
Anzahl von eigenen Kindern	1.96	1.2
Jahre in Deutschland	32.4	12.7
EMIC Stigma Skala	19.7	10.1
BDI II	30.7	9.5
SOMS-II	20.8	9.3
SCL-90-R GSI	164.6	62
SCL-90-R PSDI	2.14	0.68
SCL-90-R PST	68.1	15.9

Zusammenhänge zwischen Stigmatisierung, depressiver Symptomatik, Somatisierung und allgemeiner psychischer Belastung: Die statistische Datenanalyse ergab signifikante positive Korrelationen zwischen depressiver Symptomatik und psychischer Belastung (Pearson's $r=.718^{**}$, $p<.000$), depressiver Symptomatik und Somatisierung ($r=.312^*$, $p<.101$) sowie psychischer Belastung (*Global Severity Index*) und Somatisierung ($r=.492^{**}$, $p<.000$). Zudem gab es signifikant positive Korrelationen zwischen Stigmatisierung und depressiver Symptomatik ($r=.544^{**}$, $p<.000$) und Stigmatisierung und psychischer Belastung ($r=.374^{**}$, $p<.003$). Interessanterweise ergab sich keine Korrelation (weder positiv noch negativ) zwischen Stigmatisierung und Somatisierung, weder in der gesamten Stichprobe ($r=.082$, $p<.521$), noch in der Gruppe mit schwerer depressiver Symptomatik ($r=-.56$, $p<.736$) oder in der Gruppe mit leichter und mittelschwerer depressiver Symptomatik ($r=.047$, $p<.827$).

Diskussion

Diese Arbeit befasste sich zunächst mit folgenden Fragen: Warum haben Frauen mit türkischem Migrationshintergrund eine hohe psychische Belastung und eine hohe Rate an Suizidalität? Wie zeigt sich diese psychische Belastung? Warum kann das Gesundheitssystem diese Frauen häufig nicht auffangen, bevor es zu suizidalem Verhalten kommt? Die Zusammenhänge zwischen psychischer Belastung, Depressivität, Somatisierung und wahrgenommener Stigmatisierung wurden in diesem Zusammenhang näher beleuchtet. Weiter evaluierte diese Arbeit eine spezifisch auf die Zielgruppe Frauen mit türkischem Migrationshintergrund zugeschnittene Interventionsmaßnahme, deren Inhalte anhand der Ergebnisse der Studien zu den ersten Fragestellungen entwickelt wurden. Dazu wurden die Inzidenzraten und die Beweggründe von Suizidversuchen der Zielgruppe auf den Berliner Rettungsstellen in einem Zeitraum von 2,5 Jahren erfasst.

Die Ergebnisse der Fokusgruppendifkussionen zeigen, dass es zwei zentrale Themen gibt, welche die Erklärungsmodelle für suizidales Verhalten der Zielgruppe beherrschen (Ursachen, Beschwerderepräsentation, Hilfesucheverhalten, Auswirkungen und benötigte Präventions- und Interventionsmaßnahmen): die eigene Familie/Community und die deutsche Aufnahmegesellschaft. In allen Fokusgruppen wurden familiäre Probleme als einer der Hauptbeweggründe für suizidale Krisen angesehen. Dies deckt sich mit dem Ergebnis aus Studie 2, in der „interpersonelle Probleme“ in den Rettungsstellen als häufigster Beweggrund für Suizidversuche genannt wurden. Zu ähnlichen Ergebnissen kamen auch Studien über junge Frauen mit Migrationshintergrund in den Niederlanden und südasiatische Frauen in Großbritannien. Südasiatische Frauen in Großbritannien beschrieben beispielsweise Eheprobleme, Probleme mit der Schwiegerfamilie und soziale Isolation als hauptsächliche Beweggründe für suizidales Verhalten (43). Bezüglich Beschwerderepräsentation berichteten diese Frauen, dass sie sich in unglücklichen Familienverhältnissen „eingesperrt“ fühlen würden (*feeling trapped*). Auch hier wurde die Angst vor Stigmatisierung der Familie und Scham als Hauptursachen dafür genannt, sich keine Hilfe zu suchen. Diese Gruppen von Migrantinnen scheinen sich in einer ähnlichen Situation zu befinden wie Frauen mit türkischem Migrationshintergrund in Deutschland. Unser systematisches Review zum Thema Ursachen und Risikofaktoren für suizidales Verhalten unter Migrantinnen und ethnischen Minoritäten in Europa zeigt diese Gemeinsamkeiten auf (44). Auch in der Analyse der Suizidversuche von Menschen mit türkischem Migrationshintergrund in einer Rettungsstelle in Basel (Schweiz) wurden Beziehungsprobleme als häufige Ursache benannt (54%); bei weiblichen Migrantinnen war häusliche Gewalt das Hauptproblem (21,4% erste Generation, 14,7% zweite Generation) (20, 21). Der enge Zusammenhang zwischen Migration, häuslicher Gewalt und Suizidalität wurde schon in einigen Studien aufgezeigt (45) und in einer unserer Literaturanalysen zum Thema zusammengefasst (46). Opfer häuslicher Gewalt haben bekannterweise signifikant höhere Raten an Suizidalität (48), und

Frauen scheinen häuslicher Gewalt aufgrund ihres Migrantenstatus besonders ausgeliefert zu sein, vor allem wenn sie sozial isoliert und abhängig sind (47).

