

Aus dem Westfälischen Zentrum für Psychiatrie, Psychotherapie  
und Psychosomatik Dortmund

Leitender Arzt: Prof. Dr .med. P. L. Janssen

**Postmigratorische psychosoziale und psychosomatische  
Adaptation von polnischen Kindern und Jugendlichen**

Inaugural-Dissertation  
zur  
Erlangung des Doktorgrades der Medizin  
einer  
Hohen Medizinischen Fakultät  
der Ruhr-Universität Bochum

vorgelegt von  
Sandra Mitic  
aus Heilbronn  
1998

Dekan : Prof. Dr. med. Eysel  
Referent : Prof. Dr. med. Janssen  
Koreferent :  
Tag der mündlichen Prüfung : 29.6.2000

Meinen Eltern

## **Inhaltsverzeichnis**

<b>1. Einleitung</b>	<b>1</b>
1.1 Migration	1
1.2 Statistische Daten zu polnischen Einwohnern in der Bundesrepublik Deutschland unter dem Aspekt der polnischen Emigration	4
1.3 Jugend in Polen	10
<b>2. Migrationsproblematik</b>	<b>15</b>
<b>3. Psychosomatische Erkrankungen</b>	<b>24</b>
3.1. Psychosomatische Beschwerden bei Kindern und Jugendlichen	28
3.2. Psychosomatische und körperliche Störungen bei ausländischen Kindern und Jugendlichen	33
<b>4. Hypothesen</b>	<b>40</b>
<b>5. Material und Methoden</b>	<b>41</b>
5.1 Stichprobenzusammensetzung	41
5.2 Testverfahren	44

5.2.1	Gießener Beschwerdefragebogen für Kinder und Jugendliche	44
5.2.2	Depressionsinventar für Kinder und Jugendliche	45
5.2.3	Angstfragebogen	45
5.2.4	Offer-Selbstbild-Fragebogen für Kinder und Jugendliche	46
5.2.5	Migrationsfragebogen für Kinder und Jugendliche	47
<b>6.</b>	<b>Darstellung der Ergebnisse</b>	<b>50</b>
6.1	Ergebnisse des Giessener Beschwerdefragebogens für Kinder und Jugendliche	50
6.2	Ergebnisse des Fragebogens zur Angstsymptomatik	69
6.3	Ergebnisse des Depressionsinventars für Kinder und Jugendliche	73
6.4	Ergebnisse des Offer-Selbstbild-Fragebogens	76
6.5	Ergebnisse des Migrationsfragebogens für Kinder und Jugendliche	86
6.6	Korrelation der standardisierten Tests	96
6.7	Korrelation der Faktoren des Migrationsfragebogens für Kinder und Jugendliche	98
<b>7.</b>	<b>Zusammenfassung der Ergebnisse</b>	<b>101</b>
<b>8.</b>	<b>Diskussion</b>	<b>107</b>
8.1	Migration als Ursache für körperliche Beschwerden	107
8.2	Migration und psychische Störungen	113
8.3	Migration und soziale Integration	119

**9. Ausblick**

123

**10. Literaturverzeichnis**

**11. Lebenslauf**

## **1. Einleitung**

### **1.1. Migration**

Die Migration in die Bundesrepublik Deutschland in diesem Jahrhundert ist ein bedeutendes psychosoziales Thema unserer Zeit geworden.

Im Jahre 1955 betrug die Anzahl der Ausländer in Deutschland noch etwa 470.000, 1975 waren es bereits über 4 Millionen, während 1996 über 7,3 Millionen Ausländer registriert wurden (Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 1997).

Dazu kommen etwa 3 Millionen Aussiedler aus den ehemaligen Ostgebieten Deutschlands (Bundesverwaltungsamt Köln, Referat VIII B1, 1993).

Zusätzlich sind noch ehemalige Ausländer in Deutschland, welche inzwischen die deutsche Staatsbürgerschaft besitzen, einzubeziehen.

Migration bezeichnet jeden permanenten mindestens aber längerfristigen Wohnortwechsel innerhalb eines Landes als Binnenmigration oder auch über Staatsgrenzen hinweg als externe Migration (Mühlmann 1967).

Migration kann freiwillig durch Auswanderung und Umzug oder unfreiwillig durch Flucht oder Vertreibung sein (Pflanz 1960).

In jedem Fall ist Migration ein einschneidendes und lebensveränderndes Ereignis für den Betroffenen.

Heute ist Westeuropa neben Nordamerika die wichtigste Zielregion internationaler Migration (Santel, 1995).

Zwischen 1980 und 1992 kamen etwa 15 Mio. Menschen nach Westeuropa. Allein 1992 waren es eine Million Zuwanderer (Goppel, 1994).

In den klassischen Einwanderungsländern wie etwa den Vereinigten Staaten von Amerika herrscht ein stärker prozessurales Verständnis des „nation building“ vor, während in Westeuropa hingegen Einwanderung bis heute kaum als positiver Beitrag zur gesellschaftlichen Weiterentwicklung betrachtet wird. Viel häufiger wird sie im Kontext von Verdrängung und Überfremdung diskutiert (Santel, 1995).

Das Verlassen seiner gewohnten Umgebung und das Eingewöhnen und Zurechtkommen in einer noch dazu sprachlich fremden Umgebung, trotz einer wirtschaftlich meist besseren Situation, gestalten sich häufig problematisch für die betroffenen Personen.

Das gemeinsame Schicksal aller dauernd im Ausland lebenden Personen besteht aus der Entwurzelung, der Notwendigkeit der Anpassung, der beruflichen und sozialen Eingliederung. Das Gelingen oder Misslingen dieser Assimilation entscheidet schicksalhaft über die Zukunft des Migranten, über seinen beruflichen Stand, sein Lebensgefühl und letzten Endes über seine seelische Gesundheit (Pinter, 1978).

Die vorliegende Arbeit soll einen Beitrag liefern zu der Untersuchung von psychischen und körperlichen Störungen nach Migration.

Migration kann als pathogener Faktor für die Entstehung von Krankheiten angesehen werden.

Dabei soll die Problematik speziell für die Kinder polnischer Einwohner in Deutschland erläutert werden.

Da die Bundesrepublik Deutschland als Mitglied einer Gemeinschaft, die aus Sicht der nach vierzig Jahren Sozialismus wirtschaftlich zerütteten neuen osteuropäischen Demokratien vor allem eine Wohlstandsgemeinschaft ist und an der unmittelbaren Nahtstelle zum Osten Europas liegt, ist sie in besonderem Maße zum Ziel der Zuwanderung aus diesen Ländern geworden. Die Zuwanderer versprechen sich durch Arbeit in Deutschland gute Verdienstmöglichkeiten, eine Teilhabe am westeuropäischen Wohlstand und ein besseres Leben (Lukas-Emmons, 1996).

Um ein möglichst aussagekräftiges Ergebnis zu erhalten wurde eine Gruppe migrierter polnischer Kinder mit einer einheimischen, deutschen Vergleichsgruppe sowie einer Kontrollgruppe des Herkunftslandes Polen verglichen.

Zusätzlich wurde noch eine Kontrollgruppe eines anderen Migrationskollektivs aus Polen in die Untersuchung mit aufgenommen, eine Gruppe deutschstämmiger Aussiedlerkinder aus Polen (Loof, 1996).

Somit werden sowohl der Faktor „Migration“ als auch der Faktor „ethnische Herkunft“ in dieser Arbeit erfaßt.

## **1.2. Statistische Daten zu polnischen Einwohnern in der Bundesrepublik unter dem Aspekt der polnischen Emigration**

Die Bundesrepublik und nunmehr das vereinigte Deutschland ist längst ein Einwanderungsland geworden, auch wenn es sich offiziell weigert, diesen Status zu anerkennen (Kleßmann 1992).

Derzeit leben in der Bundesrepublik Deutschland mehr als 7 Millionen ausländische Bürger. 82,5 % davon kommen aus verschiedenen europäischen Staaten, 10 % aus Asien, 4 % aus afrikanischen Staaten und etwa 2,5 % aus Nord- und Südamerika (Statistisches Bundesamt 1995).

Die polnischen Staatsbürger in der Bundesrepublik bilden mit einem Anteil von etwa 4% (ca. 285.000) die sechstgrößte Gruppe nach der Türkei, Spanien, Jugoslawien, Italien und Griechenland (Statistisches Bundesamt 1995).

Etwa 14 % (39.000) der polnischen Einwohner sind Kinder und Jugendliche im Alter von 0 - 18 Jahren (Statistisches Bundesamt 1995).

Die Emigration aus Polen ist eine Erscheinung, die dieses Land schon seit 200 Jahren prägt. Häufig haben politische Ereignisse als Auslöser für die jeweiligen Ausreisewellen gewirkt, darunter die Teilungen Polens im 18. Jahrhundert, Aufstände im 19. Jahrhundert, im 20. Jahrhundert während der beiden Weltkriege und schließlich in den 80iger Jahren (Kempf 1988).

Die größte polnische Massenauswanderung nach Deutschland fand Ende des 19. Jahrhunderts statt. Bis 1914 kamen etwa 600.000 Polen in die Industrieviertel Deutschlands (Fuhrmann 1981).

In der Phase der Anwerbung von „Gastarbeitern“ infolge des sogenannten Wirtschaftswunders in den 60er Jahren kamen Polen zu jenem Zeitpunkt aus politischen Gründen kaum in die Bundesrepublik (Kleßmann 1992).

Die polnische Minderheit wurde jedoch durch relativ kleine Wellen politischer Emigration (Asylbewerber) wie auch im Zuge der Liberalisierung des Grenzverkehrs durch wirtschaftlich bedingte Kurzeinwanderung verstärkt (Kleßmann 1992).

Am 31. März 1984 trat eine Änderung des Paßgesetzes in Kraft, welche zu einer Liberalisierung der Ausreisepolitik führte.

In den Jahren 1980 bis 1986 sind etwa 230 000 Menschen mit polnischem Touristenpaß ins westliche Ausland gereist, deren Pässe inzwischen abgelaufen sind, die also eine Emigration zumindest auf Zeit planen (Kempf 1988).

Seit 1970 haben etwa 1 Mio. in Polen geborene und ausgebildete Personen das Land verlassen. Allein in die Bundesrepublik sind in den achtziger Jahren etwa 200 000 Polen ausgewandert, entweder mit Ausreiseantrag oder mit Touristenpaß.

Von insgesamt 22 400 Asylsuchenden im Jahre 1987 stellten Polen die größte Gruppe mit 5600 Personen dar mit einer Anerkennungsquote von nur 10,6%.

Neben diesen offensichtlichen Wirtschaftsflüchtlingen auf Zeit und den Emigranten auf Dauer gibt es noch die Aussiedler deutscher Abstammung, die legal auswandern (Kempf 1988).

In den achtziger Jahren kamen mehr als 600 000 deutschstämmige Polen in die Bundesrepublik. Zwischen 1990 und 1995 waren es immerhin noch über 200 000 Personen (Statistisches Bundesamt 1995).

Von polnischen Migranten werden auch auch zahlreiche andere Länder angesteuert, so Österreich, Frankreich, England, Italien, die USA, Kanada und Australien.

Tabelle 1: Polnische Einwohner in der Bundesrepublik

<b>1955</b>	<b>1967</b>	<b>1970</b>	<b>1975</b>
79 906	54 041	49 407	44 556
<b>1980</b>	<b>1985</b>	<b>1990</b>	<b>1995</b>
60 140	104 755	242 103	276 753

(Statistisches Bundesamt 1995)

Alters- und Geschlechtsverteilung:

1995 stellte die Gruppe der 30 bis 40 jährigen den zahlenmäßig größten Anteil an der polnischen Bevölkerung in Deutschland.

57 % der polnischen Einwohner sind Männer.

Unter den Kindern und Jugendlichen zwischen 0 und 18 Jahren sind 52 % Jungen und 48% Mädchen (Statistisches Bundesamt 1995).

Tabelle 2: Altersverteilung in Jahren

<b>unter 6</b>	7 500
<b>6 bis 10</b>	9 700
<b>10 bis 15</b>	13 700
<b>15 bis 18</b>	7 700
<b>18 bis 21</b>	9 900
<b>21 bis 30</b>	52 100
<b>30 bis 40</b>	76 400
<b>40 bis 50</b>	64 400
<b>50 bis 60</b>	16 100
<b>60 und mehr</b>	19 200

(Statistisches Bundesamt 1995)

Tabelle 3: Geschlechtsverteilung

<b>Alter</b>	<b>männlich</b>	<b>weiblich</b>
<b>unter 6</b>	3 800	3 700
<b>6 bis 10</b>	5 000	4 700
<b>10 bis 15</b>	7 000	6 700
<b>15 bis 18</b>	4 000	3 700
<b>18 bis 21</b>	4 400	5 500
<b>21 bis 30</b>	22 400	29 700
<b>30 bis 40</b>	47 900	28 500
<b>40 bis 50</b>	44 400	20 000
<b>50 bis 60</b>	10 000	6 100
<b>60 und mehr</b>	9 900	9 300
<b>insgesamt</b>	<b>158 800</b>	<b>117 900</b>

(Statistisches Bundesamt 1995)

Ein wesentlicher Emigrationsgrund für viele Polen ist die fehlende berufliche Perspektive in ihrem Land. Dies betrifft vor allem Hochschulabsolventen, die entweder in ihrem Beruf nicht arbeiten können oder deren Bezahlung so schlecht ist, daß sie nicht zum Leben reicht. Aber auch Facharbeiter haben Berufsprobleme (Morawski 1984).

Die wirtschaftliche Lage hat sich in den letzten Jahren nicht grundlegend geändert. Noch immer ist die Versorgung mit Lebensmitteln, Konsumgütern wie auch Wohnungen nicht ausreichend, so daß die Emigration in das westliche Ausland attraktiv bleibt (Studzinski 1994).

Tabelle 4: Erwerbstätigkeit polnischer Einwohner in der Bundesrepublik

**Erwerbstätige:**

Angestellte	25 000
Land- und Forstwirtschaft; Fischerei	5 000
Arbeiter	52 000
Bergbau und verarbeitendes Gewerbe	25 000
Baugewerbe	11 000
Handel und Gastgewerbe	18 000
Öffentliche und private Dienstleistungen	14 000

(Statistisches Bundesamt 1995)

### 1.3. Jugend in Polen

Es gibt mehr als 38 Mio. Einwohner in Polen mit nationalen Minderheiten wie Ukrainern, Weißrussen, Deutschen, Slowaken, Russen, Juden und Litauern. Mehr als die Hälfte der Bevölkerung lebt in Städten (Ziemer 1990).

Seit 1989 besteht die erste legitimierte demokratische Regierung in der Republik Polen, die in der Außenpolitik einen autonomen Weg sucht und sich wirtschaftlich gesehen an Modell der freien Marktwirtschaft orientiert (Kinder 1991).

Während Jugend in südosteuropäischen Gesellschaften unter den Bedingungen einer verzögerten und selektiven Modernisierung der Industriegesellschaft steht, ist Jugend im westeuropäischen Raum Teil des Überganges dieser Gesellschaften in postindustrielle und postmoderne Gesellschaftsformen (Melzer und Heitmeyer 1991).

Hier soll versucht werden ein Vergleich zwischen diesen beiden Gruppen zu ziehen.

Im polnischen Schulsystem beginnt für die Kinder im Alter von 7 Jahren eine achtjährige Pflichtschulzeit, die auf einer einheitlichen, öffentlichen Schule abgeleistet werden muß. Daran schließt sich eine weitere Ausbildung in drei unterschiedlichen Schultypen an: dreijährige berufsbildende Schulen, welche auf spezifische Berufe vorbereiten; technische Schulen, die in der Regel fünf Jahre lang besucht werden und auf höher einzustufende Berufe wie z. B. des Elektrotechnikers vorbereiten; und vierjährige Schulen, die mit der deutschen gymnasialen Oberstufe vergleichbar sind und zu einem Universitätsstudium führen. Auch die Absolventen der technischen Schulen erwerben mit ihrem Abschluß eine Zugabgsberechtigung zum Studium.

90% der Schüler setzen ihre Ausbildung nach der Pflichtschulzeit von acht Jahren fort (Mansel 1991).

Vor der politischen Wende 1989 und dem Zusammenbruch der sozialistischen Volksrepublik Polen war in Polen das Recht auf Arbeit verankert und, anders als die deutschen Jugendlichen im Westen, mußten sich die polnischen Jugendlichen formal keine Sorgen um die eigenständige Existenzsicherung machen.

Der Übergang von der staatlich kontrollierten zur freien Marktwirtschaft brachte das in Polen bisher unbekanntes Phänomen der Arbeitslosigkeit. Diese ist bei den Jugendliche überdurchschnittlich hoch. Das bedeutet, daß die Mehrzahl der polnischen Jugendlichen über einen längeren Zeitraum auf der ökonomischen Ebene von ihren Eltern abhängig bleiben wird (Mansel 1991).

Die überwiegende Mehrheit der 15- bis 19-jährigen lebt in Polen (94%) wie in Deutschland (89%) in einer Kleinfamilie mit beiden Elternteilen.

80% der deutschen Jugendlichen haben Geschwister, während es bei den polnischen Jugendlichen 87% sind (Melzer 1991).

Der Auszug aus dem Elternhaus findet bei der deutschen Jugend in der Regel ab dem 18. Lebensjahr statt, dagegen leben im Alter von 20 bis 24 Jahren immer noch 80% der Polen immer noch bei den Eltern (Melzer, 1991).

Die Vergleichszahlen zeigen bei der deutschen Gruppe einen höheren Grad der Freisetzung aus der Ursprungsfamilie, einen stärkeren Pluralisierungsgrad der Familienformen sowie ausgeprägtere Tendenzen zur Individualisierung (Melzer 1991).

Die Anzahl der alleinlebenden Singles ist in Deutschland mit 18 % höher als in Polen, wo nur 5% der Singles alleine leben (Melzer, 1991).

8% der polnischen jungen Paare leben mit ihrer eigenen Familie bei den Eltern, was neben traditionellen Aspekten auch auf die Unterversorgung auf dem Wohnungsmarkt zurückzuführen ist (Melzer, 1991).

Im Vergleich von deutschen mit polnischen unverheirateten, zusammenlebenden Paaren liegt der Anteil in Deutschland deutlich höher. Dies hat zweifellos mit einer kulturspezifischen Aufrechterhaltung der traditionellen Elemente der Familie zu tun, was unter anderem durch den Einfluß der katholischen Kirche getragen wird (Melzer 1991).

Im Gegensatz zu Deutschland ist Polen heute konfessionell weitgehend homogen mit 94% Katholiken. Der starke Rückhalt der Kirche in der polnischen Gesellschaft ist zurückzuführen auf die enge Verbindung von Staat, Kirche und Nation seit der Gründung des ersten polnischen Staates 966 n. Chr. sowie die Verdienste der Kirche insbesondere in der Zeit der staatlichen Teilung Polens vom Ende des 18. Jahrhunderts bis 1918, als sie als wichtigste Organisation den Zusammenhalt der Polen als Nation aufrechterhielt.

Hohes Ansehen erwarb sie auch durch ihre kompromißlose Haltung während der NS-Besatzungszeit, die fast 3000 Geistliche mit dem Leben bezahlten.

Unter der kommunistischen Herrschaft kollidierte sehr rasch der Anspruch der Kommunisten auf ein absolutes, alle gesellschaftlichen Bereiche kontrollierendes Machtmonopol mit dem Anspruch der Kirche, das authentische Wertesystem der polnischen Nation zu repräsentieren.

Nach einem bis 1956 dauernden Kirchenkampf, in dem die Autonomie der Kirche fast zerschlagen wurde, wurde sie zur einzigen legalen landesweiten Organisation, die nicht der Kontrolle der Kommunistischen Partei unterstand (Ziemer 1990).

Silbereisen (1991) beschreibt in einer Umfrage über die Werthaltung zum religiösen Glauben einen deutlich höheren Stellenwert bei polnischen Jugendlichen im Vergleich zu deutschen Jugendlichen.

Außerdem rangierte bei der Einschätzung über Wertorientierungen die Familie bei den polnischen Jugendlichen ganz vorn, während es bei den deutschen Jugendlichen die Peergruppen, also Schulkameraden, Bekannte und Freunde, waren.

Bezüglich der Frage nach erstrebenswerten Lebenszielen und Aspirationen der jungen Generation in Polen lassen sich die Verbesserung der materiellen Verhältnisse, insbesondere der bisherigen Wohnverhältnisse sowie die Erreichung von Wohlstand und höherem Einkommen festhalten.

Ein Beispiel dafür ist der häufig vorkommende Verzicht von Akademikern auf die Ausübung eines intellektuellen Berufes und die Übernahme von Tätigkeiten im Bereich des Handwerks und Handels, häufig in Verbindung mit dem Ausland (Melzer 1991).

In einer von Wilber (1995) durchgeführten Studie an 600 polnischen und deutschen Schülern wurden Fragen zur nationalen und individuellen Identität gestellt.

Dabei wurden zwischen den beiden Gruppen wesentliche Unterschiede in der Betrachtungsweise der eigenen Nationalität ermittelt.

Die polnischen Befragten wiesen ihrer nationalen Zugehörigkeit zu 80% eine große Bedeutung zu. Mit der eigenen Nation verbanden sie hauptsächlich positive Konnotationen und betonten starke Sympathie für die Eigengruppe.

In der deutschen Stichprobe war die Betonung der Sympathie zu den Deutschen weniger stark und die Bewertung der Eigengruppe sehr distanziert.

Alle Indikatoren der Untersuchung wiesen in eine Richtung: Die polnischen Jugendlichen deklarierten einen starken Patriotismus, während unter den Deutschen die nationale Verbundenheit sehr wenig ausgeprägt war.

Nicht nur die nationale, sondern auch die individuelle Identität und das Selbstbild war bei den polnischen Probanden stärker als bei den Deutschen ausgeprägt.

Daher gaben in der durchgeführten Studie auch nur 10% der Polen einen Emigrationswunsch an, während es bei den Deutschen über 30% waren.

## 2. Migrationsproblematik

Bis heute verlassen weltweit aus wirtschaftlichen, politischen oder sozialen Gründen Hunderttausende von Menschen jährlich ihre Heimat, freiwillig oder gezwungen.

Die bei der Entscheidung zur Wanderung, der Durchführung, Gestaltung und Verarbeitung der Migration ins Ausland beteiligten psychodynamischen und familiendynamischen Faktoren und deren Entwicklung im Migrationsverlauf sind zentrale Inhalte der Migrationsforschung.

Der Kernprozeß in den Immigrantenfamilien ist eine Auseinandersetzung mit den eigenen Werten und Normen und denen der neuen Umwelt, wobei sich die Familien zwischen den Polen der Beharrung auf den traditionellen Lebensweisen und der Anpassung an die neue Umgebung bewegen (Güc, 1991).

Migration stellt eine tiefgreifende Veränderung der sozialen Bedingungen dar, die hohe Anforderungen an das Anpassungsvermögen mit sich bringt.

Castelnuovo (1986) beschreibt die Konfrontation mit einer fremden Gesellschaft, deren Normen, Werte, Verhaltensweisen von den eigenen abweichen, die andersartigen menschlichen Beziehungen, ungeschriebenen Gesetze und Symbole, andere Sprache, anderen Arbeitsrhythmus als einen heftigen Angriff auf die kulturelle Identität des Emigranten.

Goppel (1994) beschreibt vier verschiedene Kategorien der Migration:

### 1. Die Interne Migration und Landflucht:

Aus wirtschaftlicher Not, Perspektivenlosigkeit, Verelendung und aufgrund immer knapper werdender Ressourcen suchen in zunehmendem Maße Bewohner der armen Länder die wenigen großen Städte ihres Landes auf. Die Folge sind Megastädte wie Mexico-City, Rio de Janeiro, Kalkutta oder Bombay, die auf Kosten des übrigen Landes wuchern und damit gleichzeitig die Entwicklungsmöglichkeiten auf dem Land weiter verschlechtern.

### 2. Die politische Migration, Verfolgung und Vertreibung:

Dabei handelt es sich um bedrohte und teilweise bis zur Vernichtung verfolgte Minderheiten. Millionen von Menschen suchen deshalb Zuflucht in einem „sicheren“ Staat.

### 3. Die Ost-West-Migration:

Nach dem Zusammenbruch des Kommunismus wächst auch der Einwanderungsdruck aus den ehemaligen Ostblockländern. Nach EG-Erhebungen dachten im Jahre 1992 etwa 13 Millionen Bürger Zuflucht in Westeuropa zu suchen.

#### 4. Die ökonomische und ökologische Migration:

Wie bei der internen Migration liegen auch hier die Hauptgründe in der wirtschaftlichen Not und der Verelendung der Menschen in ihrer Heimat, wenn sie nicht einmal mehr in den Städten ihres Herkunftslandes eine Perspektive für sich und ihre Familie sehen.

In diesem Zusammenhang finden sich in der Literatur zur Migration und ihren Folgen verschiedene Theorien, welche im folgenden kurz beschrieben werden sollen.

Die Kulturschocktheorie nach Binder und Simoes (1978) betont die große Unterschiedlichkeit der Normen, Sitten, Sprache und Verhaltensweisen des Einwanderungslandes und des Herkunftslandes. Diese kommt dem Immigranten bedrohlich und unvoraussagbar vor und er hat große Anpassungsschwierigkeiten.

Es wird dabei angenommen, daß der Kulturschock umso größer ist, je mehr sich die Kulturen des Aus- und des Einwanderungslandes unterscheiden.

Die Kulturkonflikthypothese unterstellt, daß für die Entwicklung einer stabilen Identität und für die Entwicklung von Handlungssicherheit ein widerspruchsfreies kulturelles Wertesystem Voraussetzung ist, da es nur dann gelingen kann in Beziehungen zu anderen deren Erwartungen und Handlungsbereitschaften richtig vorauszusehen und die eigenen Handlungen und Erwartungen daran zu orientieren (Brucks, 1981).

Der Begriff der Eingliederung dient als Oberbegriff für die Vorgänge der Akkulturation, Assimilation und der Integration und schließt damit Veränderungen der sozialstrukturellen Position der Zuwanderer mit ein (Meister, 1997).

In Anlehnung an Heckmann (1992) wird Akkulturation als Veränderung von Personen oder Gruppen bezeichnet, die sich im Zuge von Kulturkontakten ergeben und im Hinblick auf Werte, Normen, Einstellungen, Kenntnisse, Fähigkeiten, spezielle Verhaltensweisen und Lebensstile zum Tragen kommen.

Kinder und Jugendliche von Migrantenfamilien können dabei sehr schnell bereit sein, sich an Werten der Aufnahmegesellschaft zu orientieren, und zugleich auf Distanz zur eigenen Familie und Gruppe zu gehen, was wiederum zur Selbstverachtung, Schuldgefühlen oder akuten Konflikten führen kann (Haller, 1988).

Abzugrenzen sind dabei die Begriffe der Assimilation, was eine Angleichung des Verhaltens des Migranten an dasjenige der Einheimischen meint und dabei vom Migranten selbst ausgeht, und der Integration, was die Gleichberechtigung des Immigranten in allen Bereichen (Beruf, Teilnahme am Staatswesen, Bildung, etc.) umschreibt und vom Aufnahmeland ausgeht.

Assimilation meint eine radikalere und vollständigere Akkulturation und impliziert die einseitige Angleichung der Zuwanderer an die Aufnahmegesellschaft (Meister, 1997).

Esser (1990) versteht unter Assimilation zudem den Zustand der Ähnlichkeit der Migranten in Handlungsweisen, Orientierungen und interaktiven Verflechtungen im Aufnahmeland. Assimilative Handlungen sind für ihn um so wahrscheinlicher, je geringer mögliche persönliche Widerstände bzw. Hindernisse in der Umgebung sind. Dabei werden vier verschiedene Dimensionen von Assimilation unterschieden:

#### 1. Kognitive Assimilation

Sie bezeichnet die Angleichung in Wissen und Mittelbeherrschung, insbesondere hinsichtlich Sprachfertigkeiten, Verhaltenssicherheit, Regelkompetenz für Gestik und Gebräuche, Normenkenntnis und Situationserkennung.

#### 2. Soziale Assimilation

Damit werden interethnische Kontakte und Partizipation an Einrichtungen der Aufnahmegesellschaft verstanden.

#### 3. Strukturelle Assimilation

Es bezeichnet das Einbringen der Migranten in das Status- und Institutionsgefüge des Aufnahmesystems, insbesondere über das Einkommen, Berufsprestige und die Positionsbesetzung.

#### 4. Identifikative Assimilation

Sie äußert sich in der Wertschätzung von Elementen der Aufnahmekultur, worunter die gefühlsmäßige Assimilation und ein Wandel in der ethnischen Zugehörigkeitsdefinition zählt, sinkende Rückkehrabsichten, aber auch die Beibehaltung ethnischer Bräuche.

Der Begriff der Integration wird in der Migrationssoziologie meist in Anlehnung an Hoffmann-Nowotny gebraucht und meint das Teilhaben der Zuwanderer an der Statusstruktur bezüglich beruflicher Stellung, Einkommen, Bildung, rechtlicher Status, Wohnen (Meister, 1997).

Die Marginalitätstheorie beschreibt die Abdrängung einer Person oder Gruppe in eine gesellschaftliche Rand- oder Außenseiterposition, wobei sich die marginalisierten Personen zumindest teilweise mit den Zielen und Werten der Mehrheit identifizieren.

Das ist meistens als Problem der zweiten Migrantengeneration anzusehen.

Der marginalisierten Gruppe stehen die üblichen Mittel nicht zur Verfügung, um hoch bewertete gesellschaftliche Ziele zu erreichen. Dies kann ein Motiv für delinquentes Verhalten sein (Brucks, 1981).

Eine häufige Begleiterscheinung der Migration ist die soziale Isolation, welche von Kuo (1976) definiert wird als Verlust von sozialen Austauschbeziehungen mit gegenseitigen Rechten und Verpflichtungen und somit auch als Verlust des sozialen Bezugs- und Orientierungssystems.

Das Fehlen sozialer Beziehungen führt demnach zur Vereinsamung und zum Verlust des Selbstwertgefühls. Hierdurch wird die Stressbelastung erhöht.

Die soziale Selektionstheorie versucht zu erklären warum einige Menschen bereit sind zu wandern und andere nicht.

Sie postuliert, daß sich Emigranten in vielfältiger Weise (z. B. Risikobereitschaft, Vulnerabilität) vom Rest der Bevölkerung unterscheiden und bereits im Ursprungsland schon sozial desintegrierte und psychisch labile Persönlichkeiten darstellen (Binder und Simoes, 1978).

Grinberg (1990) dagegen widerspricht der Theorie, daß nur ein spezifischer Persönlichkeitstypus migriert, jedoch beschreibt auch er eine mehr oder weniger starke Prädisposition zur Migration.

In diesem Zusammenhang erwähnt er zwei von Balint (1959) geprägte Begriffe: die „Oknophilie“ und den „Philobatismus“.

Charakteristisch für den Oknophilen ist seine Anhänglichkeit gegenüber Menschen, Orten und Gegenständen. Für ihn ist es wichtig immer Menschen um sich zu haben, die ihm Verständnis und Unterstützung entgegenbringen.

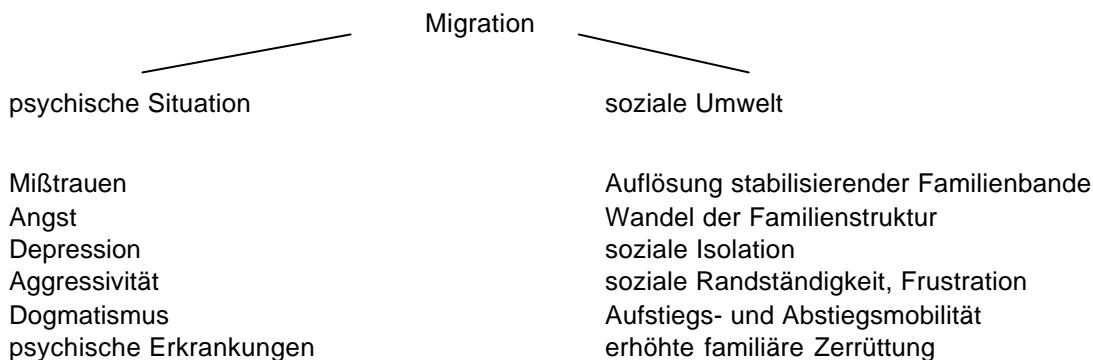
Dagegen vermeidet der Philobat jede Art von Bindungen und neigt zu einem unabhängigen Leben. Er sucht die Lust am Abenteuer, an Reisen und an neuen Emotionen. Von Menschen entfernt er sich ohne Schmerz und Reue um ständig nach neuem zu suchen.

Daraus schließt Grinberg, daß die Individuen der ersten Gruppe stärker in ihren Herkunftsorten verwurzelt sind und sie schwerlich verlassen würden, während die zweite Gruppe eher dazu neigen würde Situationen aufzusuchen welche mit einem gewissen Risiko behaftet sind.

Auch die soziale Verursachungshypothese geht nicht von einer überproportional hohen Anfälligkeit der Emigranten aus, sondern nimmt an, daß die Belastungen der Migration und Anpassung negative psychische Reaktionen und Erkrankungen bedingen (Gunkel und Priebe, 1992).

Von Klitzing (1983) stellt die Zusammenhänge zwischen Migration, sozialer Umwelt und psychischer Situation des Migranten schematisch wie folgt dar:

Abb.1:



Im Immigrationsland wird eine Anpassungsleistung gefordert. Dabei kann aber die Bindung an die alte Heimat nicht ohne weiteres aufgegeben werden. Die Menschen stehen also zwischen zwei Kulturen.

Busch (1983) beschreibt migrationsspezifische Konflikte als eine psychische Belastung für den Migranten, die er auf individueller Ebene verarbeiten muß und die sich in psychosomatischer Krankheit manifestieren kann.

Wenning (1996) postuliert, daß der Migrant nach der Wanderung vor der Aufgabe steht, seine soziale Einbindung und seine gesamte psychische Orientierung zu erneuern. Dadurch, daß das mitgebrachte Wissen zur Bewältigung des Alltags in der neuen Umgebung nicht mehr tragfähig ist, wird der Migrant anfälliger für Desorientierungen.

Leyer (1991) zitiert in ihrer Studie über Migration, Kulturkonflikte und Krankheiten den amerikanischen Psychoanalytiker Garza-Guerrero, der drei Phasen in der Bewältigung des Kulturwechsels beschrieb:

#### 1. Phase der kulturellen Begegnung:

Durch Diskrepanzen zwischen Erwartung und äußerer Wahrnehmung verunsichert, reagiert der Migrant mit Trauer, Verzweiflung und Feindseligkeit.

Es kann zur Überidentifikation mit der aufgegebenen Kultur und ihrer Idealisierung kommen.

#### 2. Phase der Reorganisation:

Hier herrschen Depression, Entmutigung und Ablehnung, welche im Verlaufe des Trauerprozesses verarbeitet werden durch Aufnahme guter Beziehungen zur fremden Kultur. Es kommt zur Reorganisation der psychischen Struktur durch Aufnahme neuer Aspekte, was jedoch mißlingen kann, so daß der Migrant dann in keine der beiden Kulturen eingegliedert ist.

#### 3. Phase der neuen Identität:

Hier steht der Migrant unter dem Einfluß seiner ethnokulturellen Erbschaft und seinem an die neue Kultur angepaßtem Ich, das die Trauer um die verlorene Heimat durch ein neues Zugehörigkeitsgefühl ersetzen kann.

Hiernach stellt die Migration einerseits die Chance zu einer bereichernden Weiterentwicklung der eigenen Identität und Beziehungsfähigkeit dar, andererseits kann die unvermeidliche Identitätskrise auch zu psychosozialer, psychischer und körperlicher Dekompensation führen.

Je desintegrierter die Mitglieder einer ethnischen Minorität behandelt werden, um so problematischer wird deren lebensweltliche Situation, um so schlechter wird die Befindlichkeit der Gruppe.

Sind Krise, Konflikt und Krankheit schon für das traditionelle Gesellschaftsmitglied ein großes Problem, so sind sie es recht für ein diskriminiertes und minorisiertes Gesellschaftsmitglied (Buchkremer, 1987).

Migration kann also als belastendes Lebensereignis wirken und damit zu psychischen und psychosomatischen Störungen bei den Betroffenen führen.

Dabei werden unterschiedliche Risiken für weibliche und männliche Migranten beschrieben.

Sam (1994) führte Untersuchungen zu psychischen und gesundheitlichen Störungen ausländischer Kinder und Jugendlicher durch und konnte dabei deutlich mehr psychische Störungen bei den Mädchen herausstellen. Die Jungen dagegen fielen häufiger durch antisoziales Verhalten auf.

In einer Untersuchung sowjetischer Immigranten in Israel mittels eines Beschwerdefragebogens wurden ebenfalls mehr Symptome bei den weiblichen Probanden gefunden. Dabei waren Angstzustände vorrangig (Factourovich et al., 1996).

Der Wille zur Migration stellt meist eine komplexes Gefüge aus ökonomischen, sozialen, familiären und politischen Gründen dar. Arbeit, soziale Sicherheit und der Wunsch nach materieller Sicherheit sind dabei die häufigsten Gründe. Da aber in vielen Gesellschaften Frauen von den Rechten der Selbstbestimmung ausgeschlossen sind, kann Migration in eine wirtschaftlich orientierte und offenere, emanzipiertere Gesellschaft häufig die Möglichkeit der Verbesserungen bzw. Änderung ihrer persönlichen Situation und professionellen Möglichkeiten bieten.

Auf der anderen Seite sind Frauen meist an ihre traditionelle Rolle in der Familie als Ehefrau und Mutter gebunden. Migration kann somit besonders Frauen in einen Zwiespalt bringen, in dem sie, aufgrund des Verlustes ihrer traditionellen sozialen Aufgaben, Stress- und Angstsituationen erleben (Carballo et al., 1996).

Matuk (1996) beschreibt männliche Immigranten als glücklicher, zufriedener mit ihrer Gesundheit und weniger belastet als weibliche Vergleichspersonen.

### 3. Psychosomatische Erkrankungen

Psychosomatische Störungen sind diejenigen Beeinträchtigungen und Erkrankungen von Körper und Seele, bei deren Verursachung oder Aufrechterhaltung seelische Faktoren eine wesentliche Rolle spielen, und zwar in enger Wechselwirkung zu bestimmten biologischen Variablen.

Es kann sich dabei um Erkrankungen mit nachweislichen Organveränderungen handeln, wie z.B. Ulcusleiden oder chronisch entzündliche Darmerkrankungen, um funktionelle Störungen, wie Herzneurosen, Reizmagen, irritables Kolon oder Hyperventilationszustände oder um Verhaltenskrankheiten wie Anorexie, Bulimie oder Adipositas (Freyberger und Otte, 1987).

Zu den anerkannten psychosomatischen Erkrankungen zählen, laut Gegenstandskatalog für den zweiten Abschnitt der ärztlichen Prüfung 1997, Krankheiten wie das Ulcus duodeni, die Colitis ulcerosa, der Morbus Crohn, die funktionellen Abdominalbeschwerden wie der Reizmagen oder das irritable Kolon, die Adipositas, die Anorexia nervosa, die Bulimia nervosa, das Asthma bronchiale, die Herzneurose, die essentielle Hypertonie, das Koronarleiden und der Weichteilrheumatismus.

Es finden sich verschiedene Theorien in der Literatur für das Entstehen von Krankheiten. Körper (Soma) und Psyche stehen in Wechselwirkung zueinander.

Uexküll und Wesiack (1986) schufen das Modell des sogenannten „Situationskreises“ als Grundlage für die Entstehung psychosomatischer Krankheiten.

Darin wird ein System von Organismus und Umwelt vorausgesetzt.

Der Organismus ist gekennzeichnet durch die Phasen 1. „Rezeption“ (Merken), 2. „Bedeutungserteilung“ und 3. „Einwirken auf die Umwelt“ mit anschließend erneuter Rezeption der veränderten Umwelt usw. Wie in einem Kreislauf.

Uexküll versteht Kranksein in seiner Form als Ergebnis eines gestörten Kontaktes zwischen Organismus und Umwelt, also als Beziehungsphänomen.

Psychosomatische Störungen sind demnach solche, in denen die psychischen Elemente in Umwelt oder Organismus beim Zustandekommen der mangelnden Anpassung eine entscheidende Rolle spielen.

Das von Selye (1960) entwickelte Streßkonzept ist ebenfalls ein Konzept über die Interaktion eines Organismus und seiner Umwelt, der durch das Einwirken von Außen aus dem Gleichgewicht zu geraten droht und deshalb Anpassungsleistungen vollbringt.

Danach kommt es zuerst zur Alarmreaktion in der es zur vermehrten Ausschüttung von Adrenalin und Noradrenalin kommt.

Darauf folgt die Anpassungsphase mit Widerstand gegen die Stressoren. Hieran sind Hormone wie das ACTH und die Kortikosteroide beteiligt, um die Widerstandsfähigkeit zu erhöhen.