Interessanterweise haben Frauen, die in der Türkei leben, signifikant geringere Suizidversuchsraten (7), obwohl dort ähnliche kulturellen Normen und Erwartungen eine Rolle im Leben spielen, was in den Fokusgruppen häufig zur Sprache kam. Dies bedeutet, dass bei Frauen mit türkischem Migrationshintergrund in Deutschland familiäre Probleme und Druck aus der eigenen Community zur Erklärung der hohen Raten von Suizidalität nicht ausreichen. Unsere Ergebnisse zeigen, dass das zweite zentrale Thema aus den Fokusgruppen, die deutsche Aufnahmegesellschaft, in diesem Zusammenhang ausschlaggebend ist. Fokusgruppenteilnehmer berichteten, dass sie sich nicht willkommen und akzeptiert fühlen, obwohl sie schon seit einigen Generationen in Deutschland leben. Erfahrungen von Diskriminierung und Rassismus wurden als Teil des alltäglichen Lebens und als starker Einflussfaktor für psychische Belastung und Suizidalität angesehen. Der erlebte Druck, sich in einer bestimmten Art und Weise zu verhalten zu müssen, um vollständig akzeptiert zu werden, kann besonders bei jungen Frauen im Kontrast zu den Erwartungen ihrer Familie und Community stehen. Außerdem kann soziale Exklusion dazu führen, dass sich Gruppen selbst segregieren und ihre kulturellen Einstellungen und Verhaltensweisen besonders stark ausleben, so dass die deutsche Aufnahmegesellschaft den Einfluss von Familie und Community auf das Individuum verstärkt.

Die beiden zentralen Themen aus den Fokusgruppen spiegeln sich besonders im Gefühl des „zwischen den Kulturen Seins“ bei jungen türkischen Frauen der zweiten und dritten Generation wider. Diese fühlen sich, wenn sie von keiner der beiden Kulturen akzeptiert und wertgeschätzt werden, nirgendwo zugehörig und dadurch sozial isoliert (Marginalisierung). Öztoprak (2007) berichtet, dass türkischstämmige Mädchen und Frauen im Vergleich zu männlichen türkischstämmigen Migranten mehr unter den interkulturellen Wertedivergenzen leiden, eher dazu tendieren, sich von den Werten der Ursprungskultur zu lösen, und eine höhere akkultorative Belastung empfinden. Diese negative Interaktion der beiden zentralen Themen zeigt, wie wichtig ein nachteiliger sozialer Kontext und soziokulturelle Faktoren sind. Der interaktionale Effekt von kulturellem Kontext, Werten und Persönlichkeitseigenschaften auf die psychische Gesundheit wird von Markus & Kitiyama (1991) beschrieben. Sie konnten in ihren Untersuchungen zeigen, dass in nicht-westlichen Kulturen Interdependenz (Beziehungen/soziale Harmonie) ein signifikanter Prädiktor für Wohlbefinden ist, während in westlichen Kulturen Unabhängigkeit (persönlicher Erfolg/Kontrolle) bedeutender ist (51). Frauen mit türkischem Migrationshintergrund, die in Deutschland leben – und vor allem Frauen der zweiten und dritten Generation – werden durch den kulturellen Kontext in Deutschland beeinflusst und entwickeln so individualistischere kulturelle Wertvorstellungen und Persönlichkeitseigenschaften als Frauen in der Türkei. Insofern ist es sehr wahrscheinlich, dass Unabhängigkeit einen stärkeren Einfluss auf ihr Wohlbefinden hat und sie ein „westlicheres“ Wertesystem und somit eine „westlichere“ Perspektive auf das türkische

Wertesystem entwickeln, in der sie z.B. ihre Rolle als „unterdrückt“ und „Pflichtbewusstsein“ als negativ wahrnehmen.

Insgesamt betrachtet kann also davon ausgegangen werden, dass die bekannten Risikofaktoren von Suizidalität wie psychische Erkrankungen, Arbeitslosigkeit oder Substanzmissbrauch bei dieser Bevölkerungsgruppe weitaus weniger relevant sind, so dass spezifisch auf diese Zielgruppe ausgerichtete Interventions- und Präventionsmaßnahmen vonnöten sind, um die Suizidalität nachhaltig zu reduzieren.

Unser Interventionsprogramm setzte genau an diesem Punkt an und erzielte eine signifikante Reduzierung der Suizidversuchsrate von Frauen zwischen 18 und 24 Jahren, der Altersgruppe mit der höchsten Rate an Suizidalität (Studie 2). So konnten wir zeigen, dass eine auf eine bestimmte Zielgruppe fokussierte und individuell ausgerichtete Maßnahme wirksam ist. Unsere Ergebnisse machen auch deutlich, dass auf der Mesoebene die Reduzierung von Stigmatisierung von suizidalem Verhalten, psychischen Erkrankungen und psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlung sowie die Verbreitung von Informationen über bestehende Hilfsangebote, z.B. durch MentorInnen-Programme und Informationsveranstaltungen anzustreben ist. Auf der individuellen Ebene (Mikroebene) ist es bei dieser Zielgruppe wichtig, die Familienmitglieder oder angesehene Personen aus der Community in die Behandlung miteinzubeziehen, falls dies von der betroffenen Person erwünscht ist. Zudem sahen es vor allem die jungen Frauen aus den Fokusgruppen als wichtig an, in der Behandlung darin unterstützt zu werden, ihre emotionale Distanz, Selbstständigkeit und ihr Selbstwertgefühl zu verbessern und die Scham- und Schuldgefühle zu verringern.

Da psychosoziale Faktoren für die erhöhte Suizidalität ausschlaggebend sind, ist eine Veränderung auf gesamtgesellschaftlicher Ebene (Makroebene) in diesem Zusammenhang unabdingbar. Zum Beispiel müsste die Integration von deutscher und türkischer Kultur sowie die Akzeptanz von Menschen mit Migrationshintergrund gefördert werden, andererseits die soziale Exklusion und Diskriminierung bekämpft werden, um kulturelle Stereotype und Stigmatisierung zu reduzieren. Hier scheinen besonders die Wertschätzung und Akzeptanz der zweiten und dritten Generation mit ihrer transkulturellen Identität und Lebensweise wichtig zu sein (52), vor allem da die Gesellschaft von solchen Menschen und ihrem Potential stärker profitieren könnte. Auch gemeinschaftsbasierte Interventionen, die das sich verändernde Wertesystem thematisieren, oder Interventionen zur Reduzierung von häuslicher Gewalt (sowie in diesem Rahmen die Behandlung von Tätern) könnten ein Angriffspunkt sein, um die Situation von Frauen zu verbessern, die von dieser Problematik betroffen sind.

Die Verbesserung der kulturellen Kompetenz im Gesundheitssystem, z.B. durch kulturelle Mediatoren, Kenntnisse über migrationsbezogene Stressoren, kulturelle Identität und Entfremdung, sowie die Berücksichtigung von kulturellen Werten, Gewohnheiten und Einstellungen ist für die Behandlung dieser Zielgruppe entscheidend. Die dritte Studie dieser Arbeit zeigt, dass trotz der zu

berücksichtigenden kulturellen Besonderheiten hierbei besonders darauf geachtet werden muss, die individuellen Symptome (psychische und somatische) sowie die Erklärungsmodelle der hilfeschenden Person zu berücksichtigen. Die positive Korrelation zwischen somatischen Symptomen und Depressivität zeigt, dass somatische Symptome ein wichtiger Aspekt der Depression sind. Die positiven Korrelationen zwischen Depressivität, psychischer Belastung und wahrgenommener Stigmatisierung zeigt, dass depressive und psychisch belastete Menschen sich stärker stigmatisiert fühlen. Obwohl psychische und somatische Symptome in dieser Stichprobe koexistieren und signifikant miteinander korrelieren, war wahrgenommene Stigmatisierung nur mit depressiven und nicht mit somatischen Symptomen assoziiert. Dies weist darauf hin, dass allgemeine psychische Belastung und Depressivität den wahrgenommenen sozialen Status in einer Art und Weise beeinflussen wie es somatische Symptome nicht tun. Und dass die sogenannte „Somatisierungs-Hypothese“, also dass Depression aufgrund von Angst vor Stigmatisierung „somatisiert“ wird, nicht auf unsere Stichprobe zutrifft. Allgemein zeigt dies, dass generalisierende Annahmen über Menschen mit einem bestimmten kulturellen Hintergrund zu Missverständnissen, falschen Diagnosen und wahrgenommener Stigmatisierung führen kann - und dadurch wiederum zu Ablehnung einer Behandlung.

Limitierungen

Die vorliegenden Studien haben einige Limitierungen. In der Fokusgruppenstudie wurden die Teilnehmerinnen in Nachbarschaftszentren, Beratungsstellen und im Gesundheitswesen rekrutiert, so dass Frauen, die keinen Kontakt zu diesen Orten hatten, nicht rekrutiert werden konnten. Zudem könnte es sein, dass nur Frauen teilgenommen haben, die generell dazu bereit sind, ihre Meinung und ihre Erfahrungen in Gruppen zu äußern und an Studien teilzunehmen. Allerdings werden Fokusgruppen häufig eingesetzt, wenn es um sensible Themen geht, denn das Gefühl, dass „alle im selben Boot sind“ kann gerade dazu führen, dass TeilnehmerInnen sich öffnen und offen diskutieren (53; p. 190). In der Studie zu Suizidversuchsraten konnten nicht in allen Altersgruppen altersspezifische Raten pro Generation kalkuliert werden, da keine Informationen über die Charakteristika der Populationen in jeder Generation vorhanden waren (die Sub-Gruppen der Zensusdaten waren zu klein und die Fehlerspanne zu hoch). Die Raten könnten zudem unterschätzt worden sein, da diese nur in Rettungsstellen erfasst wurden und nicht in privaten Krankenhäusern, bei Hausärzten und in Gefängnissen wie z.B. in der *WHO/EURO Multicentre Study on Suicidal Behaviour* in Würzburg. Zudem wurden die psychiatrischen Diagnosen nicht mit einem strukturierten Interview erfasst, was zu einer Unterschätzung von einigen Diagnosen und den Komorbiditäten geführt haben kann. Durch die kleine Stichprobe in der dritten Studie konnten keine alters- und generationsspezifischen Unterschiede untersucht werden, so dass zukünftige Replikationen an einer größeren Stichprobe von Vorteil wären. Zudem könnten diese Studien dann

auch deutsche PatientInnen und männliche Patienten mit türkischem Migrationshintergrund einschließen, um Geschlechter- und Kulturunterschiede zu untersuchen.