Schließlich kommt es dann zum Erschöpfungszustand, in dem die Anpassungsvorgänge nicht mehr aufrecht erhalten werden können.

Stressoren könne hierbei von verschiedenster Natur sein: Kälte, Hitze, Muskelarbeit, emotionale Erregung, etc.

Das psychoanalytische Modell von Alexander (Franke 1981) definiert psychosomatische Störungen als Ausdruck inadäquater Konfliktverarbeitung in Situationen, welche Aktionen verlangen, bei denen aber aufgrund mangelnder Konfliktlösungsmechanismen keine Aktion erfolgen kann.

Dabei geht er davon aus, daß die Krankheitssymptome gewissermaßen Hinweissymptome haben für die zugrundeliegenden Beziehungskonflikte, daß also die physiologischen Funktionen der konflikttypischen Organe gestört werden.

So kommt es bei Blockaden des sympathischen Systems zu Symptomen wie Migräne oder Bluthochdruck, bei parasymphathischer Erregung zu Geschwüren oder Asthma.

Die Psychoanalyse hat Modelle der psychosomatischen Störungen hervorgebracht, die davon ausgehen, daß sie letztlich auf ausgeprägter Deprivation während der frühkindlichen Entwicklung beruhen, besonders in der oralen Phase.

Im Alexithymie - Modell wird dabei vor allem mangelnde Differenzierung der Wahrnehmungs- und Ausdrucksfähigkeit für Gefühle und psychische Bilder bei demgegenüber erhaltener Fähigkeit zu objektiv sachbezogener Sprache als Folge gesehen (von Rad, 1983).

Im lerntheoretischen Konzept nach Lachman kann emotionales Verhalten, obwohl ursprünglich autonom, gelernt werden und durch Stimuli ausgelöst werden.

Im Verlauf der Lerngeschichte können auch andere als die ursprünglichen Stimuli emotionale Reaktionen auslösen und mit zunehmender oder andauernder Frequenz zu dauerhaften physiologischen Dysfunktionen oder pathogenen Strukturveränderungen führen (Franke, 1981).

Die Theorie der zweiphasigen Verdrängung von Mitscherlich (1975) beschreibt eine Phase der Verdrängung von Konflikten und Traumata mit der Entwicklung neurotischer Symptome.

Reichen die Abwehrversuche nicht mehr aus, so erfolgt eine weitere Verschiebung mit Entwicklung körperlicher Symptome.

Besonders hervorgehoben wird in Mitscherlichs Theorie zudem noch die Bedeutung gesellschaftlicher Faktoren als kausale Ursache für die Krankheitsätiologie beschrieben.

Die Tatsache, daß alltägliche Lebensereignisse und Veränderungen im Leben im Zusammenhang mit Gesundheit stehen, steckt hinter der, in den sechziger Jahren in Amerika begründeten, Life-Event-Forschung

Sie geht von biographisch bedeutsamen Ereignissen aus und untersucht den Zusammenhang zwischen Art, Ausmaß und sozialer Relevanz solcher Ereignisse mit der Entstehung von Krankheiten (Mechtler, 1985).

Siegrist (1985) beschreibt, daß die Situationen, die zu Leistung, Wettbewerb und Kampf um bedrohte Kontrolle herausfordern, die Sympathikus-Nebennierenachse (Adrenalin) aktivieren, während

Situationen des Kontrollverlustes, der Hilflosigkeit, die Hypothalamus-Nebennierenrindenschale (Cortisol) stimulieren.

Die psychosomatische Medizin weist folglich auf den Zusammenhang zwischen biologischen, psychologischen und sozialen Determinanten in der Genese von Krankheiten hin.

Die Behandlung beschränkt sich nicht nur auf die Therapie somatischer Symptome, sondern versucht auf die Störungsursache einzugehen.

Im folgenden sollen die psychosomatischen Beschwerden speziell bei Kindern und Jugendlichen genauer beschrieben werden.

### **3.1. Psychosomatische Beschwerden bei Kindern und Jugendlichen**

In dieser Studie wurden Jugendliche im Alter zwischen 12 und 19 Jahren, also in der Adoleszenz, untersucht.

Die Adoleszenz bezeichnet die nicht eindeutig einzugrenzende Übergangsphase zwischen Kindheit und Erwachsensein.

In dieser Lebensphase, welche sowohl eine Phase der körperlichen als auch der persönlichen Reifung darstellt, werden Einstellungen und Werte, Normen und Verhaltensweisen gebildet, die auch für das spätere Erwachsenenalter relevant sind.

Holler-Nowitzki (1994) bezeichnet die Jugend als gesellschaftlich arrangierte Übergangsphase bzw. Vorbereitungsphase zum Status des Erwachsenen, die durch die zwei unterschiedlichen, parallel ablaufenden und miteinander verwobenen Prozesse der sozialen Integration und der Individuation gekennzeichnet ist.

Nissen (1986) unterscheidet in der Adoleszenzentwicklung fünf zentrale Aufgaben, die der Jugendliche zu bewältigen hat:

- 1) das Lernen, mit dem eigenen Körper zurecht zu kommen
- 2) die Herstellung neuer Beziehungen zu Altersgenossen
- 3) die Gewinnung der Unabhängigkeit von den Eltern
- 4) das Erreichen des sozialen und ökonomischen Status der Erwachsenen
- 5) den Aufbau von Selbstvertrauen und Wertsystemen.

Störungen können dabei in jedem der Aufgabenbereiche entstehen und für den Jugendlichen schwerwiegende Folgen in seiner Entwicklung zum Erwachsenen haben.

Von daher scheint die Adoleszenz eine sehr kritische Lebensphase zu sein, in der Störungen dieser, von Weiner (1970) schon als besonders vulnerablen Lebensphase bezeichneten Periode, von Bedeutung bei der Entstehung psychosomatischer Krankheiten sind.

Steinhausen (1984) geht davon aus, daß insbesondere der Jugendliche ein Individuum ist, bei dem eine Vulnerabilität der Organe und funktionellen Systeme zu beachten ist.

Parallel zum biologischen Reifungsprozeß entwickeln sich Komponenten wie Persönlichkeit, Kognition und emotionale Differenzierung.

Störungen im Entwicklungsprozeß können dabei zur Ausbildung von Krankheitssymptomen führen.

Du Bois (1990) sieht in der Ausbildung des körperlichen Selbsterlebens die Auslösung vieler Krisen und damit Umschlagpunkt zwischen Gesundheit und Krankheit.

Dabei ist die Stabilität und Flexibilität der Ich-Struktur der Einzelperson ausschlaggebend dafür, ob sich Störungen manifestieren, obwohl zu beachten ist, daß eine gewisse Ich-Labilisierung typisch für die Pubertätszeit ist.

Auch Zauner (1986) sieht Störungen des Körperschemas bei Jugendlichen im Zusammenhang mit psychosomatischen Erkrankungen.

Nach seiner Auffassung kommt es in der Adoleszenz zur Lockerung der stabilen Identität des kindlichen Körperbildes mit all seinen Vertrautheits- und Bekanntheitgefühlen, was zu Krisen und Beeinträchtigungen führt.

Der Verlust des kindlichen Ebenmaßes und der kindlichen Harmonie irritieren dabei den Heranwachsenden.

Bei Mangold (1987) findet man die Beschreibung, daß die Pubertät ein typisches Manifestationsalter für psychosomatische und psychosoziale Beschwerden ist.

Es zeigt sich eine deutliche Korrelation zwischen Entwicklungs- und Loslösungsprozessen bei einer gestörten Autonomieentwicklung und der Erstmanifestation von psychosomatischen Symptomen.

Ein charakteristisches Merkmal von Familien mit psychosomatisch erkrankten Kindern ist dabei eine starke innerfamiliäre Verschmelzung, welche sich in der Regel gegen die Außenwelt stark abgrenzt.

Die Jugendphase zeichnet sich dadurch aus, daß sich die Bedeutung der einzelnen Bezugsgruppen im Verlauf verschiebt.

Es kommt zum Ablösungsprozeß von der Herkunftsfamilie. Die Gleichaltrigenbeziehungen gewinnen dagegen an Bedeutung.

Dabei entwickeln sich soziale Konfliktsituationen mit divergierenden Erwartungen innerhalb der Bezugsgruppen (Holler-Nowitzki, 1994).

Engel und Hurrelmann (1989) wiesen in einer Studie den Zusammenhang zwischen der Bezugsgruppe der Gleichaltrigen und dem Selbstwertgefühl von Jugendlichen nach. Um soziale Anerkennung zu erhalten ist ein Annehmen der durch Massenmedien und Werbung suggerierten Leitbilder und käuflichen Attribute für die soziale Anerkennung ebenso unabdingbar wie schulische Leistungen.

Dies wiederum beeinflusst sowohl das Selbstwertgefühl als auch die Entwicklung von Wertsystemen des Heranwachsenden in starkem Ausmaß.

Bei der Befragung von Jugendlichen gaben diese als vorrangige Probleme am häufigsten schulleistungsbezogene Schwierigkeiten sowie Probleme mit Gleichaltrigen oder mit den Eltern an.

Obwohl Kinder heutzutage in ihrer überwiegenden Mehrzahl unter ausreichend guten wirtschaftlichen Bedingungen aufwachsen, scheint es immer mehr körperliche und seelische Störungen unter den Jugendlichen in unserer Gesellschaft zu geben.

Köttgen (1990) sieht darin Verbindungen mit der Chancen- und Perspektivenlosigkeit vieler Jugendlicher und dies um so eher, je niedriger ihr soziales Ausgangsniveau ist.

Die eigene Leistung wird in der heutigen modernen Gesellschaft geringfügig, austauschbar, zunehmend überflüssig und von der Wegrationalisierung bedroht.

Der psychosoziale Übergang im Jugendalter von einer eher fremdbestimmten Kindheit zu einem stärker eigenverantwortlichen Erwachsenenleben wird durch viele Störreiz- und Krisenmodelle beschrieben. Besonders hervorgehoben wird dabei die Bedeutung der Massenmedien und ihr Einfluß auf die Jugendkulturen, welche beeinflusst sind durch Mode, Kommerz, Freizeitindustrie und Medien (Meister 1997).

Medien gewinnen über die Herstellung einer gemeinsamen Realität zunehmend Einfluß auf die Konstruktion sozialer Wirklichkeit, und zwar insbesondere in allen nicht von persönlicher Erfahrung abgedeckten Bereichen. Dadurch das Medien die Grenzen von Situationen verändern, nach denen Jugendliche ihre Handlungen bewerten, wird die Entwicklung der Wertesysteme beeinflusst (Schmidt 1994).

Siegrist (1985) macht die Faktoren der Lebensführung, des Lebensstils, der soziokulturellen, sozioökonomischen und ökologischen Umwelt bei der Entwicklung von schweren körperlichen und psychischen Erkrankungen des Jugendlichen von heute verantwortlich.

Im folgenden sollen die Ursachen für körperliche und seelische Störungen speziell bei ausländischen Kindern und Jugendlichen dargestellt werden.

### **3.2. Psychische und körperliche Störungen bei ausländischen Kindern und Jugendlichen**

Die Situation für Kinder und Jugendliche, die einer ethnischen Minderheit angehören stellt sich mehrschichtig dar.

Abgesehen von den politisch-rechtlichen und sozial-ökonomischen Bedingungen in ihrer Sozialisation, erfahren diese Kinder oft schmerzlich, was es heißt, sich zwischen kulturell konträren Wertvorstellungen, Leitbildern und Verhaltensmustern entscheiden zu müssen und dabei weitgehend auf sich selbst gestellt zu sein (Hülster, 1981).

Wenn jugendliche Immigranten ihr Herkunftsland verlassen, lassen sie ihre Muttersprache, Kultur, Gemeinschaft und soziales System zurück. Sie erfahren eine Vielzahl an emotionalen und kognitiven Anpassungen an eine neue Umgebung. Viele Konflikte und Anpassungszwänge stellen ein hohes Risiko für psychosoziale Probleme, Schulversagen, Drogenprobleme und Verhaltensstörungen dar (James 1997).

Während schon pubertierende einheimische Jugendliche aufgrund spezifischer sozio-kultureller Bedingungen gefährdet sind, könnten hier lebende ausländische Jugendliche in der Pubertät eine besondere Risikogruppe für psychische Störungen bilden.

Sie haben die phasentypischen Aufgaben, Konflikte und Turbulenzen einer normalen Pubertät zu bewältigen und zusätzlich befinden sie sich in einer kulturellen Orientierungskrise zwischen den oft völlig widersprüchlichen Norm- und Wertvorstellungen ihrer Herkunftsgesellschaft und den Erwartungen und Forderungen der Residenzgesellschaft (Zimmermann, 1982).

In der gängigen Migrationsliteratur wird das erhöhte Krankheitsrisiko bei ausländischen Kindern und Jugendlichen häufig in Zusammenhang mit einem schlechten sozialen Umfeld und schwieriger sozialer Integration in die Gesellschaft in Verbindung gebracht.

So geht Collatz (1977) davon aus, daß schlechte Wohnbedingungen, Trennung der Familienmitglieder oder mangelnder Schulerfolg einen negativen Effekt auf die Entwicklung von ausländischen Kindern und Jugendlichen haben und somit eine erhöhte Anfälligkeit für Erkrankungen besteht.

In einer Studie zur Aufnahmezahl von Kindern in Krankenhäusern zeigte er eine erhöhte Anzahl von Kindern ausländischer Familien auf.

Dabei waren die häufigsten Krankheiten Atemwegserkrankungen, Diarrhoen und Infektionserkrankungen sowie Unfallereignisse. Außerdem wurde der Allgemein-, Ernährungs- und Pflegezustand bei den ausländischen Kindern schlechter beurteilt als bei den deutschen Kindern (Collatz et al. 1977).

In einer amerikanischen Studie wurden 700 ohne gesundheitliche Probleme geborene mexikanische Migrantenkinder im Alter von 8 bis 16 Monaten nachuntersucht. Dabei zeigten 26% der Kinder

Krankheitssymptome, welche auf schlechte Wohnbedingungen in großen Haushalten und eine mangelnde ärztliche Vorsorgeuntersuchungen zurückgeführt wurden (Guendelman 1995).

Schulpen (1996) wies in einer niederländischen Studie zur Erkrankungen ausländischer Kinder eine dreifach höhere Rate bei türkischen und marokkanischen Kindern unter 15 Jahren im Vergleich mit der einheimischen Bevölkerung auf. Hauptursachen waren dabei Unfälle, Infektionskrankheiten und eine erhöhte Säuglingssterblichkeit. Die Zahlen in seiner Studie entsprachen dabei den Vergleichszahlen anderer europäischer Länder.

Breitkreutz (1982) wies in einer klinischen Studie ebenfalls eine erhöhte Anzahl von erkrankten Kinder und Jugendlichen ausländischer Familien nach.

Dabei zeigten sich in den Vorsorgeuntersuchungen für Kinder Unvollständigkeiten sowie eine weitaus geringere Durchschnittsbeteiligung der ausländischen Kinder im Vergleich zu deutschen Kindern.

Hoffmann (1979) fand heraus, daß Ausländerkinder länger und häufiger im Krankenhaus liegen als einheimische Gleichaltrige. Sie haben mehr Infektionskrankheiten, sind mehr an Unfällen beteiligt und kommen in schlechterem Allgemeinzustand in die Kliniken. Prophylaktische Maßnahmen wie Impfungen finden bei ihnen seltener statt.

Waldhoer (1997) belegte in einer Studie, daß empfohlene Impfungen gegen Diphtherie, Tetanus, Masern, Mumps, Poliomyelitis, Tuberkulose und Pertussis bei ausländischen Kindern seltener durchgeführt werden als bei einheimischen.

Koch und Burmeister (1993) sowie Pillow (1995) stellten einen übermäßig häufigen Mangel an Vitamin D bzw. Hypocalcämie bei Kindern ausländischer Eltern fest.

Steinhausen (1984) führte eine Studie an griechischen und türkischen Kindern durch und beurteilte ihre Integrationschancen aufgrund der mangelnden Inanspruchnahme von sozialpädagogischen Einrichtungen wie Kindergarten oder Vorschule als ungünstig.

Für die psychosoziale Entwicklung der Kinder sind nach seiner Auffassung Faktoren wie soziale Integration und familiäre Funktionstüchtigkeit am wichtigsten, welche aber wiederum, als ein Ergebnis vielfältiger einwirkender Kräfte im Spannungsfeld der Kulturen von Herkunfts- und Gastland, unterschiedlich stark gestört sein können.

Nach Werhahn (1976) führt das Fehlen eines stabilen sozialen Bezugssystems zu einer Beeinträchtigung in der Entwicklung der Ich-Struktur.

Als Ursache dieser psychischen Störung wird das „Deprivationssyndrom“ bezeichnet, welches durch wechselnde Bezugspersonen, intrafamiliäre Spannungen und ungünstige Wohnverhältnisse gekennzeichnet sei.

Nach Müllers Beobachtungen (1979) sind ausländische Kinder noch verhaltensauffälliger und seelisch gestörter als deutsche Kinder

Viele Formen der Auffälligkeit sind Notsignale, die meist fehlgedeutet werden als Disziplinlosigkeit und andersartige Natur, als Heimweh, Leistungsschwäche und Begabungsmangel.

Das Spektrum dieser Signale läuft dabei über Bereiche wie Aggressionen, Regressionen und Funktionsstörungen.

Lanfranchi (1993) bezeichnet Kinder und Jugendliche immigrierter Familien als eine besonders gefährdete Gruppe für die Entstehung psychischer Notsituationen mit depressiven Verstimmungen, diffusem Unbehagen, schulischen Lern- und Leistungsschwierigkeiten sowie Verhaltensauffälligkeiten.

Die sozialen, familienstrukturellen und kulturellen Folgen der Migration stellen eine psychische Belastung für die Kinder und Jugendlichen ausländischer Arbeitnehmer dar. Dabei gibt es keine einheitliche, monokausale Ätiopathogenese für psychische Störungen (von Klitzing, 1983).

Die mangelnde Verlässlichkeit von Beziehungspersonen sowie die Zerstörung von sozialen Zusammenhängen bedeuten für schon für die Kinder im Vorschulalter eine zunehmende psychische Belastung, welche sich in der Adoleszenz zuspitzen kann. Schwere Pubertäts- und Identitätskrisen sind die Folgen der kulturellen und normativen Verunsicherung.

Symptome von solchen schweren Pubertätskrisen können nicht nur psychosomatische Beschwerden wie Bauchschmerzen, Herzstechen, Kopfschmerzen und Schwindelgefühle sein, sondern äußern sich häufig in dramatischer appellativer Form z.B. als psychogene Anfälle und psychogene Lähmungen (Riedesser, 1982).

Zweymüller (1980) beschreibt das Streß-Modell, bei dem sozialer Wandel zu Wertkonflikten, Spannungen und Anpassungsleistungen, welches massive Anforderungen an den Organismus stellt. Dieser befindet sich in dauerndem Alarmzustand, wodurch im physiologischen Bereich das vegetative Nervensystem und die Hormontätigkeit aktiviert wird. Die psychologischen Reaktionen sind Angst und Depression auf der einen Seite, Wut und Aggression auf der anderen Seite.

Als Ursache des erhöhten Risikos für psychische und somatische Erkrankung ausländischer Kinder und Jugendlicher sieht Görtz (1986) im kulturellen Pluralismus und in der psychischen Labilität der Eltern. Da gerade in den frühen Lebensphasen ein besonderer Rückhalt durch die Eltern gewährleistet werden muß, um Probleme zu bewältigen, ist die Gefahr, psychisch und physisch zu erkranken, für Migrantenkinder besonders groß und es ist nicht verwunderlich, daß man bei ihnen häufiger Erkrankungen findet als bei den Eltern.

In einer Studie von Hellbrügge (1980) wurde ein vermehrtes Vorkommen von psychopathologischen Erscheinungen, wie neurotische Symptome, bei ausländischen Kindern in Deutschland im Vergleich mit Kindern aus ihren Heimatländern nachgewiesen.

Körperliche Krankheitsmerkmale dagegen waren seltener, was auf die bessere medizinische Versorgung in der Bundesrepublik zurückgeführt wird.

Zusammenfassend läßt sich zu den oben genannten Quellen sagen, daß Migrantenkinder und - jugendliche nach den genannten Untersuchungen in stärkerem Umfang belastet zu sein scheinen als einheimische Kinder, da sie sich mit einer Vielzahl von Problemen auseinandersetzen müssen und dabei wenig Unterstützung durch die selbst psychisch überlasteten Eltern erhalten.

Es finden sich aber auch gegenteilige Untersuchungsergebnisse und Meinungen in der Migrationsliteratur, welche nicht die Theorie der stärker gefährdeten ausländischen Kinder und Jugendlichen stützen.