Literaturverzeichnis

1. World Health Organization (1998). Primary prevention of mental, neurological and psychosocial disorders. *Suicide*. Geneva: WHO.
2. De Leo, D., Burgis, S., Bertolote, J.M., Bille-Brahe, U., Kerkhof A.J.F.M. (2006). Definitions of suicidal behavior. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 27, 1, 4-15.
3. Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Cha, C.B., Kessler, R. C., Lee, S. (2008a). Suicide and Suicidal Behavior. *Epidemiologic Reviews*, 30(1), 133-154.
4. Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Alonso, J., Angermeyer, M., Beautrais, A., Bruffaerts, R., Chiu, W.T., de Girolamo, G., Gluzman, S., de Graaf, R., Gureje, O., Haro, J. M., Huang, Y., Karam, E., Kessler, R.C., Lepine, J.P., Levinson, D., Medina-Mora, M. E., Ono, Y., Posada-Villa, J., Williams, D. (2008b). Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *The British Journal of Psychiatry*, 192, 98-105.
5. WHO (2015). Suicide rates, age-standardized. Data by country. <http://apps.who.int/gho/data/node.main.MHSUICIDEASDR?lang=en>
6. Löhr, C., Schmidtke, A., Wohner, J., Sell, R. (2006). Epidemiologie suizidalen Verhaltens von Migranten in Deutschland. *Suizidprophylaxe*, 4, 171-176.
7. Devrimci-Ozguven, H., Sayil, I. (2003). Suicide attempts in Turkey: results of the WHO-EURO Multicentre Study on Suicidal Behaviour. *Canadian Journal of Psychiatry*, 48(5), 324-9.
8. McKenzie, K., Crawford, M. (2003). Suicide in ethnic minority groups. *British Journal of Psychiatry*, 183, 100-101.
9. Vijayakumar, L., John, S., Pirkis, J., Whiteford, H. (2005). Suicide in developing countries (2): risk factors. *Crisis*, 26(3), 112-9.
10. Bursztein Lipsicas, C., Makinen, I. H., Apter, A., De Leo, D., Kerkhof, A., Lonnqvist, J., Michel, K., Salander Renberg, E., Sayil, I., Schmidtke, A., van Heeringen, C., Värnik, A., Wasserman, D. (2012). Attempted suicide among immigrants in European countries: an international perspective. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(2), 241-251.
11. Bursztein Lipsicas, C., Makinen, I. H., Wasserman, D., Apter, A., Kerkhof, A., Michel, K., Salander Renberg, E., van Heeringen, K., Värnik, A., Schmidtke, A. (2013). Gender distribution of suicide attempts among immigrant groups in European countries--an international perspective. *European Journal of Public Health*, 23(2), 279-84.
12. Bursztein Lipsicas, C., Henrik Mäkinen, I. (2010). Immigration and suicidality in the young. *Canadian Journal of Psychiatry*, 55(5), 274-81.
13. Spallek, J., Reeske, A., Nørredam, M., Nielsen, S., Lehnhardt, J., Razum, O. (2015). Suicide among immigrants in Europe—a systematic literature review. *European Journal of Public Health*, 25(1), 63 - 71.
14. Razum, O., Zeeb, H., Rohrmann, S. (2000). The „healthy migrant effect“– not merely a fallacy of inaccurate denominator figures. *International Journal of Epidemiology*, 29, 191–192.
15. Razum, O., Swamy, L. (2001). Direct association between social status and risk of suicide was not found in Germany. *British Medical Journal*, 323, 232–233.
16. Razum, O., Zeeb, H. (2004). Suizidsterblichkeit unter Türkinnen und Türken in Deutschland. *Nervenarzt*, 75, 1092-1098.
17. van Bergen, D. D., Smit, J.H., van Balkom, van Ameijden, E., Saharso, S. (2008) Suicidal ideation in ethnic minority and majority adolescents in Utrecht, the Netherlands. *Crisis*, 29, 202-208.
18. Schudel, J., Struben, H. W. A., Vroom-Jongerden, J. M. (1998). Suicidaal gedrag en etnisch-culturele afkomst 1987–1993 [Suicidal behaviour and ethnic origin in the years 1987–1993]. *Epidemiologisch Bulletin*, 33(4), 7-13.
19. Burger, I., van Hemert, A. M., Schudel, W. J., Middelkoop, B. J. (2009). Suicidal behaviour in four ethnic groups in The Hague, 2002-2004. *Crisis*, 30(2), 63-67.