In einer Studie zu Verhaltensstörungen türkischer Kinder konnten keine Unterschiede in der Prävalenz im Vergleich mit einheimischen Kindern nachgewiesen werden (Ayala und Fischer 1993).

Sam und Berry (1995) untersuchten psychische Störungen bei 570 jungen Ausländern in Norwegen zwischen 10 und 17 Jahren. Dabei konnten depressive Tendenzen, negative Selbstbilder sowie psychosomatische Krankheitssymptome nicht in Verbindung mit Akkulturationsstress gebracht werden.

Ebenso verhielt es sich in der Studie von Schlüter-Müller (1992) über die psychischen Störungen türkischer Jugendlicher in Deutschland. Die Ursachen wurden hier vielmehr als familiäre Spannungen und Problemen interpretiert.

Goodman und Richards (1995) untersuchten 300 ausländische Kinder in Großbritannien und konnten trotz sozioökonomischer Benachteiligung keine Häufung psychischer Störungen oder Verhaltensauffälligkeiten nachweisen. Die Risikofaktoren für die Entstehung von psychosomatischen Krankheitssymptomen sind laut ihrer Studie für ausländische und einheimische Kinder und Jugendliche als gleich stark einzustufen.

Auch im Vergleich chinesischer Jugendlicher in Amerika mit einheimischen Jugendlichen konnte kein wesentlicher Migrationseffekt auf psychische Auffälligkeiten nachgewiesen werden (Chang 1995).

Im folgenden sollen auch in dieser Studie der Frage nach Unterschieden bezüglich psychischer und körperlicher Auffälligkeiten ausländischer Kinder in Deutschland im Vergleich mit einer Gruppe ihres Herkunftslandes und mit einer Gruppe deutscher Einheimischer, nachgegangen werden und überprüft werden ob die Folgen der Migration als Stressfaktor zu verstärkten psychischen und körperlichen Belastung führen können.

#### **4. Hypothesen zur Problematik**

Angesichts der in der Literatur beschriebenen möglichen Störungen bei immigrierten Kindern und Jugendlichen, möchte ich die Auswirkungen der Migration bezüglich körperlicher und psychischer Beschwerden untersuchen.

Dazu wurden folgende Arbeitshypothesen entwickelt:

1. Polnische Jugendliche in Deutschland geben sowohl mehr Körperbeschwerden als deutsche Jugendliche als auch als polnische Jugendliche in Polen an.
2. Polnische Jugendliche, die in Deutschland leben, zeigen mehr depressive Tendenzen als deutsche Jugendliche und als polnische Jugendliche in Polen.
3. Polnische Jugendliche in Deutschland weisen mehr Ängstlichkeit auf als deutsche Jugendliche und als polnische Jugendliche in Polen.
4. Polnische Jugendliche in Deutschland haben ein geringeres Selbstwertgefühl und eine geringere Adaptationsfähigkeit als deutsche Jugendliche und als polnische Jugendliche in Polen.

Zusätzlich wird eine Gegenüberstellung zwischen polnischen Jugendlichen in Deutschland und Aussiedlerjugendlichen aus Polen, die in Deutschland leben unternommen, um einen Vergleich der Stärke der negativen Auswirkungen des Migrationsstresses zwischen den beiden aus Polen emmigrierten Gruppen zu ziehen.

## 5. Material und Methoden

### 5.1. Stichprobenzusammensetzung und Erhebungssituation

Die Untersuchung wurde an Versuchsgruppen von polnischen Jugendlichen in Deutschland, polnischen Jugendlichen in Polen, Aussiedlerjugendlichen aus Polen in Deutschland und deutschen Jugendlichen durchgeführt.

Es nahmen insgesamt 450 Mädchen und Jungen im Alter zwischen 11 und 20 Jahren an der Untersuchung teil.

Tabelle 5: Geschlechterverteilung

	Gesamt	männlich	weiblich
Deutsche	111	55	56
Aussiedler	100	48	52
Polen in Polen	132	63	69
Polen in Deutschland	107	53	54

Tabelle 6: Altersverteilung

Durchschnittsalter	Jahre
Deutsche	15,0
Aussiedler	15,8
Polen in Polen	15,3
Polen in Deutschland	16,0

Die Testung der polnischen Jugendlichen in Deutschland wurde von mir persönlich durchgeführt.

Die Versuchspersonengruppe setzt sich aus Mädchen und Jungen polnischer Herkunft zusammen, welche in verschiedenen Städten Nordrhein-Westfalens und insbesondere des Ruhrgebietes leben und dort verschiedene Schulen besuchen.

23 Schüler besuchten die Hauptschule, 17 die Realschule, 28 besuchten das Gymnasium und 27 Schüler die Gesamtschule. Nur 5 besuchten andere Schulen.

Die Testung erfolgte in kleinen Gruppen von 4 bis 10 Personen.

Während der Durchführung durften alle Jugendliche Fragen bei auftretenden Unklarheiten stellen.

Bei Bedarf wurden Pausen bis zu 20 Minuten eingelegt.

Zur Beantwortung der 450 Fragen benötigten die Jugendlichen etwa zwischen 1,5 und 2,5 Stunden.

Die Erhebung der Daten der Vergleichsgruppe der polnischen Jugendlichen in Polen wurde durch die Zusammenarbeit mit Herrn Dr. Pietruszewski, Frau Prof. Dr. Orwid und Frau Domagalska von der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Klinik der Jagiellonen- Universität Krakau in Polen möglich.

Die Testung erfolgte in mehreren Klassen verschiedener Schulen in Krakau.

Darunter waren 60 Schüler einer Grundschule, 41 Schüler eines Lyceums und 23 der Schüler besuchten ein Technikum.

Die Stichproben der polnischen Aussiedlerjugendlichen und der einheimischen Jugendlichen wurden mir freundlicherweise von Frau Loof und Frau Peponis von der Westfälische Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie zur Verfügung gestellt und waren im Rahmen ihrer Untersuchungen zur Migrationsproblematik bei Kindern und Jugendlichen untersucht worden (1994).

Die Aussiedlerkinder besuchten hauptsächlich Förderschulen im Land Nordrhein-Westfalen.

Unter den deutschen Schülern gingen 21 zur Hauptschule, 11 Schüler besuchten die Realschule, 64 Schüler besuchten ein Gymnasium, weitere 10 die Gesamtschule.

5 Jugendliche besuchten andere Schulen als die vorher genannten.

Die Teilnahme der Jugendlichen erfolgte auf freiwilliger Basis.

## **5.2. Testverfahren**

### **5.2.1. Gießener Beschwerdebogen für Kinder und Jugendliche**

Der GBB- KJ ist ein Fragebogen zur Erfassung subjektiver körperlicher Beschwerden bei Kindern und Jugendlichen (Brähler 1992).

Der Test enthält 59 Items aus den Bereichen:

- Allgemeinbefinden
- Emotionalität
- Kinderbeschwerden
- Schmerzen
- Vegetativum

Er bezieht sich auf folgende 6 Beschwerdeskalen:

1. Erkältungssymptomatik
2. Erschöpfungssymptomatik
3. Gliederschmerzsymptomatik
4. Kreislaufsymptomatik
5. Magensymptomatik
6. Beschwerdedruck

Für jedes Item werden dem Probanden die Antwortmöglichkeiten „nie / selten / manchmal / oft / dauernd“ angegeben.

### **5.2.2. Depressionsinventar für Kinder und Jugendliche**

Das Depressionsinventar (DIKJ) für Kinder und Jugendliche ist ein Fragebogen zur Selbsteinschätzung bezüglich depressiver Verstimmungen (Stiensmeier et al. 1989).

Der Test enthält 27 Items zu Depressionssymptomen wie z.B. Versagensängste, Inkompetenzgefühle, Einsamkeit und negatives Selbstbild.

Für jedes Item werden der Versuchsperson drei Antwortmöglichkeiten vorgegeben, welche sich jeweils auf den Ausprägungsgrad des Symptoms in auf- oder absteigender Reihenfolge beziehen von „fast nie“ bis „fast immer“.

### **5.2.3. Angstfragebogen**

Beim „State- Trait- Anxiety- Inventory (STAI) handelt es sich um die deutsche Überarbeitung (Spielberger et al 1970) in der die Angst als Persönlichkeitsmerkmal und die Angst als vorübergehender Zustand in zwei Skalen getrennt voneinander erfasst werden.

In unserer Untersuchung ist die Skala „Angst als Persönlichkeitsmerkmal“ benutzt worden.

Der Fragebogen enthält 20 Items und gibt dem Probanden vier Antwortmöglichkeiten zur Selbstbeschreibung von „fast nie“ bis „fast immer“.

### **5.2.4. Offer- Selbstbild- Fragebogen für Kinder und Jugendliche**

Der Offer- Selbstbild- Fragebogen ist ein Persönlichkeitsfragebogen der Selbstbeschreibung, der zur Messung der Adaptation von Jugendlichen eingesetzt werden kann (Steinhausen 1989).

Er umfaßt dazu 93 Merkmale, welche in folgende fünf Bereiche mit zehn Subskalen unterteilt sind:

#### 1. Psychologisches Selbst

- Skala 1: Impulskontrolle
- Skala 2: Emotionalität
- Skala 3: Körper- und Selbstbild

#### 2. Soziales Selbst

- Skala 4: soziale Beziehung
- Skala 5: Berufs- und Bildungsziele

#### 3. Sexuelles Selbst

- Skala 6: sexuelle Einstellungen

#### 4. Familiäres Selbst

- Skala 7: Familienbeziehungen

## 5. Adaptiertes Selbst

- Skala 8: Bewältigung der Außenwelt
- Skala 9: Psychopathologie
- Skala 10: Allgemeine Anpassung

Jedem Item sind sechs Antwortmöglichkeiten von „Diese Feststellung beschreibt mich sehr gut“ bis „überhaupt nicht“ zugeteilt.

### **5.2.5. Migrationsfragebogen für Kinder und Jugendliche (MFKJ)**

Der Migrationsfragebogen umfaßt 198 Items für Kinder und Jugendliche, die aus anderen Ländern nach Deutschland gekommen sind und nun hier leben.

Er soll die subjektiven Eindrücke der Probanden bezüglich ihrer schulischen Situation, der familiären Verhältnisse, der kulturellen Identität und der Eingliederung darstellen

Der Fragebogen wurde mit Unterstützung von Frau Prof. Dr. Boos-Nünning und deren Mitarbeitern der Universität Essen, von Frau Loof, Frau Katsiamika, Frau Peponis und Herrn Dr. Siefen erarbeitet.

Der Test ist in drei Abschnitte gegliedert worden:

#### 1. Teil:

Er umfaßt 18 verschiedene Items, die Auskünfte beinhalten über:

- Geburtsland
- Länge des Aufenthaltes in  
Deutschland
- Religionsangehörigkeit
- Schulbildung
- Wunschberuf
- Beruf der Eltern

#### 2. Teil:

Dieser Abschnitt umfaßt 14 Items mit Fragen zur gesundheitlichen Anamnese des Probanden sowohl vor als auch nach der Zeit der Migration.

Es werden Informationen erteilt zu:

- Krankheiten
- Häufigkeit von Arztbesuchen
- Häufigkeit von Krankenhausaufenthalten
- Operationen
- Medikation
- psychiatrischen Behandlungen

### 3. Teil:

Der dritte Teil umfaßt 166 migrationsspezifische Items zu den Bereichen:

- kulturelle Identität
- Familiensituation und soziales Umfeld
- Ausländerdiskriminierung
- Bildungssituation
- Sprache

Die Beantwortung der Fragen erfolgt durch eine Auswahl von 5 Antwortmöglichkeiten von „stimmt gar nicht bis „stimmt genau“.

Die Gruppe der deutschen Kinder in Deutschland sowie der polnischen Kinder in Polen, also der einheimischen Gruppen, erhielten eine gekürzte Version des Fragebogens.

Die migrationsspezifischen Items wurden hierbei nicht berücksichtigt und allgemeine Fragen zur Lebenssituation beibehalten.

## 6. Darstellung der Ergebnisse

Zuerst werden die Ergebnisse der vier standardisierten Tests (GBB-KJ, STAI, DIKJ und Offer) dargestellt.

Zu jedem Test werden Varianzanalysen für die Herkunftsgruppen und die Geschlechter durchgeführt. Dazu werden die Mittelwerte zu Herkunft und Geschlecht mittels T-Test berechnet.

Die Auswertung des Migrationfragebogens für Kinder und Jugendliche erfolgt mittels Faktorenanalyse für die migrationspezifischen Items.

Außerdem wird eine Reliabilitätsanalyse der bei der Faktorenanalyse ermittelten Faktoren mit dem Cronbach Alpha-Reliabilitätskoeffizienten berechnet.

Zuletzt erfolgt dann der Vergleich der standardisierten Tests untereinander sowie der Vergleich mit dem Migrationsfragebogen mittels Korrelations- und Regressionsanalyse.

### 6.1. Ergebnisse des Giessener Beschwerdebogens für Kinder und Jugendliche

#### Skala 1: Erschöpfungssymptomatik

Bei der Varianzanalyse für die erste Skala des Giessener Beschwerdebogens wurden die Erschöpfungssymptomatik als abhängige Variable, das Herkunftsland und das Geschlecht als unabhängige Variable eingesetzt.

Dabei war der Herkunftseffekt nicht signifikant, der Geschlechtseffekt und die Wechselwirkung erwiesen sich dabei als hochsignifikant.

Tabelle 5: Varianzanalyse zur Skala 1 des GBKJ

Source of Variation	Sum of Squares	DF	Mean Square	F	Sig of F
Main Effects	26,899	4	6,725	17,146	0,000
Land	1,027	3	0,342	0,873	0,455
Geschl	25,932	1	25,932	66,120	0,000
2-Way Interactions	4,246	3	1,415	3,609	0,013
Land    Geschl	4,246	3	1,415	3,609	0,013
Explained	32,990	7	4,713	12,017	0,000
Residual	170,602	435	0,392		
Total	203,592	442	0,461		

450 cases were processed.  
7 cases were missing.  
(1,6 pct)

Bei der getrennten Betrachtung der Geschlechter ergaben sich signifikante Unterschiede hinsichtlich der Mittelwerte der einheimischen Jugendlichen, der polnischen Jugendlichen in Deutschland und der polnischen Jugendlichen in Polen.

Dabei zeigten in allen vier Gruppen Mädchen deutlich höhere Erschöpfungstendenzen als Jungen. Zur Berechnung der Werte wurde ein T-Test angewandt.

Tabelle 6: Mittelwerte der Skala 1 zum Geschlechtseffekt

<b>Erschöpfung</b>	<b>männlich</b>	<b>weiblich</b>	<b>gesamt</b>
Deutsche	1,92	2,30	2,11
Aussiedler in Deutschland	1,94	2,17	2,06
Polen in Polen	1,80	2,53	2,18
Polen in Deutschland	1,88	2,49	2,18
Gesamt	1,88	2,38	2,14

Bei der Betrachtung der vier verschiedenen Jungengruppen der einzelnen Herkunftsländer ergaben sich keine signifikanten Unterschiede bezüglich der Mittelwerte.

Beim Vergleich der weiblichen Versuchsgruppen untereinander dagegen ergaben sich signifikante Unterschiede zwischen den deutschen Mädchen und den polnischen Mädchen in Polen, welche mehr Erschöpfungssymptome aufwiesen.

Ebenso waren bei den polnischen Mädchen in Deutschland im Vergleich zu den Aussiedlermädchen signifikant höhere Werte ermittelt.

Auch diese Werte wurden mittels eines T-Tests berechnet.

Tabelle 7: Mittelwerte der Skala 1 der weiblichen Versuchsgruppen

<b>Erschöpfung</b>	<b>Mittelwerte</b>
Deutsche Mädchen	2,30
Polnische Mädchen in Polen	2,53

Polnische Mädchen in Deutschland	2,49
Aussiedlermädchen in Deutschland	2,17

### Skala 2 : Magensymptomatik

Die Varianzanalyse der zweiten Skala des Giessener Beschwerdebogens als abhängiger Variable und des Herkunftslandes sowie des Geschlechts als unabhängiger Variable wies beim Herkunftseffekt und beim Geschlechtseffekt einen hochsignifikanten Unterschied auf. Auch die Wechselwirkung erwies sich als signifikant.

Tabelle 8: Vazianzanalyse zur Skala 2 des GBKJ

Source of Variation	Sum of Squares	DF	Mean Square	F	Sig of F
Main Effects	33,070	4	8,268	36,850	0,000
Land	3,241	3	1,080	4,814	0,003
Geschl	30,017	1	30,017	133,791	0,000
2-Way Interactions	2,092	3	0,697	3,108	0,026
Land    Geschl	2,092	3	0,697	3,108	0,026
Explained	35,425	7	5,061	22,556	0,000
Residual	96,924	432	0,224		
Total	132,349	439	0,301		

450 cases were processed.  
 10 cases were missing  
 (2,2 pct)

Der Mittelwertvergleich mittels T-Test zwischen den beiden Geschlechtern eines Herkunftslandes war bei allen Gruppen hochsignifikant.

Wiederum zeigten die Mädchen überall höhere Werte als die Jungen.

Tabelle 9: Mittelwerte der Skala 2 zum Geschlechtseffekt

<b>Magen</b>	<b>männlich</b>	<b>weiblich</b>	<b>gesamt</b>
Deutsche	1,66	2,11	1,89
Aussiedler in Deutschland	1,71	2,08	1,90
Polen in Polen	1,57	2,10	1,85
Polen in Deutschland	1,69	2,44	2,07

Gesamt	1,65	2,18	1,92
--------	------	------	------

Beim Vergleich der einzelnen Gruppen untereinander ergaben sich hochsignifikante Unterschiede zwischen der Gruppe der Deutschen und der Gruppe der Polen in Deutschland. Dabei gaben die polnischen Kinder mehr Magenbeschwerden an als deutsche Jugendliche.

Ebenso gab es hochsignifikante Unterschiede zwischen der Gruppe der Polen in Polen und der Gruppe der Polen in Deutschland mit stärkeren Beschwerden bei den emigrierten Polen.

Die Werte wurden mit einem T-Test berechnet.

#### Tabelle 10: Mittelwerte der Skala 2 zum Herkunftseffekt

<b>Magen</b>	<b>Mittelwerte</b>
Deutsche	1,89
Polen in Deutschland	2,07
Polen in Polen	1,85
Polen in Deutschland	2,07

Bei der Gegenüberstellung der einzelnen Jungengruppen aus den verschiedenen Herkunftsländern fanden sich keine signifikanten Unterschiede, ganz im Gegensatz zu den Mädchengruppen.

Hier waren signifikante Unterschiede feststellbar zwischen den polnischen Mädchen in Deutschland im Vergleich mit allen anderen drei Mädchengruppen. Sie zeigten die meisten Magenbeschwerden.

Die Werte wurden durch einen T-Test ermittelt.

#### Tabelle 11: Mittelwerte der Skala 2 der Mädchengruppen

<b>Magen</b>	<b>Mittelwerte</b>
Polnische Mädchen in Deutschland	2,44
Polnische Mädchen in Polen	2,10
Aussiedlermädchen in Deutschland	2,08
Deutsche Mädchen	2,11

#### Skala 3 : Gliederschmerzsymptomatik

Bei der Varianzanalyse der dritten Skala des Giessener Beschwerdeboogens, in der die Gliederschmerzen die abhängige Variable und sowohl das Herkunftsland als auch das Geschlecht als unabhängige Variable eingesetzt wurden, ergaben sich sowohl für den Herkunftseffekt als auch für den Geschlechtseffekt signifikante Werte.

Auch die Wechselwirkung erwies sich als signifikant.

Tabelle 12: Varianzanalyse zur Skala 3 des GBKJ

Source of Variation	Sum of Squares	DF	Mean Square	F	Sig of F
Main Effects	4,831	4	1,208	3,365	0,010
Land	2,977	3	0,992	2,765	0,042
Geschl	1,861	1	1,861	5,185	0,023
2-Way Interactions	3,173	3	1,058	2,947	0,033
Land    Geschl	3,173	3	1,058	2,947	0,033
Explained	8,371	7	1,196	3,332	0,002
Residual	156,837	437	0,359		
Total	165,208	444	0,372		

450 cases were processed.  
 5 cases were missing  
 (1,1 pct)

Beim Vergleich der Mittelwerte beider Geschlechter einer Ländergruppe ergaben sich signifikante Unterschiede zwischen den männlichen und weiblichen Jugendlichen in Polen.

Die weiblichen Probanden zeigten auch hier wieder mehr Gliederschmerzen als die männliche Vergleichsgruppe.

Die Berechnung erfolgte mittels T-Test.

Tabelle 13: Mittelwerte der Skala 3 zum Geschlechtseffekt

<b>Glieder</b>	<b>männlich</b>	<b>weiblich</b>	<b>gesamt</b>
Deutsche	1,71	1,75	1,73
Aussiedler in Deutschland	1,83	1,76	1,80
Polen in Polen	1,52	1,90	1,72
Polen in Deutschland	1,84	2,01	1,92
Gesamt	1,71	1,86	1,79

Beim Vergleich der Länder miteinander fanden sich signifikante Unterschiede zwischen Deutschen und Polen in Deutschland, wobei die Deutschen mehr Beschwerden aufwiesen. Außerdem zeigten sich noch signifikante Unterschiede zwischen den Polen in Polen und den Polen in Deutschland mit höheren Werten bei den Polen in Deutschland.

Auch hier wurde der T-Test angewandt.

Tabelle 14: Mittelwerte der Skala 3 zum Herkunftseffekt

<b>Glieder</b>	<b>Mittelwerte</b>
Polen in Deutschland	1,92
Polen in Polen	1,72
Polen in Deutschland	1,92
Deutsche	1,73

Der Vergleich der Jungen untereinander zeigte signifikant erhöhte Werte für die Aussiedlerjungen in Deutschland im Vergleich mit polnischen Jungen in Polen.

Der Unterschied zwischen den polnischen Jungen in Polen und den polnischen Jungen in Deutschland war hochsignifikant und zeigte mehr Beschwerden bei den Migrantenkindern.

Die Berechnung erfolgte durch einen T-Test.

Tabelle 15: Mittelwerte der Skala 3 der Jungengruppen

<b>Glieder</b>	<b>Mittelwerte</b>
Polnische Jungen in Polen	1,52
Polnische Jungen in Deutschland	1,84
Polnische Jungen in Polen	1,52
Aussiedlerjungen in Deutschland	1,83

Der Vergleich zwischen den Mädchengruppen der verschiedenen Herkunftsländer zeigte einen signifikanten Unterschied zwischen den deutschen Mädchen und den polnischen Mädchen in Deutschland.

Dabei hatten polnische Mädchen in Deutschland mehr Krankheitssymptome als deutsche Mädchen.

Dies zeigte ein durchgeführter T-Test.

Tabelle 16: Mittelwerte der Skala 3 der Mädchengruppen

<b>Glieder</b>	<b>Mittelwerte</b>
Polnische Mädchen in Deutschland	2,01
Deutsche Mädchen	1,75

#### Skala 4 : Kreislaufsymptomatik

Die Varianzanalyse zur Skala 4 des Giessener Beschwerdebogens mit der Kreislaufsymptomatik als abhängiger Variable und dem Herkunftsland sowie dem Geschlecht als unabhängigen Variablen ergab keinen signifikanten Herkunftseffekt. Jedoch war der Geschlechtseffekt hochsignifikant.

Die Wechselwirkung wiederum zeigte kein signifikantes Ergebnis.

Tabelle 17: Varianzanalyse zur Skala 4 des GBKJ

Source of Variation	Sum of Squares	DF	Mean Square	F	Sig of F
Main Effects	13,584	4	3,396	11,884	0,000
Land	2,148	3	0,716	2,505	0,059
Geschl	11,548	1	11,548	40,412	0,000
2-Way Interactions	0,539	3	0,180	0,629	0,597
Land  Geschl	0,539	3	0,180	0,629	0,597
Explained	14,324	7	2,046	7,161	0,000
Residual	122,591	429	0,286		
Total	136,916	436	0,314		

450 cases were processed.  
13 cases were missing.  
(2,9 pct)

Die Mittelwerte im Geschlechtervergleich der einzelnen Länder waren hochsignifikant niedriger für die deutschen Jugendlichen und die polnischen Jugendlichen in Polen sowie für die polnischen Jugendlichen in Deutschland. Überall wiesen dabei die Mädchen mehr Kreislaufbeschwerden auf.

Hier wurde ein T-Test durchgeführt.

Tabelle 18: Mittelwerte der Skala 4 zum Geschlechtseffekt

<b>Kreislauf</b>	<b>männlich</b>	<b>weiblich</b>	<b>gesamt</b>
Deutsche	1,55	1,85	1,70
Aussiedler in Deutschland	1,53	1,76	1,65
Polen in Polen	1,38	1,75	1,57
Polen in Deutschland	1,54	1,96	1,75
Gesamt	1,50	1,82	1,66

Beim Vergleich der verschiedenen Herkunftsländer ergab sich ein hochsignifikanter Unterschied zwischen polnischen Jugendlichen in Deutschland und polnischen Jugendlichen in Polen. Hier gaben die Migrantenkinder mehr Symptome an.

Die Berechnung erfolgte mittels T-Test.

Tabelle 19: Mittelwerte der Skala 4 zum Herkunftseffekt

<b>Kreislauf</b>	<b>Mittelwerte</b>
Polen in Polen	1,57
Polen in Deutschland	1,75

Bei der Berechnung der Mittelwerte der männlichen Versuchsgruppen ergaben sich signifikante Unterschiede zwischen den deutschen Jungen und den Jungen aus Polen mit stärkeren Beschwerden bei den deutschen Jungen.

Es wurde wiederum ein T-Test durchgeführt.

Tabelle 20 : Mittelwerte zur Skala 4 der Jungengruppen

<b>Kreislauf</b>	<b>Mittelwerte</b>
Deutsche Jungen	1,55
Polnische Jungen in Polen	1,38

Bei den Mittelwerten zur Kreislaufsymptomatik der Mädchengruppen waren keine signifikanten Unterschiede zu erkennen.

### Skala 5: Erkältungssymptomatik

Die Varianzanalyse zur Skala 5 des Giessener Beschwerdebogens mit der Erkältungssymptomatik als abhängiger und dem Herkunftsland sowie dem Geschlecht als unabhängiger Variable ergaben sich hochsignifikante Effekte für Herkunft und Geschlecht.

Die Wechselwirkung war nicht signifikant.

Tabelle 21: Varianzanalyse zur Skala 5 des GBKJ

Source of Variation	Sum of Squares	DF	Mean Square	F	Sig of F
Main Effects	32,848	4	8,212	22,776	0,000
Land	7,183	3	2,394	6,641	0,000
Geschl	25,824	1	25,824	71,623	0,000
2-Way Interactions	1,636	3	0,545	1,513	0,210
Land    Geschl	1,636	3	0,545	1,513	0,210

Explained	35,160	7	5,023	13,931	0,000
Residual	156,119	433	0,361		
Total	191,279	440	0,435		

450 cases were processed.  
 9 cases were missing.  
 (2,0 pct)

Beim Vergleich der Geschlechter der einzelnen Herkunftsländer untereinander waren alle Mittelwerte signifikant unterschiedlich zwischen Mädchen und Jungen.

Wiederum waren die Beschwerden bei allen Mädchengruppen erhöht im Vergleich zu den männlichen Gruppen.

Sie wurden mittels T-Test verglichen.

Tabelle 22: Mittelwerte der Skala 5 zum Geschlechtseffekt:

<b>Erkältung</b>	<b>männlich</b>	<b>weiblich</b>	<b>gesamt</b>
Deutsche	2,06	2,56	2,31
Aussiedler in Deutschland	2,25	2,53	2,40
Polen in Polen	1,90	2,46	2,19
Polen in Deutschland	2,22	2,83	2,53
Gesamt	2,10	2,59	2,35

Der Mittelwertevergleich zwischen den Herkunftsländern ergab hochsignifikant mehr Beschwerden der polnischen Jugendlichen in Deutschland gegenüber der Gruppe der deutschen Jugendlichen und gegenüber der Gruppe der polnischen Jugendlichen in Polen.

Auch die Gruppe der Aussiedlerkinder zeigte hochsignifikant mehr Beschwerden im Vergleich mit der Gruppe der polnischen Jugendlichen in Polen.

Dieses ergab ein T-Test.

Tabelle 23: Mittelwerte der Skala 5 zum Herkunftseffekt

<b>Erkältung</b>	<b>Mittelwerte</b>
Polen in Deutschland	2,53
Deutsche	2,31
Polen in Deutschland	2,53
Polen in Polen	2,19

Aussiedler in Deutschland	2,40
Polen in Polen	2,19

Der Vergleich zwischen den Jungen der verschiedenen Herkunftsländer ergab höchst signifikante Unterschiede zwischen den polnischen Jungen in Polen und den polnischen Jungen in Deutschland als auch den Aussiedlerjungen in Deutschland. Beide Migranngruppen wiesen dabei höhere Werte als die einheimischen Polen auf.

Die Vergleich erfolgte mittels T-Test.

Tabelle 24: Mittelwerte der Skala 5 der Jungengruppen

<b>Erkältung</b>	<b>Mittelwerte</b>
Polnische Jungen in Polen	1,90
Polnische Jungen in Deutschland	2,22
Polnische Jungen in Polen	1,90
Aussiedlerjungen in Deutschland	2,25

Beim Vergleich der Mittelwerte der Mädchen gegeneinander fanden sich signifikante Unterschiede zwischen den polnischen Mädchen und allen anderen Mädchengruppen. Sie zeigten die höchsten Erkältungstendenzen.

Wie bei den Jungen wurde ein T-Test durchgeführt.

Tabelle 25: Mittelwerte der Skala 5 der Mädchengruppen

<b>Erkältung</b>	<b>Mittelwerte</b>
Polnische Mädchen in Deutschland	2,83
Polnische Mädchen in Polen	2,46
Polnische Mädchen in Deutschland	2,83
Aussiedlermädchen in Deutschland	2,53
Polnische Mädchen in Deutschland	2,83
Deutsche Mädchen	2,56

## Skala 6 : Beschwerdedruck

Die Varianzanalyse der Skala 6 des Giessener Beschwerdefragebogens als Zusammenfassung der vorhergehenden fünf Skalen, mit dem Beschwerdedruck als abhängiger Variable und dem Herkunftsland sowie dem Geschlecht als unabhängigen Variablen ergab einen hochsignifikanten Herkunftseffekt, einen hochsignifikanten Geschlechtseffekt und eine signifikante Wechselwirkung.

Tabelle 26: Varianzanalyse zur Skala 6 des GBKJ

Source of Variation	Sum of Squares	DF	Mean Square	F	Sig of F
Main Effects	19,287	4	4,822	24,165	0,000
Land	2,350	3	0,783	3,925	0,009
Geschl	17,081	1	17,081	85,606	0,000
2-Way Interactions	2,105	3	0,702	3,517	0,015
Land  Geschl	2,105	3	0,702	3,517	0,015
Explained	21,356	7	3,051	15,290	0,000
Residual	81,607	409	0,200		
Total	102,963	416	0,248		

450 cases were processed  
33 cases were missing.  
(7,3 pct)

Beim Vergleich der Mittelwerte von Jungen und Mädchen eines Landes miteinander ergaben sich bei den Aussiedlern in Deutschland signifikante Unterschiede mit stärkerem Beschwerdedruck bei den Mädchen. Bei allen anderen Gruppen waren die Unterschiede hochsignifikant mit ebenfalls deutlich höherem Beschwerdedruck bei den Mädchen..

Die Vergleiche erfolgten mittels T-Test.

Tabelle 27: Mittelwerte der Skala 6 zum Geschlechtseffekt:

<b>Beschwerdedruck</b>	<b>männlich</b>	<b>weiblich</b>	<b>gesamt</b>
Deutsche	1,78	2,11	1,95

Aussiedler in Deutschland	1,85	2,06	1,96
Polen in Polen	1,62	2,14	1,89
Polen in Deutschland	1,81	2,37	2,09
Gesamt	1,76	2,17	1,97

Der Vergleich zwischen den einzelnen Herkunftsgruppen zeigte signifikante Unterschiede zwischen den Deutschen und den Polen in Deutschland, sowie hochsignifikante Unterschiede zwischen den Polen in Deutschland und den Polen in Polen. In beiden Vergleichen lagen die Werte der polnischen Jugendlichen in Deutschland höher.

Dies zeigte der durchgeführte T-Test.

Tabelle 28: Mittelwerte der Skala 6 zum Herkunftseffekt:

<b>Beschwerdedruck</b>	<b>Mittelwerte</b>
Polen in Deutschland	2,09
Deutsche	1,95
Polen in Deutschland	2,09
Polen in Polen	1,89

Der Vergleich der männlichen Versuchsgruppen miteinander ergab signifikante Unterschiede zwischen den polnischen Jungen in Polen und den polnischen Jungen in Deutschland, aber auch mit den deutschen Jungen. Sowohl polnische Jungen in Deutschland als auch deutsche Jungen gaben mehr Beschwerden an.

Außerdem zeigte sich ein höchstsignifikanter Unterschied zu den Aussiedlerjungen in Deutschland mit höheren Werten bei den Aussiedlern.

Die Berechnung erfolgte durch T-Test.

Tabelle 29: Mittelwerte der Skala 6 der Jungengruppen

<b>Beschwerdedruck</b>	<b>Mittelwerte</b>
Polnische Jungen in Polen	1,62
Polnische Jungen in Deutschland	1,81
Polnische Jungen in Polen	1,62
Deutsche Jungen	1,78
Polnische Jungen in Polen	1,62
Aussiedlerjungen in Deutschland	1,85

Für den folgenden Vergleich wurde ebenfalls ein T-Test angewandt.

Beim Mittelwertvergleich der Mädchengruppen der verschiedenen Herkunftsländer waren die Unterschiede zwischen den polnischen Mädchen in Deutschland und den Aussiedlermädchen in Deutschland hochsignifikant, ebenso der Vergleich mit den deutschen Mädchen.

Der Unterschied zwischen den polnischen Mädchen in Deutschland und den polnischen Mädchen in Polen erwies sich auch als hochsignifikant.

Die Werte für die polnischen Mädchen in Deutschland waren überall erhöht.

Tabelle 30: Mittelwerte der Skala 6 der Mädchengruppen

<b>Beschwerdedruck</b>	<b>Mittelwerte</b>
Polnische Mädchen in Deutschland	2,37
Aussiedlermädchen in Deutschland	2,06
Polnische Mädchen in Deutschland	2,37
Deutsche Mädchen	2,11
Polnische Mädchen in Deutschland	2,37
Polnische Mädchen in Polen	2,14

## 6. 2. Ergebnisse des Fragebogens zur Angstsymptomatik (STAI)

Bei der Varianzanalyse des STAI- Fragebogens wurden die Ängstlichkeit als abhängige Variable und das Herkunftsland bzw. das Geschlecht als unabhängige Variablen eingesetzt.

Sowohl für die Herkunft als auch für das Geschlecht ergaben sich hochsignifikante Effekte, während die Wechselwirkung nicht signifikant war.

Tabelle 31: Varianzanalyse zum STAI

Source of Variation	Sum of Squares	DF	Mean Square	F	Sig of F
Main Effects	8,528	4	2,132	12,361	0,000
Land	6,099	3	2,033	11,786	0,000
Geschl	2,361	1	2,361	13,685	0,000
2-Way Interactions	0,343	3	0,114	0,664	0,575
Land  Geschl	0,343	3	0,114	0,664	0,575
Explained	8,811	7	1,259	7,297	0,000
Residual	69,514	403	0,172		
Total	78,324	410	0,191		

450 cases were processed.

39 cases were missing.

(8,7 pct)

Bei Vergleich der Mittelwerte zum Geschlechtseffekt ergaben sich hochsignifikante Unterschiede zwischen den polnischen Mädchen und Jungen in Deutschland.

Dies zeigte ein T-Test.

Dabei zeigte sich, daß polnische Mädchen mehr Angstsymptome aufweisen als polnische Jungen.

Tabelle 32: Mittelwerte des STAI zum Geschlechtseffekt

STAI	männlich	weiblich	gesamt
Deutsche	1,75	1,85	1,80
Aussiedler in Deutschland	2,06	2,20	2,14
Polen in Polen	1,85	1,96	1,91
Polen in Deutschland	1,86	2,11	1,99
Gesamt	1,87	2,02	1,95

Bei der Berechnung der Mittelwerte zum Herkunftseffekt zeigte sich ein hochsignifikanter Unterschied zwischen den Deutschen und den Polen in Deutschland, den Aussiedlern und den Deutschen und der Gruppe der Polen in Polen und den Aussiedlern in Deutschland. Hochsignifikante Werte ergaben sich schließlich noch zwischen den Aussiedlern in Deutschland und den Polen in Deutschland. Dabei waren die Werte für beide Migrantengruppen höher als die Werte der deutschen Einheimischen. Aussiedler zeigten zudem noch mehr Angsttendenzen als Polen in Deutschland und in Polen.

Die Werte ergaben sich durch einen T-Test.

Tabelle 33: Mittelwerte des STAI zum Herkunftseffekt

<b>STAI</b>	<b>Mittelwerte</b>
Deutsche	1,80
Polen in Deutschland	1,99
Deutsche	1,80
Aussiedler in Deutschland	2,14
Polen in Polen	1,91
Aussiedler in Deutschland	2,14
Polen in Deutschland	1,99
Aussiedler in Deutschland	2,14

Beim Vergleich der Jungengruppen gegeneinander fanden sich hochsignifikante Unterschiede zwischen deutschen Jungen und Aussiedlerjungen in Deutschland im T-Test.

Die Aussiedlerjungen zeigten dabei höhere Werte als die deutschen Jungen.

Die Unterschiede zwischen Aussiedlerjungen in Deutschland und polnischen Jungen in Deutschland sowie polnischen Jungen in Polen waren ebenfalls hochsignifikant. Dabei zeigten wiederum die Aussiedler mehr Angsttendenz als die anderen Gruppen.

Tabelle 34: Mittelwerte zum STAI der Jungengruppen

<b>STAI</b>	<b>Mittelwerte</b>
Deutsche Jungen	1,75
Aussiedlerjungen in Deutschland	2,06
Polnische Jungen in Deutschland	1,86
Aussiedlerjungen in Deutschland	2,06

Polnische Jungen in Polen	1,85
Aussiedlerjungen in Deutschland	2,06

Die Mittelwerte der Mädchengruppen im Vergleich ergaben hochsignifikante erhöhte Werte im Vergleich zwischen Aussiedlermädchen in Deutschland und deutschen Mädchen sowie polnischen Mädchen in Polen.

Auch der Vergleich zwischen den deutschen Mädchen und den polnischen Mädchen in Deutschland zeigte hochsignifikante Unterschiede mit höheren Werten bei den polnischen Mädchen. Der Vergleich erfolgte mittels T-Test.

Tabelle 35: Mittelwerte des STAI der Mädchengruppen

<b>STAI</b>	<b>Mittelwerte</b>
Deutsche Mädchen	1,85
Polnische Mädchen in Deutschland	2,11
Deutsche Mädchen	1,85
Aussiedlermädchen in Deutschland	2,20
Polnische Mädchen in Polen	1,96
Aussiedlermädchen in Deutschland	2,20

### **6. 3. Ergebnisse des Depressionsinventars für Kinder und Jugendliche (DIKJ)**

Eine Varianzanalyse des DIKJ mit dem Ausmaß depressiver Störungen als abhängiger und dem Herkunftsland sowie dem Geschlecht als unabhängiger Variable zeigte keine signifikanten Werte für Wechselwirkung oder den Geschlechtseffekt.

Der Herkunftseffekt erwies sich jedoch als hochsignifikant.

Tabelle 36: Varianzanalyse zum DIKJ

Source of Variation	Sum of Squares	DF	Mean Square	F	Sig of F
---------------------	----------------	----	-------------	---	----------

Main Effects		1,564	4	0,391	5,488	0,000
Land		1,429	3	0,476	6,688	0,000
Geschl		0,122	1	0,122	1,718	0,191
2-Way Interactions		0,503	3	0,168	2,356	0,071
Land    Geschl		0,503	3	0,168	2,356	0,071
Explained		2,030	7	0,290	4,070	0,000
Residual		30,061	422	0,071		
Total		32,091	429	0,075		

450 cases were processed.

20 cases were missing.

(4,4 pct)

Der Vergleich der Mittelwerte zwischen den Geschlechtern eines Landes ergab hochsignifikante Unterschiede zwischen den deutschen Mädchen und Jungen.

Dies ergab ein durchgeführter T-Test.

Dabei zeigten deutsche Mädchen mehr Depressionstendenzen als deutsche Jungen.