20. Yilmaz, T. A., Riecher-Rössler, A. (2008). Suizidversuche in der ersten und zweiten Generation der ImmigrantInnen aus der Türkei, *Neuropsychiatrie*, 22(4), 261-267.
21. Yilmaz, T. A., Riecher-Rössler, A. (2012). Attempted suicide in immigrants from Turkey: a comparison with Swiss suicide attempters. *Psychopathology*, 45(6), 366-73.
22. Bernal, M., Haro, J.M., Bernert, S., Brugha, T., de Graaf, R., Bruffaerts R., Lépine, J.P., de Girolam, G., Vilagut, G., Gasquet, I., Torres, J. V., Kovess, V., Heider, D., Neeleman, J., Kessler, R., Alonso, J. (2006). Risk factors for suicidality in Europe: Results from the ESEMED study. *Journal of Affective Disorders*, 101 (1-3), 27-34.
23. Haasen, C., Yagdiran, O. (2000). Beurteilung psychischer Störungen in einer multikulturellen Gesellschaft. Lambertus. Freiburg, 89-106.
24. Heise, T., Pfeifferer-Wolf, H., Lefernik, K., Wulff, E., Heinz, A. (2001). Geschichte und Perspektiven der transkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. *Nervenarzt*, 72, 231-233.
25. Bille-Brahe, U., Andersen, K., Wasserman, D., Schmidtke, A., Bjerke, T., Crepet, P., De Leo, D., Haring, C., Hawton, K., Kerkhof, A.J.F.M., Lönnqvist, J., Michel, K., Phillippe, A., Querejeta, I., Salander-Renberg, E., Temesváry, B. (1996). The WHO-EURO Multicentre Study: Risk of Parasuicide and the Comparability of the Areas Under Study, *Crisis*, 17(1), 32-42.
26. Kirkcaldy, U., Wittig, U., Furnham, A., Merbach, M., Siefen, R.G. (2006). Migration und Gesundheit. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 49, 873-883.
27. Brindis, C., Wolfe, A.L., McCarter, V., Ball, S. Starbuck-Morales, S. (1995). The associations between immigrant status and risk-behaviour patterns in Latino adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 17, 99-105.
28. Hovey, J. D. (2000). Acculturative stress, depression, and suicidal ideation among Central American immigrants. *Suicide and Life-Threatening Behaviour*, 30, 125-139.
29. van Bergen, D. D., Smit, J. H., van Balkom, A. J. L. M., Saharso, S. (2009). Suicidal behaviour of young immigrant women in the Netherlands: Can we use Durkheim's concept of 'fatalistic suicide' to explain their high incidence of attempted suicide? *Ethnic and Racial Studies*, 32(2), 302-322.
30. Bhui, K., McKenzie, K., Rasul, F. (2007). Rates, risk factors & methods of self-harm among minority ethnic groups in the UK: a systematic review. *BMC Public Health*, 19, 7, 336.
31. Patel, S. P., Gaw, A. C. (1996). Suicide among immigrants from the Indian subcontinent: a review. *Psychiatric Services*, 47, 1128.
32. Wittchen, H.-U., Zaudig, M., Fydrich, T. (1997). *Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV*. Göttingen: Hogrefe.
33. Corapcioglu, A., Aydemir, O., Yildiz, M., Esen, A., Koroglu, E. (1999). *Structured clinical interview for DSM-IV axis I disorders (SCID-I), clinical version*. Ankara: Hekimler Yayin Birliđi, 1999.
34. Kleinman, A., Eisenberg, L., Good, B. (1978). Culture, illness, and care: clinical lessons from anthropological and cross-cultural research. *Annals of Internal Medicine*, 88, 251-88.
35. Weinman, J., Petrie, K.J., Moss-Morris, R., Horne, R. (1996). The Illness Perception Questionnaire: A new method for assessing illness perceptions. *Psychology and Health*, 11, 431-446.
36. Weiss, M. (1997). Explanatory Model Interview Catalogue (EMIC): framework for comparative study of illness. *Transcultural Psychiatry*, 34, 235-263
37. Lloyd, K. R., Jacob, K. S., Patel, V., St. Louis, L., Bhugra, D., Mann, A. H. (1998). *The development of the Short Explanatory Model Interview (SEMI) and its use among primary-care attenders with common mental disorders*. *Psychological Medicine*, 28, 1231-1237.
38. Braun, V. and Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3 (2), 77-101.
39. Hautzinger, M., Keller, F., Kühner, C. (2009). BDI-II. Beck-Depressions-Inventar. Revision. 2. Auflage. Pearson Assessment: Frankfurt.
40. Hisli, N. (1989). Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliđi, güvenirliliđi (Validität und Reliabilität des Beck-Depressions-Inventars für Studenten). *Psikoloji Dergisi* 7: 3-13.
41. Rief, W., Hiller, W. (2008). SOMS: Screening für Somatoforme Störungen. Huber: Göttingen.
42. Franke, G.H. (2013). SCL-90®-S, Symptom-Checklist-90®-Standard. Huber: Göttingen.
43. Bhugra, D., Hicks, M. H. (2000). *Deliberate self-harm in Asian Women: An intervention study*. Report to the Department of Health, London.
44. Heredia Montesinos, A., Heinz, A., Schouler-Ocak, M., Aichberger, M.C. (2013). Precipitating and risk factors for suicidal behaviour among immigrant and ethnic minority women in Europe: A systematic review. *Suicidology Online*, 4, 60-80.