Tabelle 37: Mittelwerte des DIKJ zum Geschlechtseffekt

<b>DIKJ</b>	<b>männlich</b>	<b>weiblich</b>	<b>gesamt</b>
Deutsche	0,32	0,44	0,38
Aussiedler in Deutschland	0,52	0,52	0,52
Polen in Polen	0,54	0,49	0,51
Polen in Deutschland	0,46	0,54	0,50
Gesamt	0,46	0,49	0,48

Die Mittelwerte der einzelnen Herkunftsländer im Vergleich ergaben hochsignifikante Unterschiede bei den Deutschen und den Aussiedlern in Deutschland mit stärkeren Depressionstendenzen bei den Aussiedlern.

Deutsche Kinder wiesen weniger Depressionen als Polen in Deutschland und Polen in Polen auf.

Wiederum erfolgte der Vergleich der Gruppen mittels T-Test.

Tabelle 38: Mittelwerte des DIKJ zum Herkunftseffekt

<b>DIKJ</b>	<b>Mittelwerte</b>
Deutsche	0,38
Aussiedler in Deutschland	0,52
Deutsche	0,38

Polen in Polen	0,51
Deutsche	0,38
Polen in Deutschland	0,50

Die Jungengruppen der einzelnen Herkunftsländer zeigten hochsignifikante Unterschiede in ihren Mittelwerten beim Vergleich der deutschen Jungen mit den Aussiedlerjungen, den polnischen Jungen in Polen und den polnischen Jungen in Deutschland.

Alle Jungengruppen hatten dabei mehr depressive Tendenzen in ihren Antworten als die deutschen Jungen.

Dies ergab der T-Test.

Tabelle 39: Mittelwerte des DIKJ der Jungengruppen

<b>DIKJ</b>	<b>Mittelwerte</b>
Deutsche Jungen	0,32
Aussiedlerjungen in Deutschland	0,52
Deutsche Jungen	0,32
Polnische Jungen in Polen	0,54
Deutsche Jungen	0,32
Polnische Jungen in Deutschland	0,46

Die Mädchengruppen der einzelnen Herkunftsländer zeigten keine signifikanten Unterschiede in ihren Mittelwerten.

#### 6.4. Ergebnisse des Offer - Selbstbild - Fragebogens

Die Ergebnisse des Offer-Selbstbild-Fragebogens umfassen lediglich die Testgruppen der deutschen Jugendlichen, der Aussiedlerkinder und der polnischen Jugendlichen in Deutschland.

Aus organisatorischen Gründen konnte bei diesem Test leider nicht die Stichprobe der polnischen Jugendlichen in Polen erfasst werden.

Der Offer-Selbstbild-Fragebogen zeigt in einer Varianzanalyse des Gesamttests sowohl einen hochsignifikanten Herkunftseffekt als auch Geschlechtseffekt.

Eine signifikante Wechselwirkung ist allerdings nicht nachweisbar.

Tabelle 40: Varianzanalyse des Offer-Gesamttests

Source of Variation	Sum of Squares	DF	Mean Square	F	Sig of F
Main Effects	6,356	3	2,119	15,564	0,000
LAND	5,293	2	2,646	19,442	0,000
GESCHL	1,099	1	1,099	8,077	0,005
2-Way Interactions	0,139	2	0,069	0,510	0,601
LAND GESCHL	0,139	2	0,069	0,510	0,601
Explained	0,6517	5	1,303	9,575	0,000
Residual	41,653	306	0,136		
Total	48,17	311	0,155		

450 cases were processed.

138 cases (30,7 pct) were missing.

Bei Betrachtung der einzelnen Herkunftsgruppen ergeben sich beim Vergleich aller drei Gruppen gegeneinander hochsignifikante Unterschiede.

Beim Vergleich der Geschlechter eines Herkunftslandes gegeneinander zeigten alle drei weiblichen Gruppen höhere Mittelwerte als die männlichen Gruppen.

Die Ermittlung erfolgte mittels T-Test.

Tabelle 41: Mittelwerte des Offer-Gesamttests zum Geschlechtseffekt

<b>Offer-Gesamt</b>	<b>männlich</b>	<b>weiblich</b>	<b>gesamt</b>
Deutsche	2,37	2,53	2,45
Aussiedler in Deutschland	2,57	2,63	2,60
Polen in Deutschland	2,70	2,83	2,76

Bei der Betrachtung der zehn Subskalen des Offer- Selbstbild- Fragebogens zeigen die Varianzanalysen zum Herkunftseffekt hohe Signifikanzen bei den Skalen „Impulskontrolle“, „Emotionalität“, „Körper- und Selbstbild“, „Sexuelle Einstellung“, „Bewältigung der Außenwelt“, „Psychopathologie“ und „Allgemeine Anpassung“.

Tabelle 42: Varianzanalyse zur Skala 1 „Impulskontrolle“

Source of Variation	Sum of Squares	DF	Mean Square	F	Sig of F
Main Effects	52,597	3	17,532	47,832	0,000
LAND	46,441	2	23,221	63,351	0,000
GESCHL	6,121	1	6,121	16,700	0,000
2-Way Interactions	2,035	2	1,017	2,775	0,64
LAND GESCHL	2,035	2	0,017	2,775	0,64
Explained	54,656	5	10,931	29,823	0,000
Residual	112,162	306	0,367		
Total	166,818	311	0,536		

450 cases were processed.

138 cases (30,7 pct) were missing.

Der Herkunftseffekt war für die Skala 1 hochsignifikant unter dem 1%- Niveau.

Auch der Geschlechtseffekt war hochsignifikant.

Wechselwirkungen zwischen Geschlecht und Herkunftsland ergaben sich jedoch nicht.

Der Vergleich zwischen Deutschen und Polen in Deutschland zeigte hochsignifikant höhere Werte für die Polen in Deutschland. Ebenso waren beim Vergleich der Aussiedler aus Polen und der Polen in Deutschland die Werte bei den Polen höher.

In allen Gruppen lagen die Werte für die weiblichen Testpersonen höher als für die männlichen Probanden. Die Berechnung erfolgte mittels T-Test.

Tabelle 43: Mittelwerte zur Skala 1 des Offer- Selbstbild- Fragebogens

<b>Skala 1</b>	<b>männlich</b>	<b>weiblich</b>	<b>gesamt</b>
Deutsche	2,54	3,02	2,78
Aussiedler in Deutschland	2,71	2,99	2,85
Polen in Deutschland	3,59	3,68	3,63

Tabelle 44: Varianzanalyse zur Skala 2 „Emotionalität“

Source of Variation	Sum of Squares	DF	Mean Square	F	Sig of F
---------------------	----------------	----	-------------	---	----------

Main Effects	124,119	3	41,373	97,169	0,000
LAND	123,823	2	61,912	145,406	0,000
GESCHL	0,279	1	0,279	0,655	0,419
2-Way Interactions	3,248	2	1,624	3,814	0,23
LAND GESCHL	3,248	2	1,624	3,814	0,23
Explained	126,857	5	25,371	59,587	0,000
Residual	131,142	306	0,426		
Total	257,999	311	0,824		

450 cases were processed.

136 cases (30,2 pct) were missing.

Die Varianzanalyse zur Skala 2 zeigt hochsignifikante Herkunftseffekte, jedoch keinen signifikanten Geschlechtseffekt.

Der Wechselwirkungseffekt ist wiederum signifikant.

Alle drei Herkunftsgruppen weisen hochsignifikante Unterschiede im Vergleich miteinander auf mit den höchsten Werten bei den Polen in Deutschland und den niedrigsten Werten bei den Deutschen.

Bei der deutschen Versuchsgruppe und den Aussiedlern aus Polen lagen die weiblichen Mittelwerte höher als die männlichen Mittelwerte.

Bei den Polen in Deutschland verhielt es sich umgekehrt.

Die Ermittlung erfolgte mittels T-Test.

Tabelle 45: Mittelwerte zur Skala 2 des Offer- Selbstbild- Fragebogens

<b>Skala 2</b>	<b>männlich</b>	<b>weiblich</b>	<b>gesamt</b>
Deutsche	2,16	2,45	2,30
Aussiedler in Deutschland	2,51	2,59	2,55
Polen in Deutschland	3,84	3,64	3,74

Tabelle 46: Varianzanalyse zur Skala 3 „Körper- und Selbstbild“

Source of Variation	Sum of Squares	DF	Mean Square	F	Sig of F
Main Effects	139,142	3	46,381	102,667	0,000
LAND	3,813	1	3,813	8,441	0,004
GESCHL	135,328	2	67,664	149,779	0,000

Explained	139,142	3	46,381	102,667	0,000
Residual	139,594	309	0,452		
Total	278,736	312	0,893		

450 cases were processed.

137 cases (30,4 pct) were missing.

Sowohl der Herkunftseffekt als auch der Geschlechtseffekt für die Skala 3 erwiesen sich als hochsignifikant unter dem 1%- Niveau. Eine Wechselwirkung zwischen den beiden Variablen konnte jedoch nicht nachgewiesen werden.

Beim Vergleich der einzelnen Gruppen gegeneinander zeigten sich überall hochsignifikante Unterschiede. Die höchsten Werte lagen bei den Polen in Deutschland, die niedrigsten bei den Deutschen.

Die Mittelwerte der weiblichen Personen lag in allen drei Herkunftsgruppen höher als bei den männlichen Versuchspersonen.

Die Berechnung erfolgte mittels T-Test.

Tabelle 47: Mittelwerte der Skala 3 des Offer- Selbstbild- Fragebogens

<b>Skala 3</b>	<b>männlich</b>	<b>weiblich</b>	<b>gesamt</b>
Deutsche	2,20	2,51	2,36
Aussiedler in Deutschland	2,55	2,65	2,60

Tabelle 48: Varianzanalyse zur Skala 6 „Sexuelle Einstellung“

Source of Variation	Sum of Squares	DF	Mean Square	F	Sig of F
Main Effects	19,079	3	6,360	12,204	0,000
LAND	10,782	2	5,391	10,345	0,000
GESCHL	8,141	1	8,141	15,621	0,000
2-Way Interactions	0,853	2	0,427	0,819	0,442
LAND GESCHL	0,853	2	0,427	0,819	0,442
Explained	19,643	5	3,929	7,538	0,000
Residual	156,341	300	0,521		
Total	175,984	305	0,577		

450 cases were processed.

144 cases (32,0 pct) were missing.

Es ergaben sich für die Skala 6 hochsignifikante Werte für den Herkunftseffekt und auch für den Geschlechtseffekt.

Die Wechselwirkung zeigte hier jedoch keine Signifikanzen.

Die Unterschiede zwischen der Stichprobe der polnischen Jugendlichen in Deutschland und den deutschen Jugendlichen erwiesen sich als hochsignifikant. Hier wiesen jedoch die Deutschen die höheren Werte auf.

Ebenso lagen die Werte der Polen in Deutschland im Vergleich mit den Aussiedlern niedriger. Die Mittelwerte der weiblichen Testpersonen lagen wiederum in allen drei Gruppen höher als bei den männlichen Gruppen

Die Berechnung erfolgte auch hier mittels T-Test.

Tabelle 49: Mittelwerte zur Skala 6 des Offer- Selbstbild- Fragebogens

<b>Skala 6</b>	<b>männlich</b>	<b>weiblich</b>	<b>gesamt</b>
Deutsche	2,78	2,96	2,87
Aussiedler in Deutschland	2,57	2,98	2,78
Polen in Deutschland	2,24	2,63	2,43

Tabelle 50: Varianzanalyse zur Skala 8 „Bewältigung der Außenwelt“

Source of Variation	Sum of Squares	DF	Mean Square	F	Sig of F
Main Effects	4,534	3	1,511	2,667	0,048
LAND	4,521	2	2,260	3,988	0,019
GESCHL	0,009	1	0,009	0,015	0,902
2-Way Interactions	1,816	2	0,908	1,602	0,203
LAND GESCHL	1,816	2	0,908	1,602	0,203
Explained	6,195	5	1,239	2,186	0,056
Residual	176,257	311	0,567		
Total	182,452	316	0,577		

450 cases were processed.

133 cases (29,6 pct) were missing.

Die Subskala 8 zeigt in der Varianzanalyse einen signifikanten Herkunftseffekt, jedoch blieben sowohl der Geschlechtereffekt als auch der Wechselwirkungseffekt unauffällig.

Die Gruppe der Aussiedler aus Polen zeigte in den Vergleichen mit deutschen Jugendlichen und polnischen Jugendlichen in Deutschland signifikant niedrigere Werte.

Die Mittelwerte der deutschen Jugendlichen waren etwa gleich hoch, die Mittelwerte der Aussiedlermädchen lagen niedriger als die der Aussiedlerjungen, während die Werte der polnischen Mädchen höher lagen als die der polnische Jungen.

Tabelle 51: Mittelwerte zur Skala 8 des Offer- Selbstbild- Fragebogens

<b>Skala 8</b>	<b>männlich</b>	<b>weiblich</b>	<b>gesamt</b>
Deutsche	2,24	2,24	2,24
Aussiedler in Deutschland	2,53	2,36	2,44
Polen in Deutschland	2,05	2,25	2,15

Tabelle 52: Varianzanalyse zur Skala 9 „Psychopathologie“

Source of Variation	Sum of Squares	DF	Mean Square	F	Sig of F
Main Effects	17,254	3	5,751	13,283	0,000
LAND	12,590	2	6,295	14,539	0,000
GESCHL	4,570	1	4,570	10,555	0,001
2-Way Interactions	0,372	2	0,186	0,429	0,651
LAND GESCHL	0,372	2	0,186	0,429	0,651
Explained	17,574	5	3,515	8,118	0,000
Residual	133,358	308	0,433		
Total	150,933	316	0,482		

450 cases were processed.

136 cases (30,2 pct) were missing.

Die Varianzanalyse zeigt sowohl einen hochsignifikanten Herkunftseffekt als auch Geschlechtereffekt.

Die Wechselwirkung erwies sich jedoch als nicht signifikant.

Die Vergleiche der einzelnen Gruppen gegeneinander zeigten hochsignifikante Unterschiede zwischen der Gruppe der Aussiedler aus Polen und der Gruppe der Deutschen.

Dabei waren die Werte der Deutschen im Vergleich zu den Aussiedlern niedriger angesiedelt.

Auch der Unterschied zwischen Aussiedlern und Polen in Deutschland war hochsignifikant mit niedrigeren Werten bei der polnischen Gruppe in Deutschland.

Der Mittelwertevergleich zeigte in allen drei Gruppen höhere Werte bei den Mädchen. Die Berechnung erfolgte mittels T-Test.

Tabelle 53: Mittelwerte zur Skala 9 des Offer- Selbstbild- Fragebogens

<b>Skala 9</b>	<b>männlich</b>	<b>weiblich</b>	<b>gesamt</b>
Deutsche	2,14	2,29	2,22
Aussiedler in Deutschland	2,53	2,83	2,68
Polen in Deutschland	2,16	2,43	2,30

Tabelle 54: Varianzanalyse zur Skala 10 „Allgemeine Anpassung“

Source of Variation	Sum of Squares	DF	Mean Square	F	Sig of F
Main Effects	4,019	3	1,340	3,899	0,009
LAND	2,508	2	1,254	3,649	0,027
GESCHL	1,579	1	1,579	4,594	0,033
2-Way Interactions	0,641	2	0,321	0,933	0,395
LAND GESCHL	0,641	2	0,321	0,933	0,395
Explained	4,682	5	0,936	2,725	0,020
Residual	104,464	304	0,344		
Total	109,146	309	0,353		

450 cases were processed.

140 cases (31,1 pct) were missing.

Die Varianzanalyse der Skala 10 zeigt signifikante Herkunfts- und Geschlechtseffekt auf dem 5%-Niveau.

Ein Wechselwirkungseffekt konnte jedoch nicht hier nachgewiesen werden.

Der Vergleich zwischen Aussiedlern mit der deutschen Stichprobe sowie den Polen in Deutschland zeigte signifikante Unterschiede mit den höchsten Werten bei den Aussiedlern.

Die Mittelwerte lagen bei der Gruppe der Aussiedler in Deutschland und den Deutschen bei den männlichen Probanden höher als bei den weiblichen Probanden.

Bei der Stichprobe der Polen in Deutschland waren die Mittelwerte ausgeglichen.

Tabelle 55: Mittelwerte zur Skala 10 des Offer- Selbstbild- Fragebogens

<b>Skala 10</b>	<b>männlich</b>	<b>weiblich</b>	<b>gesamt</b>
Deutsche	2,71	2,52	2,62
Aussiedler in Deutschland	2,92	2,70	2,81
Polen in Deutschland	2,62	2,61	2,62

## 6.5. Ergebnisse des Migrationsfragebogens für Kinder und Jugendliche (MFKJ)

Die Berechnung erfolgte für die Migrantengruppe der polnischen Kinder und Jugendliche in Deutschland.

Zur Darstellung der Ergebnisse des Migrationsfragebogens für Kinder und Jugendliche wurde eine Faktorenanalyse für 45 migrationsspezifische Items aus dem Fragebogen durchgeführt.

Durch dieses Verfahren wurde die Vielzahl der untereinander abhängigen Variablen auf eine geringere Anzahl von Faktoren reduziert.

Nach dem Kaiser- Gutmann- Kriterium ergaben sich hierbei 13 Faktoren für die 45 migrationsspezifischen Items mit einem Eigenwert von über 1.

Tabelle 56: Faktorenanalyse zum MFKJ

Analysis number 1 Replacement of missing values with the mean

Extraction 1 for analysis 1, Principal Components Analysis (PC)

Initial Statistics:

Variable	Communality	*	Factor	Eigenvalue	Pct of Var	Cum Pct
MIGFR 1	1,00000	*	1	9,79	21,7	21,7
MIGFR 4	1,00000	*	2	5,09	11,3	33,1
MIGFR 9	1,00000	*	3	2,76	6,1	39,2
MIGFR 13	1,00000	*	4	2,45	5,4	44,6
MIGFR 21	1,00000	*	5	2,13	4,7	49,4
MIGFR 23	1,00000	*	6	2,00	4,5	53,8
MIGFR 24	1,00000	*	7	1,84	4,1	57,9
MIGFR 25	1,00000	*	8	1,69	3,7	61,7
MIGFR 26	1,00000	*	9	1,48	3,3	65,0
MIGFR 33	1,00000	*	10	1,38	3,1	68,0
MIGFR 36	1,00000	*	11	1,36	3,0	71,0
MIGFR 44	1,00000	*	13	1,08	2,4	76,0
MIGFR 45	1,00000	*	14	1,00	2,2	78,2
MIGFR 46	1,00000	*	15	0,96	2,1	80,4
MIGFR 39	1,00000		12	1,16	2,6	73,6

Nach Frau Loof ergaben sich 4 Faktoren, für welche im weiteren Verlauf eine Varimax-Rotation durchgeführt wurde, um eine präzisere Interpretation zu erreichen.

Bei der Varimax- Rotation wurden die Werte nach Größe der Ladung geordnet und den aktoren zugeordnet.

Dabei mußte die Ladung über dem Punkt 3 liegen um berücksichtigt zu werden (Punkt- 3- Kriterium).

Tabelle 57: Varimax- Rotation des MFKJ

Varimax rotation 1 for extraction 1 in analysis 1 - Kaiser Normalization

Varimax converged in 14 iterations.

Rotated Factor matrix:

Item	Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3	Faktor 4
MIGFR 13	0,789			
MIGFR 44	-0,783			
MIGFR 58	-0,683			
MIGFR 45	-0,677			
MIGFR 39	-0,653			
MIGFR 90	0,619			
MIGFR 26	0,001			
MIGFR 62	0,583			
MIGFR 64	-0,529			
MIGFR 25	-0,509			
MIGFR 9	0,498			
MIGFR 61	0,479			
MIGFR 100	0,433			
MIGFR 92	-0,425			
MIGFR 118	0,272			
MIGFR 98		0,708		
MIGFR 76		0,692		
MIGFR 69		0,677		
MIGFR 1		0,646		
MIGFR 96		0,605		
MIGFR 23		0,585		
MIGFR 4		0,581		
MIGFR 67		0,523		
MIGFR 124		0,503		
MIGFR 116		-0,473		
MIGFR 127		0,465		
MIGFR 115		0,455		
MIGFR 110		-0,433		
MIGFR 151		-0,431		
MIGFR 153		-0,408		
MIGFR 21		0,389		
MIGFR 91			0,710	
MIGFR 79			0,680	
MIGFR 46			0,629	
MIGFR 95			0,557	
MIGFR 33			0,541	
MIGFR 52			0,487	
MIGFR 80			0,481	
MIGFR 36				0,740
MIGFR 119				0,631
MIGFR 24				0,624
MIGFR 49				-0,493
MIGFR 56				0,487
MIGFR 74				0,481
MIGFR 48				0,405

Die anschließende Faktorenanalyse zu den migrationspezifischen Items aus dem MFKJ ergaben vier gut zu interpretierende Faktoren, die im folgenden aufgeführt werden:

Tabelle 58: Items zu Faktor 1

Faktor 1:

Item- Nr.	Inhalt	Varimax-Wert
13	"Ich fühle mich fremd in Polen."	0,798
44	"In Polen fühle ich mich wohl."	-0,783
58	"Ich fühle mich in Deutschland und in Polen gleich wohl."	-0,683
45	"Ich bin stolz Polin / Pole zu sein."	-0,677
39	"Ich fühle mich als Polin / Pole."	-0,653
90	"Wenn ich in Polen bin, habe ich Sehnsucht nach Deutschland."	0,619
26	"Ich hätte Angst davor, nach Polen zurückzukehren."	0,601
62	"Ich fühle mich als Deutsche / Deutscher."	0,583
64	"Ich habe Heimweh nach Polen."	-0,529
25	"Ich würde gerne in Polen leben."	-0,509
9	"Manchmal wäre es mir lieber, in Deutschland geboren zu sein."	0,498
61	"Meine Eltern erziehen mich nach deutschen Maßstäben."	0,479
100	"In Polen werde ich als Fremde / Fremder behandelt."	0,433
92	"Polen ist mein Heimatland."	-0,425
118	"Ich möchte nicht wie eine typische Polin / ein typischer Pole aussehen."	0,272

Faktor 1:

Bei der Betrachtung der einzelnen Items zeigt sich eine Tendenz zu Fragen bezüglich der Identifikation des Jugendlichen mit seinem Geburtsland.