45. Devries, K., Watts, C., Yoshihama, M., Kiss, L., Schraiber, L. B., Deyessa, N., Heise, L., Durand, J., Mbwapbo, J., Jansen, H., Berhane, Y., Ellsberg, M., Garcia-Moreno, C. (2011). Violence against women is strongly associated with suicide attempts: Evidence from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women. *Social Science & Medicine*, 73(1), 79-86.
46. Colucci, E., Heredia Montesinos, A. (2013). Violence against women and suicide in the context of migration: A review of the literature and a call for action. *Suicidology Online*, 4, 81-91.
47. WHO (2005). WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women: Initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
48. Raj, A., Silverman, J. (2002). Violence against immigrant women: The roles of culture, context, and legal immigrant status on intimate partner violence. *Violence against women*, 8(3), 367-398.
49. Öztoprak, Ü. (2007). Identitäts- und Akkulturationsstile türkischer Jugendlicher. IKO-Verlag für Interkulturelle Kommunikation, Frankfurt.
50. Markus H., Kitayama S. (1991). Culture and the Self: Implications for Cognition, Emotion, and Motivation. *Psychological Review* 98(2), 224-253.
51. Kitayama, S., Karasawa, M., Curhan, K. B., Ryff, C. D., & Markus, H. R. (2010). Independence and interdependence predict health and wellbeing: Divergent patterns in the United States and Japan. *Frontiers in Psychology*, 1, 1–10.
52. Welsch, W. (1994) Transkulturalität – Die veränderte Verfassung heutiger Kulturen. In Sichtweisen. Die Vielheit in der Einheit. Edition Weimarer Klassik: Weimar.
53. Finch, H., Lewis, J. (2003). *Focus groups*. In J. Ritchie, J. Lewis (Eds.), *Qualitative research practice: A guide for social science students and researchers* (pp. 170-198). London: Sage.

Eidesstattliche Versicherung

„Ich, Amanda Isabel Heredia Montesinos, versichere an Eides statt durch meine eigenhändige Unterschrift, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Thema: „Erklärungsmodelle suizidalen Krisenverhaltens von Frauen mit türkischem Migrationshintergrund“ selbstständig und ohne nicht offengelegte Hilfe Dritter verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel genutzt habe. Alle Stellen, die wörtlich oder dem Sinne nach auf Publikationen oder Vorträgen anderer Autoren beruhen, sind als solche in korrekter Zitierung (siehe „Uniform Requirements for Manuscripts (URM)“ des ICMJE -www.icmje.org) kenntlich gemacht. Die Abschnitte zu Methodik (insbesondere praktische Arbeiten, Laborbestimmungen, statistische Aufarbeitung) und Resultaten (insbesondere Abbildungen, Graphiken und Tabellen) entsprechen den URM (s.o.) und werden von mir verantwortet. Meine Anteile an den ausgewählten Publikationen entsprechen denen, die in der untenstehenden gemeinsamen Erklärung mit dem/der Betreuer/in, angegeben sind. Sämtliche Publikationen, die aus dieser Dissertation hervorgegangen sind und bei denen ich Autor bin, entsprechen den URM (s.o.) und werden von mir verantwortet. Die Bedeutung dieser eidesstattlichen Versicherung und die strafrechtlichen Folgen einer unwahren eidesstattlichen Versicherung (§156,161 des Strafgesetzbuches) sind mir bekannt und bewusst.“

Datum _____ Unterschrift _____

Anteilsklärung an den erfolgten Publikationen

Amanda Isabel Heredia Montesinos hatte folgenden Anteil an den folgenden Publikationen:

Publikation 1

Heredia Montesinos A, Aichberger MC, Temur-Erman S, Bromand Z, Heinz A, Schouler-Ocak M (2018). Explanatory models of suicidality among women of Turkish descent in Germany: A focus group study. *Transcultural Psychiatry*, accepted 07/2016.

Beitrag im Einzelnen: Organisation der Datenerhebung der Gruppenteilnehmer, Rekrutierung der Gruppenteilnehmer, Durchführung der deutschsprachigen SKID Interviews, Durchführung der deutschsprachigen Fokusgruppen, Datenpflege, qualitative Datenauswertung. Gemeinsam mit den anderen Autoren, aber federführend: Verfassen, Einreichung und Überarbeitung des Manuskripts im Peer Review-Prozess.

Publikation 2

Aichberger MC, Heredia Montesinos A, Bromand Z, Yesil R, Temur-Erman S, Rapp MA, Heinz A, Schouler-Ocak M. (2015). Suicide attempt rates and intervention effects in women of Turkish origin in Berlin. *European Psychiatry*, 30(4), 480-485.

Beitrag im Einzelnen: Organisation der Datenerhebung, Rekrutierung der Kliniken, Datenerhebung der Rettungsstellendaten, Datenpflege. Gemeinsam mit den anderen Autoren: Verfassen, Einreichung und Überarbeitung des Manuskripts im Peer Review-Prozess.

Publikation 3

Heredia Montesinos A, Rapp MA, Temur-Erman S, Heinz A, Hegerl U, Schouler-Ocak M (2012). The influence of stigma on depression, overall psychological distress, and somatization among women with Turkish descent in Berlin, Germany. *European Psychiatry*, 27(2), 22-26.

Beitrag im Einzelnen: Organisation der Datenerhebung der Probanden, Rekrutierung der Probanden, Durchführung der deutschsprachigen Interviews, Datenpflege, statistische Auswertung der Daten. Gemeinsam mit den anderen Autoren, aber federführend: Verfassen, Einreichung und Überarbeitung des Manuskripts im Peer Review-Prozess.