Somit läßt sich Faktor 1 unter der Überschrift „Identifikation mit Polen“ zusammenfassen.

Tabelle 59: Items zu Faktor 2

Faktor 2:

Item- Nr.	Inhalt	Varimax-Wert
98	"In Deutschland werde ich als Fremde/ Fremder behandelt."	0,708
76	"In Deutschland werde ich als Polin / Pole immer wie ein Ausländer behandelt werden.	0,692
69	"Die Deutschen behandeln uns Polen ungerecht."	0,677
1	"Ich fühle anders als meine deutschen Freunde."	0,646
96	"Ich werde sowohl in Polen als auch in Deutschland als Fremde /Fremder behandelt."	0,605
23	"Die Deutschen wären froh, wenn wir Polen wieder fortgingen."	0,585
4	"Das Leben in Deutschland macht mich traurig."	0,581
67	"Als Polin / Pole habe ich Schwierigkeiten einen Ausbildungsplatz zu bekommen."	0,523
124	"In Polen wäre ich ein fröhlicherer Mensch als ich es hier bin."	0,503
116	"Ich fühle mich in Deutschland wohl."	-0,473
127	"Ich fühle mich fremd in Deutschland."	0,465
115	"Ich wünsche mir, meine Eltern wären nie aus Polen fortgezogen."	0,455
110	"Deutschland ist mein Heimatland."	-0,433
151	"Im Schriftlichen beherrsche ich die deutsche Sprache."	-0,431
153	"Im Mündlichen beherrsche ich die deutsche Sprache."	-0,408
21	"Ich fühle mich in Polen und in Deutschland fremd."	0,389

Faktor 2 :

Faktor 2 dagegen umfaßt Items mit Bezug zur Identifikation des Kindes mit dem Immigrationsland. Folglich könnte dieser Faktor „Identifikation mit Deutschland“ benannt werden.

Tabelle 60: Items zu Faktor 3

Faktor 3:

Item- Nr.	Inhalt	Varimax-Wert
-----------	--------	--------------

91	"Meine Eltern sind vom Leben in Deutschland enttäuscht."	0,710
79	"Meine Eltern würden gerne wieder in Polen leben."	0,680
46	"Meine Eltern möchten wieder nach Polen zurückkehren."	0,629
95	"In meiner Familie wird über die Rückkehr nach Polen gesprochen."	0,557
33	"Ich finde es nicht richtig von meinen Eltern, daß sie nach Deutschland gegangen sind."	0,541
52	"Meine Mutter wäre lieber in Polen geblieben."	0,487
80	"Meine Eltern erziehen mich nach polnischen Maßstäben."	0,481

### Faktor 3 :

Bei Faktor 3 werden vornehmlich Fragen zu der Zufriedenheit der Eltern gestellt.

Dieser Faktor erhält somit die zusammenfassende Überschrift „Identifikation der Eltern mit Deutschland“.

### Tabelle 61: Items zu Faktor 4

Faktor 4:

Item- Nr.	Inhalt	Varimax-Wert
36	"Deutschland ist ebenso mein Heimatland wie Polen."	0,740
119	"Ich fühle mich sowohl als Pole als auch als Deutscher."	0,631
24	"Meine Eltern erziehen mich nach polnischen und deutschen Maßstäben."	0,624
49	"Als Erwachsener möchte ich in Polen leben."	-0,493
56	"Ich möchte für immer in Deutschland bleiben."	0,487
74	"Ich lebe gerne in Deutschland."	0,481
48	"Die Menschen hier sind Polen gegenüber freundlich."	0,405

### Faktor 4 :

Faktor 4 zeigt schließlich Items, welche sich auf die Lebenssituation der Kinder zwischen zwei Kulturen beziehen.

Dieser Faktor wird „Jugendliche zwischen zwei Kulturen“ genannt.

Schließlich wurden die ermittelten Faktoren noch in einer Reliabilitätsanalyse auf ihre Reliabilität hin untersucht. Als Reliabilitätsmaß wurde Cronbach's Alpha eingesetzt.

Um eine Konsistenz der Werte nachzuweisen mußten diese zwischen 0 und 1 liegen.

Tabelle 62: Reliabilitätsanalyse des Faktors 1

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
MIGFR 13	41,241	147,380	0,618	0,867
MIGFR 44	40,892	143,830	0,786	0,859
MIGFR 45	40,723	147,764	0,626	0,866
MIGFR 58	41,181	151,101	0,547	0,870
MIGFR 39	40,494	146,107	0,636	0,866
MIGFR 90	40,530	150,959	0,577	0,869
MIGFR 25	39,831	152,191	0,592	0,869
MIGFR 26	40,843	149,622	0,535	0,871
MIGFR 62	40,506	149,716	0,604	0,868
MIGFR 64	39,952	152,046	0,554	0,870
MIGFR 9	41,253	154,362	0,415	0,877
MIGFR 61	41,060	157,496	0,438	0,875
MIGFR 92	40,892	154,561	0,436	0,875
MIGFR 100	41,723	158,374	0,383	0,877
MIGFR 118	40,831	160,971	0,264	0,883

Reliability Coefficients

N of Items = 15

N of Cases = 83,0

Alpha = 0,8784

Tabelle 63: Reliabilitätsanalyse des Faktors 2

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
--	-------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------------	--------------------------

MIGFR 1	28,829	95,872	0,565	0,854
MIGFR 4	29,415	102,098	0,556	0,857
MIGFR 98	29,146	94,966	0,701	0,848
MIGFR 96	29,244	99,742	0,533	0,856
MIGFR 76	28,598	92,071	0,630	0,850
MIGFR 69	28,707	99,518	0,471	0,859
MIGFR 67	29,049	102,393	0,359	0,863
MIGFR 23	28,342	98,647	0,458	0,859
MIGFR 21	29,549	106,720	0,330	0,864
MIGFR 124	29,122	98,084	0,519	0,856
MIGFR 116	29,049	97,825	0,548	0,855
MIGFR 115	29,159	98,061	0,571	0,854
MIGFR 110	28,049	98,269	0,398	0,864
MIGFR 127	28,951	95,504	0,536	0,856
MIGFR 151	29,049	101,010	0,428	0,860
MIGFR 153	29,463	105,314	0,425	0,861

Reliability Coefficients

N of Cases = 82,0

N of Items = 16

Alpha = 0.8650

### Tabelle 64: Reliabilitätsanalyse des Faktors 3

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
MIGFR 91	11,814	19,403	0,540	0,698
MIGFR 95	12,247	21,563	0,411	0,727
MIGFR 79	11,928	19,755	0,563	0,695
MIGFR 46	12,134	22,117	0,384	0,732
MIGFR 33	11,990	20,010	0,399	0,733
MIGFR 52	11,979	20,062	0,484	0,711
MIGFR 80	11,041	18,686	0,478	0,715

Reliability Coefficients

N of Cases = 97,0

N of Items = 7

Alpha = 0.7465

### Tabelle 65: Reliabilitätsanalyse des Faktors 4

Item-total statistics

Scale Mean if	Scale Variance	Corrected Item-	Alpha if
---------------	----------------	-----------------	----------

	Item Deleted	if Item Deleted	Total Correlation	Item Deleted
MIGFR 36	21,592	18,244	0,533	0,535
MIGFR 119	21,827	21,361	0,320	0,614
MIGFR 74	21,000	23,217	0,364	0,605
MIGFR 56	21,704	19,345	0,442	0,571
MIGFR 48	21,959	24,019	0,166	0,655
MIGFR 49	20,918	22,426	0,342	0,606
MIGFR 24	21,980	21,979	0,302	0,618

Reliability Coefficients

N of Cases = 98,0

N of Items = 7

Alpha = 0.6397

Da alle vier Alpha-Werte zwischen 0 und 1 liegen, können die Faktoren als konsistent anerkannt werden.

## 6.6. Korrelation der standardisierten Tests

Im Folgenden wurden die Ergebnisse der polnischen Jugendlichen in Deutschland aus den vier standardisierten Testverfahren miteinander korreliert.

Um die vier standisierten Tests miteinander zu korrelieren wurde der Korrelationskoeffizient nach Spearman eingesetzt.

Es wurden der Fragebogen zur Selbstbeschreibung (STAI), der Depressionsinventar für Kinder und Jugendliche (DIKJ), der Offer- Selbstbild- Gesamtfragebogen und der Giessener Beschwerdefragebogen für Kinder und Jugendliche (GBKJ) miteinander korreliert.

Tabelle 66 : Korrelation der Hauptwerte der vier standadisierten Tests

--- SPEARMAN CORRELATION COEFFICIENTS ---

STAI	0,5968		
	N ( 89)		
	Sig ,000		
DIKJ	0,4225	0,6711	
	N ( 90)	N ( 91)	
	Sig ,000	Sig ,000	
OFGES	0,1438	0,393	0,4851
	N ( 92)	N ( 93)	N ( 96)
	Sig ,171	Sig ,000	Sig ,000
	GBKJ	STAI	DIKJ

Es zeigen sich hochsignifikante Korrelationen mit Ausnahme der Korrelation zwischen dem Offer-Gesamt- Fragebogens und dem Giessener Beschwerdefragebogens.

Bei näherer Betrachtung der Korrelation der einzelnen Offer- Subskalen mit dem Giessener Beschwerdefragebogen zeigen die Skala 1 „Impulskontrolle“, Skala 2 „Emotionalität“, Skala 7 „Familienbeziehungen“, Skala 8 „Bewältigung der Außenwelt“ und die Skala 9 „Psychopathologie“ allerdings doch signifikante bis höchstsignifikante Korrelationen mit der Skala „Beschwerdedruck“ des Gießener Beschwerdefragebogens.

Tabelle 67: Korrelation der Offer- Subskalen mit dem Giessener- Beschwerde-  
fragebogen

--- SPEARMAN CORRELATION COEFFICIENTS ---

OFSKAL 1	-0,2432
----------	---------

	N ( 92)
	Sig ,019
OFSKAL 2	-0,3214
	N ( 94)
	Sig ,002
OFSKAL 7	-0,2255
	N ( 90)
	Sig ,033
OFSKAL 8	0,2201
	N ( 95)
	Sig ,032
OFSKAL 9	0,2943
	N ( 94)
	Sig ,793

## 6.7. Korrelation der Faktoren des Migrationsfragebogens für Kinder und Jugendliche

Um die Intensität der Zusammenhänge zwischen den vier ermittelten Faktoren des Migrationsfragebogens nun zu überprüfen, wurden auch diese miteinander korreliert.

Tabelle 68: Faktorenkorrelation des MFKJ

--- SPEARMAN CORRELATION COEFFICIENTS ---

MIG 1	-0,2931		
	N ( 70)		
	Sig ,014		
MIG 3	-0,4332	0,5322	
	N ( 78)	N ( 77)	
	Sig ,000	Sig ,000	
MIG 4	0,0114	-0,3782	-0,1735
	N ( 79)	N ( 79)	N ( 89)
	Sig ,921	Sig ,001	Sig ,104
	MIG 1	MIG 2	MIG 3

Hochsignifikante Korrelationen ergaben sich somit sowohl zwischen den Faktoren 3 „Identifikation der Eltern mit Deutschland“ und dem Faktor 1 „Identifikation mit Polen“ als auch Faktor 2 „Identifikation mit Deutschland“.

Auch zwischen dem Faktor 4 „Jugendliche zwischen zwei Kulturen“ und dem Faktor 2 „Identifikation mit Deutschland“ war die Korrelation hochsignifikant.

Die Korrelation zwischen Faktor 1 „Identifikation mit Polen“ und dem Faktor 2 „Identifikation mit Deutschland“ erwies sich als signifikant.

### 6.8. Korrelation der Migrationsfragebogens mit den standardisierten Tests

Schließlich erfolgte noch die Korrelation des Migrationsfragebogens für Kinder und Jugendliche mit den vier standardisierten Tests.

Auch hier wurden die Testergebnisse der polnischen Jugendlichen in Deutschland eingesetzt.

Tabelle 69: Korrelation der MIKJ- Einzelskalen mit den standardisierten Tests

--- SPEARMAN CORRELATION COEFFICIENTS ---

MIG 2	-0,2931							
	N ( 70)							
	Sig ,014							
MIG 3	-0,4332	0,5322						
	N ( 78)	N ( 77)						
	Sig ,000	Sig ,000						
MIG 4	0,114	-0,3782	-0,1735					
	N ( 79)	N ( 79)	N ( 89)					
	Sig ,921	Sig ,001	Sig ,104					
OFGES	-0,0877	0,3863	0,2419	-0,0834				
	N ( 78)	N ( 79)	N ( 94)	N ( 92)				
	Sig ,445	Sig ,000	Sig ,019	Sig ,430				
STAI	0,0486	0,3179	0,285	-0,0879	0,393			
	N ( 76)	N ( 76)	N ( 89)	N ( 88)	N ( 93)			
	Sig ,677	Sig ,005	Sig ,007	Sig ,415	Sig ,000			
DIKJ	-0,1007	0,4037	0,296	-0,1605	0,4851	0,6711		
	N ( 79)	N ( 80)	N ( 92)	N ( 91)	N ( 96)	N ( 91)		
	Sig ,377	Sig ,000	Sig ,004	Sig ,129	Sig ,000	Sig ,000		
GBKJ	0,1119	0,1038	0,247	-0,1544	0,1438	0,5968	0,4225	
	N ( 76)	N ( 73)	N ( 87)	N ( 87)	N ( 92)	N ( 91)	N ( 90)	
	Sig ,336	Sig ,382	Sig ,021	Sig ,153	Sig ,171	Sig ,000	Sig ,000	

MIG 1            MIG 2            MIG 3            MIG 4            OFGES            STAI            DIKJ

Es zeigten sich hochsignifikante Korrelationen zwischen dem Faktor 2 des MFKJ „Identifikation mit Deutschland“ und dem DIKJ, dem STAI und dem Offer-Gesamt-Test.

Faktor 3 „Identifikation der Eltern mit Deutschland“ wies zusätzlich noch eine signifikante Korrelation mit dem Giessener Beschwerdebogen auf.

Faktor 1 „Identifikation mit Polen“ und Faktor 4 „Jugendliche zwischen zwei Kulturen“ zeigten keine signifikanten Korrelationen mit den standardisierten Tests.

## 7. Zusammenfassung der Ergebnisse

Es wurde eine Untersuchung an 107 in Deutschland lebenden polnischen Jugendlichen im Alter zwischen 12 und 20 Jahren durchgeführt.

Die Vergleichsgruppen waren zusammengesetzt aus

1. 132 polnischen Jugendlichen aus Polen
2. 111 deutschen Jugendlichen
3. 100 aus Polen kommenden deutschen Aussiedlerkindern

Die Untersuchung wurde mittels vier standardisierter Tests

- Giessener Beschwerdefragebogen
- State-Trait-Angstinventar
- Depressionsinventar
- Offer-Selbstbild-Fragebogen

und einem, von der Arbeitsgruppe für Migrationsforschung unter der Leitung von Dr. med. Siefen entwickelten migrationsspezifischen Test

- Migrationsfragebogen für Kinder und Jugendliche

durchgeführt.

Zusammengefaßt ergaben sich die folgenden Aussagen:

### 1. Giessener Beschwerdefragebogen

Bei der Auswertung der Angaben zu Körperbeschwerden ergaben sich für den Gesamtttest sowohl ein hochsignifikanter Herkunfts- als auch Geschlechtseffekt.

Die Polen in Deutschland gaben hier mit einem Mittelwerte von 2,09 den stärksten Beschwerdedruck im Vergleich mit den anderen drei Gruppen an.

Dabei gaben die polnischen Mädchen in Deutschland mit einem Mittelwert von 2,09 mehr Beschwerden an als die polnischen Jungen in Deutschland.

Aber auch in den anderen Testgruppen lagen der Beschwerdedruck der Mädchen höher als bei den männlichen Teilnehmern.

Der Beschwerdedruck bei den Aussiedlern aus Polen und den Deutschen war nahezu gleich, während die Polen in Polen die wenigsten Beschwerden angaben.

Der Wechselwirkungseffekt zwischen Herkunft und Geschlecht erwies sich für den Gesamtfragebogen als signifikant.

Die meistgenannten Beschwerden waren den Subskalen Erkältung und Erschöpfung zuzuordnen, während die Kreislaufbeschwerden an letzter Stelle lagen.

Hervorzuheben ist auch, daß die polnischen Jugendlichen in Deutschland in allen fünf Subskalen die meisten Beschwerden angaben, wobei die Mittelwerte der weiblichen Testpersonen immer höher lagen als die der Männlichen.

Signifikante Herkunftseffekte ergaben sich dabei für die Magen-, Glieder- und die Erkältungssymptomatik.

Der Geschlechtseffekt war für alle Subskalen signifikant bis höchstsignifikant.

Der Wechselwirkungseffekt war signifikant für die Magen- und Gliedersymptomatik, höchstsignifikant für die Erschöpfungssymptomatik.

## **2. State- Trait- Angstinventar**

Bei der Auswertung des STAI zur Erfassung der Ängstlichkeit gab es höchstsignifikante Unterschiede zwischen den polnischen Mädchen in Deutschland und den polnischen Jungen in Deutschland.

Der Mittelwert der Mädchengruppe lag mit 2,11 deutlich höher als die der Jungen mit 1,86.

Auch der Herkunftseffekt erwies sich als höchstsignifikant, wobei die Aussiedlerkinder aus Polen deutlich höhere Mittelwerte aufwiesen als alle anderen Gruppen.

Die Polen in Deutschland wiesen höhere Werte als die Deutschen auf, etwa gleiche Werte wie ihre Landsleute in Polen.

Die Ängstlichkeitswerte waren bei der deutschen Gruppe am Niedrigsten angesiedelt.

## **3. Depressionsinventar**

Es ergab sich ein höchstsignifikanter Herkunftseffekt, während Geschlechtseffekt und Wechselwirkung nicht signifikant waren.

Der DIKJ zeigte den niedrigsten Depressionswert bei der Gruppe der deutschen Kinder. Dabei lagen die Werte für die deutschen Mädchen signifikant höher als bei den Jungen.

Die Werte der Polen in Deutschland, der Polen in Polen und der Aussiedler aus Polen in Deutschland waren ungefähr gleich.

#### 4. Offer - Selbstbild - Fragebogen

Für den Offer-Gesamttest ergaben sich höchstsignifikante Geschlechts- und Herkunftseffekte, wobei die Polen in Deutschland deutlich höhere Werte aufwiesen als die beiden Vergleichsgruppen der deutschen Kinder und der Aussiedlerkinder.

Der Vergleich zwischen Aussiedlern und Deutschen zeigte ebenfalls höchstsignifikant höhere Werte für die Gruppe der Aussiedler.

In allen drei Gruppen lagen die Mittelwerte der weiblichen Gruppen über denen der männlichen Probanden.

Von den zehn Subskalen ergaben sich signifikante Unterschiede zwischen den einzelnen Herkunftsgruppen für die Skalen 1, 2, 3, 6, 8, 9 und 10.

Die polnischen Jugendlichen in Deutschland wiesen dabei signifikant höhere Werte als die Vergleichsgruppen auf in den Subskalen „Impulskontrolle“, „Emotionalität“, „Körper- und Selbstbild“ und „Allgemeine Anpassung“.