Unterschrift, Datum und Stempel der betreuenden Hochschullehrerin

Unterschrift der Doktorandin

Ausgewählte Publikationen

Publikation 1

Heredia Montesinos A, Aichberger MC, Temur-Erman S, Bromand Z, Heinz A, Schouler-Ocak M (2019). Explanatory models of suicidality among women of Turkish descent in Germany: A focus group study. *Transcultural Psychiatry*, 56(1), 48-75.

DOI: <https://doi.org/10.1177/1363461518792432>

Impact Factor: 2,323 (2019)

Publikation 2

Aichberger MC, Heredia Montesinos A, Bromand Z, Yesil R, Temur-Erman S, Rapp MA, Heinz A, Schouler-Ocak M. (2015). Suicide attempt rates and intervention effects in women of Turkish origin in Berlin. *European Psychiatry*, 30(4), 480-485.

DOI: <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.12.003>

Impact Factor: 4,129 (2019)

Publikation 3

Heredia Montesinos A, Rapp MA, Temur-Erman S, Heinz A, Hegerl U, Schouler-Ocak M (2012). The influence of stigma on depression, overall psychological distress, and somatization among women with Turkish descent in Berlin, Germany. *European Psychiatry*, 27(2), 22-26.

DOI: [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(12\)75704-8](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(12)75704-8)

Impact Factor: 4,129 (2019)

Lebenslauf

Mein Lebenslauf wird aus datenschutzrechtlichen Gründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.

Komplette Publikationsliste

Wissenschaftliche Artikel in Fachzeitschriften mit Peer Review

Heredia Montesinos A, Aichberger MC, Temur-Erman S, Bromand Z, Heinz A, Schouler-Ocak M (2019). Explanatory models of suicidality among women of Turkish descent in Germany: A focus group study. *Transcultural Psychiatry*, 56(1), 48-75.

Heredia Montesinos A, Heinz A, Schouler-Ocak M, Aichberger MC (2013). Precipitating and risk factors for suicidal behaviour among immigrant and ethnic minority women in Europe: A systematic review. *Suicidology Online*, 4, 60-80.

Heredia Montesinos A, Rapp MA, Temur-Erman S, Heinz A, Hegerl U, Schouler-Ocak M (2012). The influence of stigma on depression, overall psychological distress, and somatization among women with Turkish descent in Berlin, Germany. *European Psychiatry*, 27(2), 22-26.

Colucci E, & Heredia Montesinos A (2013). Violence against women and suicide in the context of migration. *Suicidology Online*, 4, 81-91.

Heredia Montesinos A, Bromand Z, Aichberger MC, Temur-Erman S, Yesil R, Rapp MA, Heinz, Schouler-Ocak A (2010). Suizid und suizidales Verhalten bei Frauen mit türkischem Migrationshintergrund. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 58 (3), 173–179.

Aichberger MC, Bromand Z, Rapp MA, Yesil R, Heredia Montesinos A, Temur-Erman S, Heinz A, Schouler-Ocak M (2015). Perceived ethnic discrimination, acculturation, and psychological distress in women of Turkish origin in Germany. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50(11), 1691-1700.

Aichberger MC, Heredia Montesinos A, Bromand Z, Yesil R, Temur-Erman S, Rapp MA, Heinz A, Schouler-Ocak M (2015). Suicide attempt rates and intervention effects in women of Turkish origin in Berlin. *European Psychiatry*, 30(4), 480-485.

Schouler-Ocak M, Heredia Montesinos A, Aichberger MC (2014). Suizidprävention bei Frauen mit türkischem Migrationshintergrund. *Ärztliche Psychotherapie*, 9(2), 68-73.

Schouler-Ocak M, Aichberger MC, Yesil R, Montesinos AH, Bromand Z, Temur-Erman S, Rapp M, Heinz A (2013). Suizidraten und Suizidprävention bei Berliner Frauen mit türkischem Migrationshintergrund. *Gesundheitswesen*, 75, 1–2.

Aichberger MC, Bromand Z, Heredia Montesinos A, Temur-Erman S, Mundt A, Heinz A, Rapp MA, Schouler-Ocak M (2012). Socio-economic status and emotional distress of female Turkish immigrants and native German women living in Berlin. *European Psychiatry*, 27(2), 10-16.

Aichberger MC, Yesil R, Rapp MA, Schlattmann P, Temur-Erman S, Bromand Z, Heredia Montesinos A, Mundt A, Mösko M, Heinz A, Schouler-Ocak M (2012). Surveying migrant populations – methodological considerations: An example from Germany. *International Journal of Culture and Mental Health*, 1-15.

Bromand Z, Temur-Erman S, Yesil R, Heredia Montesinos A, Aichberger MC, Dieter K, Schouler-Ocak M, Heinz A, Rapp MA (2012). Mental Health of Turkish Women in Germany: Resilience and Risk Factors. *European Psychiatry*, 27(2), 17-21.

Schouler-Ocak M, Aichberger MC, Heredia Montesinos A, Bromand Z, Temur-Erman S (2011). Sind Migranten anders depressiv? *Spectrum Psychiatrie*, 1, 26-28.

Schouler-Ocak M, Aichberger MC, Heredia Montesinos A, Bromand Z, Rapp MA, Heinz A (2010). Neue Ansätze zur Erkennung und Differenzierung von Depression bei Migranten Fallbeispiel einer Patientin mit türkischem Migrationshintergrund. *Nervenarzt*, 81(7), 873-7.

Schouler-Ocak M, Bretz HJ, Hauth I, Heredia Montesinos A, Koch E, Driessen M, Heinz A (2010). Patienten mit Migrationshintergrund in Psychiatrischen Institutsambulanzen - ein Vergleich zwischen Patienten mit türkischer und osteuropäischer Herkunft sowie Patienten ohne Migrationshintergrund. *Psychiatrische Praxis*, 37(8), 384-390.

Aichberger MC, Heredia Montesinos A, Yesil R, Bromand Z, Temur-Erman S, Heinz A, Rapp MA, Schouler-Ocak M (2010). Inanspruchnahme psychosozialer Hilfsangebote durch Frauen mit türkischem Migrationshintergrund in psychischen Krisen- Bestehen generationsübergreifende Unterschiede? *Die Psychiatrie*, 7(4), 242-248.

Schouler-Ocak M, Aichberger MC, Heredia Montesinos A, Heinz A (2010). Suizidraten und Suizidprävention bei Berliner Frauen mit türkischem Migrationshintergrund. *Das Studienkonzept. Prävention*, 33(2), 62-4.

Bücher und Buchkapitel

Van Bergen D, Heredia Montesinos A, Schouler-Ocak, M (Eds). *Suicidal Behavior of Immigrants and Ethnic Minorities in Europe*. Hogrefe; 2014.

Heredia Montesinos A. Precipitating and risk factors of for suicidal behaviour among immigrants and ethnic minorities: A review of the literature. In: Van Bergen D, Heredia Montesinos A, Schouler-Ocak, M (Eds). *Suicidal Behaviour of Immigrants and Ethnic Minorities in Europe*. Hogrefe; 2014.

Van Bergen D, & Heredia Montesinos A. Female immigrants and suicidal behaviour: The role of gender-related stressors. In: Van Bergen D, Heredia Montesinos A, Schouler-Ocak, M (Eds). *Suicidal Behaviour of Immigrants and Ethnic Minorities in Europe*. Hogrefe; 2014.

Heredia Montesinos A (2010). Lateinamerikaner treffen auf Deutsche. In: Machleidt W, Heinz A (Eds.). *Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie: Migration und psychische Gesundheit*. Urban & Fischer Verlag/Elsevier, 2010.

Vorträge

End your silence, not your life: A suicide prevention program for women of Turkish descent in Berlin, Germany, 16th European Symposium on Suicide and Suicidal Behaviour, 09/2016 in Oviedo, Spanien.

Suicidality among women of Turkish descent, 26th International Association for Suicide Prevention (IASP) World Congress: Integrating Cultural Perspectives in the Understanding and Prevention of Suicide, 09/2011 in Beijing, China.

Explanatory models of suicidal behavior among women of Turkish descent – preliminary data, DTPPP 3. Kongress der transkulturellen Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik im deutschsprachigen Raum – Migration und soziale Verflechtung, 11/2009 in Zürich, Schweiz.

Ergebnisse einer Untersuchung von Erklärungsmodellen suizidalen Verhaltens, 7. DTGPP Kongress - Deutsch-Türkische Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und psychosoziale Gesundheit (DTGPP e.V.): Kulturräume, 09/2010 in Berlin, Deutschland.

Explanatory models of suicidal behavior among women of Turkish descent, 15th EPA Symposium: EPA Section Epidemiology and Social Psychiatry, 06/2010 in Bergen, Norwegen.

Vorstellung Projekt Suizidraten und Suizidprävention bei Berliner Frauen mit türkischem Migrationshintergrund, 2. Tagung Kulturelle Psychiatrie und Psychotherapie: Migration und suizidales sowie selbstverletzendes Verhalten, 06/2009 in Berlin, Deutschland.

Poster

„Explanatory models of suicidal behavior among women of Turkish descent – results of focus groups with experts and women from the community“, EPA 18. European Congress of Psychiatry, 03/2010 München, Deutschland.

Danksagung

Mein herzlicher Dank gilt allen Personen, die an der Realisierung dieser Arbeit beteiligt waren und ohne deren Mithilfe die Anfertigung dieser Promotionsschrift niemals zustande gekommen wäre. Mein Dank gilt zunächst Frau Prof. Meryam Schouler-Ocak, meiner Doktormutter, für die Betreuung dieser Arbeit, die freundliche Hilfe und die Gespräche, die mir einen kritischen Zugang zu dieser Thematik eröffneten. Ich danke auch Herrn Prof. Andreas Heinz und Herrn Prof. Michael Rapp für die sehr kompetente und zuverlässige Betreuung und uneingeschränkte Unterstützung meines Forschungsvorhabens. Mein außerordentlicher Dank gilt zudem meinen lieben Kolleginnen und Freundinnen Marion Aichberger, Rahsan Yesil, Selver Temur-Erman und Zohra Bromand für die immer angenehme Zusammenarbeit im nicht immer so reibungslos verlaufenden Arbeitsalltag. Rahsan und Selver danke ich für die Durchführung der türkischsprachigen Fokusgruppen, Selver für die Durchführung der SKID-Interviews auf Türkisch und den studentischen Hilfskräften des Projekts für die Transkription der Texte. Meiner Familie und meinen Freundinnen möchte ich auch danken, da ich mich schon immer auf sie verlassen kann, wenn ich moralische Unterstützung brauchte.