Die Werte der Aussiedler lagen in diesen Skalen über den Werten der deutschen Stichprobe.

In der Skala „Allgemeine Anpassung“ entsprachen die Werte der Polen in Deutschland genau den Werten der Aussiedlerkinder .

In der Skala „Sexuelle Einstellung“ waren die Werte der Polen in Deutschland jedoch signifikant niedriger als die fast identischen Vergleichsgruppen.

Die Skala „Bewältigung der Außenwelt“ zeigte die höchsten Werte bei den Aussiedlern, während Deutsche und Polen in Deutschland nahezu gleiche Werte aufwiesen.

Die Skala „Psychopathologie“ zeigte signifikante Unterschiede zwischen allen drei Gruppen, wobei die Aussiedler die höchsten Werte zeigten, vor den Polen in Deutschland und den Deutschen.

Bezüglich der Geschlechterverteilung zeigten die weiblichen Gruppen in fast allen Skalen höhere Mittelwerte als die männlichen Gruppen.

Eine Ausnahme bildet die Skala „Allgemeine Anpassung“ bei der es sich umgekehrt erhielt, sowie die Skala „Bewältigung der Außenwelt“ bei der sich die deutschen Werte beider Geschlechter in etwa entsprachen, die Aussiedlerjungen höhere Werte als die Mädchen und die polnischen Mädchen höhere Werte als die polnischen Jungen aufwiesen.

## 5. Migrationsfragebogen für Kinder und Jugendliche

Der Fragebogen wurde lediglich für die Gruppe der Polen in Deutschland ausgewertet.

Dazu wurden 45 migrationsspezifische Items des Tests herangezogen.

Eine Faktorenanalyse des Fragebogens ergab vier Faktoren, welche wie folgt benannt wurden:

Faktor 1	"Identifikation mit Polen"
Faktor 2	"Identifikation mit Deutschland"
Faktor 3	"Identifikation der Eltern mit Deutschland"
Faktor 4	"Jugendliche zwischen zwei Kulturen"

## 6. Korrelation der Tests

Es zeigten sich hohe Korrelationen zwischen den vier standardisierten Tests, sowie zwischen den einzelnen Faktoren des MFKJ.

Die Korrelation der standardisierten Tests mit dem MFKJ zeigten signifikante Ergebnisse bei den Faktoren „Identifikation mit Deutschland“ und „Identifikation der Eltern mit Deutschland“.

Insgesamt gesehen kann man festhalten, daß polnische Jugendliche, die in Deutschland leben, klar mehr Körperbeschwerden zeigten als gleichaltrige Deutsche oder polnische Kinder, welche in Polen leben.

Sie gaben auch mehr Körperbeschwerden an als die zweite Migrantenvergleichsgruppe der Aussiedler aus Polen in Deutschland.

Auch der Test zur Selbstbeschreibung wies hochsignifikante Werte für die polnischen Jugendlichen in Deutschland und den Aussiedlern in Deutschland auf, wobei die Mädchen deutlich höhere Werte als die Jungen aufwiesen.

Bei der Messung von Ängstlichkeit sowie von Depressionen konnten zwar signifikant höhere Werte für die in Deutschland lebenden Polen im Vergleich zur deutschen Bevölkerung ermittelt werden, jedoch nicht im Vergleich mit der polnischen Bevölkerung im Ursprungsland.

Die Ängstlichkeit war bei den Aussiedlerkindern stärker ausgeprägt als bei allen anderen Gruppen, während die depressiven Tendenzen in etwa mit denen der Polen in Deutschland und der Polen in Polen übereinstimmten.

Das Selbstbild und Selbstwertgefühl war bei den polnischen Kindern in Deutschland und bei den Aussiedlerkindern schlechter als bei den Deutschen, wobei die polnischen Kinder ein noch geringeres Selbstbewußtsein zeigten als die Aussiedler.

Leider fehlt hier der Vergleich mit der polnischen Stichprobe in Polen.

## **8. Diskussion**

Das Thema der hier vorliegenden Arbeit stellt ein relativ häufig untersuchtes Thema mit zahlreichen Hypothesen und Untersuchungsergebnissen der Autoren der Migrationsliteratur dar.

Wie der Literaturüberblick bereits gezeigt hat, haben schon verschiedene Autoren die Frage, welche psychopathologischen Auswirkungen der Migrationsprozeß im einzelnen auf die psychische Entwicklung und das körperliche Befinden der Migranten haben kann, bearbeitet.

Die Frage, ob Migranten vermehrt an psychosomatischen Beschwerden und psychischen Störungen leiden, wird jedoch nicht einheitlich beantwortet und die Ergebnisse der Studien sowie die Meinungen gehen auseinander.

### **8.1. Migration als Ursache für körperliche Beschwerden**

Die von mir aufgestellte Hypothese, polnische Kinder in Deutschland würden mehr Körperbeschwerden angeben als einheimische Kinder bzw. Kinder aus dem Ursprungsland, wurde in dieser Studie bestätigt.

Dieses Ergebnis stützt die Theorie, daß Entwurzelung und die Notwendigkeit der Anpassung in einer neuen Heimat als Faktor bei der Genese von Erkrankungen beachtet werden muß.

Verschiedene Autoren stellen eine höhere Ausprägung psychosomatischer Symptome bei Kindern ausländischer Arbeiter in der Bundesrepublik fest, die auf soziokulturelle Entwurzelung und psychosoziale Desorientierung der Folgegenerationen der Migranten zurückgeführt wird.

Die Sozialisation von Kindern und Jugendlichen unter den Bedingungen des Kulturwechsels erfolgt offensichtlich unter solch schwerwiegenden Beeinträchtigungen der Familien, daß als Resultat auch Krankheitssymptome auftreten ( Leyer 1991).

Collatz (1985) schildert unter anderem erhöhte Inzidenzraten und Krankheitsrisiken für Depressionen und psychosomatische Leiden, frühzeitigen körperlichen Verschleiß bei den Älteren sowie krisenhafte Persönlichkeitsentwicklungen bei deren Kindern, welches auf die psychosoziale Belastung im Migrationsverlauf dieser Familien hinweist.

Erhöhte Morbiditätsraten für Erkrankungen der Atmungsorgane, Erkältungs- und Grippekrankheiten sowie Durchfall- und Infektionskrankheiten bei Ausländerkindern beschreibt Görtz (1989) in einer in einem Berliner Krankenhaus durchgeführten Studie.

Dabei wurde die erhöhte Morbiditätsrate der Ausländerkinder verschiedener Nationalitäten als Folge mangelnden Impfschutzes einerseits und eines infolge der Migration geschwächtes Abwehrsystem andererseits gesehen.

Rosmond (1996) beschrieb eine erhöhte Inzidenz von Schlafstörungen, Verdauungsstörungen und Kopfschmerzen bei ausländischen Arbeitnehmern in Schweden.

Auch Larbig (1981) fand in einer Studie über japanische und griechische Arbeitnehmer in Deutschland eine Zunahme von Kreislauf- und Atemwegsbeschwerden sowie gastrointestinaler Beschwerden nach stattgefundener Migration im Vergleich zu der Zeit vor dem Verlassen des Herkunftslandes.

Günay und Haag (1990) führten eine Untersuchung an 80 türkischen Frauen der ersten Auswanderungsgeneration mittels Giessener Beschwerdeboogens durch und stellten eine hochsignifikant höhere Anfälligkeit türkischer Emigrantinnen gegenüber psychosomatischer Störungen im Vergleich zur einheimischen weiblichen Bevölkerung fest.

Hier rangierten Gelenk- und Gliederschmerzen, unklare abdominale Beschwerden sowie Kopfschmerzen an erster Stelle. Auch Herzbeschwerden, Schwächegefühle, Müdigkeit und Erschöpfbarkeit waren häufig.

Uniken-Venema et al. (1995) beurteilten den Gesundheitszustand ausländischer Arbeitnehmer in den Niederlanden schlechter als bei den Einheimischen und hielten einen Zusammenhang mit soziokulturellen und -ökonomischen Faktoren für wahrscheinlich.

Aus den Akten einer Betriebskrankenkasse analysierten Cranach (1974) und Straube (1976) die Krankmeldungen und die Diagnosen der behandelnden Allgemeinärzten bei deutschen und ausländischen Patienten eines großen bayrischen Unternehmens und fanden dabei signifikante Häufungen von Störungen des Verdauungstraktes sowie von Gelenk- und Gliederschmerzen heraus.

Böker (1977) befragte in einer Studie verschiedene Ausländergruppen zu ihren Krankheitssymptomen und fand als häufigstes Leiden Grippe und Erkältung neben Übelkeit, Magen- und Darmbeschwerden. Zudem wurden noch vermehrt Kopfschmerzen und Kreislaufbeschwerden angegeben.

Diefenbacher und Heim (1994) wiesen in einer Berliner Studie an türkischen Patienten, die aufgrund von Depressionen in psychiatrischer Behandlung waren zudem noch ein höheres Maß an somatischen Beschwerden auf als in einer deutschen Vergleichsgruppe.

Alle diese Ergebnisse könnten als Hinweis auf eine migrationsinduzierte Krankheitssymptomatik angesehen werden, bedingt durch Entwurzelung mit der Notwendigkeit der Neuanpassung und der sozialen Eingliederung in einer sprachlich und kulturell fremden Umgebung.

Die in der Literatur zur Migrationsproblematik vielfach beschriebene Häufung von Körperbeschwerden bei Immigranten wird in dieser Studie bestätigt.

Aber es gibt auch andere Ergebnisse in der Migrationsliteratur.

Peponis (1994) verglich in einer Studie, griechische Jugendliche in Deutschland mit griechischen Jugendlichen in Griechenland und deutschen Jugendlichen.

Dazu benutzte sie unter anderem ebenfalls den Giessener Beschwerdefragebogen für Kinder und Jugendliche.

Die Hypothese, daß griechische Kinder, welche in der Bundesrepublik leben, häufiger körperliche Beschwerden zeigen als die beiden Vergleichsgruppen, konnte dort nicht bestätigt werden.

Peponis begründete diese Ergebnisse über eine zunehmende Entwicklung der griechischen Mädchen weg vom traditionellen Bild der Frau hin zur Angleichung der Frau an den Mann, wie sie in Deutschland gegeben sei, welche damit folglich weniger Beschwerden zugeben. Die griechischen Jungen dagegen seien immer noch geprägt vom traditionellem Bild des „starken Mannes“ und würden aus diesem Grunde weniger Beschwerden angeben.

Elkeles und Seifert (1996) führten ein Längsstudie an Migranten in Deutschland durch.

Dabei ließen sich keine Unterschiede zwischen ausländischen und deutschen Arbeitnehmern bezüglich ihrer Krankheitssymptome erheben. Lediglich arbeitslose Ausländer fühlten sich unzufriedener und kränker als deutsche Arbeitslose.

Eine kanadische Studie zu diesem Thema untersuchte libanesische Einwanderer und postulierte, daß Migration keinen negativen Effekt auf die Ausbildung von Krankheitssymptomen oder psychischen Störungen hat (Sayegh, Lasry 1993).

Diese Ergebnisse könnten für die „positive Selektionstheorie“ (Häfner 1980) sprechen, welche besagt, daß Emigranten sich vornherein von der Restpopulation ihres Landes unterscheiden und besonders robust und risikobereit sind, welches als günstige Voraussetzungen für eine Erleichterung der Emigration zu sehen wäre.

Dafür spricht auch die von Alexander (1996) durchgeführte Studie, welche das Geburtsgewicht von Kindern in Japan geborener Frauen mit dem Geburtsgewicht von Kindern amerikanischer Frauen verglich und dabei mehr mindergewichtige Kinder bei den in Amerika geborenen Frauen fand. Alexander führt dies auf die Theorie des „healthy immigrant“ zurück.

Chen und Wilkins (1996) analysierten Daten zum Gesundheitszustand und Lebenserwartung kanadischer Immigranten und stellten dabei fest, daß diese eine deutlich höhere Lebenserwartung und weniger körperliche Störungen hatten als die einheimische Bevölkerung. Dies galt besonders für Einwanderer aus außereuropäischen Ländern. Die Autoren führten diese Tatsache ebenfalls auf den „healthy immigrant effect“ zurück.

Da es in meiner Studie um polnische Emigranten aus Polen geht, bietet es sich natürlich an diese Gruppe mit einer weiteren Migrantenpopulation aus Polen zu vergleichen, den deutschstämmigen Migranten.

Betrachtet man nun die Ergebnisse des Vergleichs zwischen der polnischen Versuchsgruppe in Deutschland und der Versuchsgruppe der Aussiedler aus Polen in dieser Studie, welche ebenfalls den Migrationprozeß durchlaufen hat, dann fällt eine deutlich höhere Beschwerdesymptomatik bei den polnischen Jugendlichen auf.

Es läge die Erklärung nahe, daß deutschstämmige Aussiedler im Gegensatz zu den nichtdeutschstämmigen Ausländern eine Sonderstellung einnehmen und eine Gleichstellung trotz Gemeinsamkeiten nicht ohne weiteres möglich ist.

Schon in ihren Herkunftsländern wurden die einen offiziell als Angehörige der deutschen Minderheit definiert und unterscheiden sich damit zumindest rechtlich von den Gastarbeitern.

Loof (1996) bezeichnet die Migrantengruppe der deutschstämmigen Aussiedler als eine der deutschen Kultur ähnlichere Population, bei welcher folglich weniger Anpassungsprobleme auftreten müßten.

In einer Studie über das Entwurzelungssyndrom der Spätaussiedler, beschreibt Pollmann (1994) in Ihrer Dissertation über das Entwurzelungssyndrom bei Aussiedlern, daß viele Aussiedler trotz langjährigen Lebens in einer anderen Kultur die traditionelle deutsche Kultur schon vorher pflegten.

Außerdem werden ihnen im Gegensatz zu Gastarbeitern eine Menge staatlicher Hilfen, wie Eingliederungsgelder, Sprachkurse und Bevorzugungen auf dem Arbeits- und Wohnungsmarkt gewährt, was ihnen die Integration erleichtern soll.

Während sich die Aufnahmegesellschaft gegenüber den Ausländern nicht selten als „Abschreckungsgesellschaft“ stilisiert (Haller 1988), ist man bei den Aussiedlern von amtlicher Seite her bemüht, ein positives Klima zu schaffen.

Politiker haben verschiedentlich betont, man dürfe Aussiedler und Ausländer nicht in einen Topf werfen.

So muß man folglich die Gruppe der deutschstämmigen Aussiedler aus den ehemaligen Ostgebieten als eine gesonderte Migrantengruppe erfassen, die nicht unter den gleichen Bedingungen wie andere Gruppen migrieren.

Darin könnte die Begründung für die Unterschiede zwischen den beiden aus Polen kommenden Untersuchungsgruppen liegen.

Dafür sprechen ebenfalls die Ergebnisse der deutschen Stichprobe, welche einen ähnlichen Beschwerdedruck zeigt wie die Stichprobe der Aussiedler aus Polen.

## 8.2. Migration und psychische Störungen

Aus den klassischen Einwanderungsländern, wie den Vereinigten Staaten oder Kanada, ist seit langem bekannt, daß Migranten verstärkt unter psychischen Krankheiten leiden. Hierzu gehören vor allem depressive Trauerreaktionen, Schlaf- und Eßstörungen, Angstzustände, diffuse Schmerzen sowie psychosomatische Beschwerden (Hofmann 1986).

Schon Ödegard (1932) beschrieb die Entwicklung psychischer Störungen mit Krankheitswert bei norwegischen Arbeitsimmigranten in den USA.

Auch Zwingmann (1961) beschrieb bei den Migranten Neigungen zu Negativismus, Hypersensibilität und Reizbarkeit, Aggressivität und depressiven Verstimmungen.

Er umschrieb diese Symptome mit dem Begriff der „Heimwehreaktion“ oder der „nostalgischen Reaktion“.

Binder und Simoes (1978) verstehen unter den typischen Gastarbeitersyndromen paranoide Reaktionen, hypochondrisch depressive Syndrome, Sexualneurosen sowie psychosomatische Beschwerden zusammen.

Friessem (1975) stellte bei einer Untersuchung an einem Stuttgarter Krankenhaus für Psychiatrie bei Ausländern vermehrt Neurosen, Persönlichkeitsstörungen sowie abnorme Reaktionen fest, während Benkert (1974) bei einem Patientengut von 130 ausländischen Gastarbeitern in der Psychiatrischen Universitätsklinik Düsseldorf besonders häufig psychotisches Verhalten mit Wahnideen, Angst und Depressionen sowie neurotische Symptome fand.

Cranach (1977) analysierte die Krankengeschichte von 179 ausländischen Arbeitern, welche im Raum München in psychiatrische Kliniken aufgenommen wurden. Hier konnte er hohe Inzidenzen von Schizophrenie, Alkoholismus und Suizidversuchen herausarbeiten.

In einer weiteren Untersuchung von 226 ausländischen Patienten der Ambulanz des Zentrums für Psychosomatische Medizin der Universität Gießen stellte Leyer (1991) die häufigsten Diagnosen tabellarisch zusammen. Dabei standen neurotische Depressionen, psychosomatische Erkrankungen sowie Familien- und Partnerschaftskonflikte im Vordergrund der Beschwerden, mit denen die ausländischen Patienten die Ambulanz aufsuchten.

Ziegeler und Hock (1985) beschrieben nach ihren Untersuchungen zwei dominierende Krankheitsbilder bei psychisch erkrankten Ausländern: die akute paranoide Reaktion und die hypochondrisch- depressive Reaktion.

Diese Krankheitsbilder wurden unter dem Begriff „Gastarbeitersyndrom“ zusammengefasst.

Pernice und Brook (1996) fanden bei Migranten nach Immigration vermehrt Angstzustände und depressive Verstimmungen nach Erfahrungen mit Diskriminierung, Vereinsamung und Arbeitslosigkeit.

Selten und Sijben (1994) konnten zunehmende Raten für Schizophrenie bei den vier größten niederländischen Migrantengruppen aus Surinam, Marokko, den Antillen und der Türkei finden.

Das ein Wechsel der soziokulturellen Zugehörigkeit die Identität und das Selbstbildnis der Betroffenen destabilisieren und nachfolgend mit Angstsymptomen oder neurotischen Störungen einhergehen kann, wird von Kohte-Meyer (1994) postuliert.

Die angeführten Autoren beschreiben zwar eine Häufung pathologischer psychischer Symptome bei Migranten, doch finden sich auch Studien mit gegenteiligen Ergebnissen.

Cochrane (1977) betrieb in Großbritannien Studien zur Immigration und zeigte eine höhere Inzidenzziffer für psychische Störungen der Einwanderer aus Nordirland, Irland, Schottland und Polen im Vergleich mit der englischen Bevölkerung.

Gleichzeitig fand er aber heraus, daß westindische Immigranten eine ähnliche Inzidenz wie Engländer, Pakistani und Italiener sogar eine niedrigere Inzidenz aufwiesen.

Malzberg (1969) fand keine Unterschiede in der Prävalenz psychischer Erkrankungen zwischen Einwanderern und Ansässigen in einer New Yorker Untersuchung, nachdem er beide Gruppen bezüglich Alter, Geschlecht und ländlicher bzw. Städtischer Herkunft homogenisiert hatte.

Coutinho et al. (1996) fanden in ihrer Untersuchung an 276 Migranten ebenfalls keine Häufung psychischer Erkrankungen, welche in Zusammenhang mit dem kulturellem Wandel stehen.

In einer schwedischen Studie zeigten Haavio und Stenius (1974), daß finnische Immigranten häufiger an psychischen Problemen und Angstsymptomen litten als die schwedische Bevölkerung.

Ein Vergleich mit den Finnen im Ursprungsland jedoch zeigte, daß die Angstsymptome nicht allein auf das Ereignis der Migration zurückzuführen war, da die Finnen in Finnland noch stärkere Angstsymptome zeigten.

Dies macht deutlich, daß ein Vergleich mit der Bevölkerung des Ursprungslandes wichtig für die möglichst genaue Erhebung der psychischen Auswirkungen der Migration ist.

Daß es wichtig ist eine Vergleichsgruppe aus dem Ursprungsland in die Untersuchungen miteinzubeziehen, beschrieben auch Pflanz und seine Mitarbeiter (1967).

Unterschiede in der Prävalenz zwischen Einheimischen und Migranten sind demnach keine schlüssigen Beweise für den Einfluß der Migration auf psychische Störungen.

Diese Aussage wird auch in meiner Studie bestätigt.

Die Ergebnisse des STAI-Fragebogens zeigen zwar ein höheres Maß an Angstsymptomatik bei den polnischen Kindern in Deutschland im Vergleich mit der deutschen Probandengruppe, aber auch ein nahezu identisches Maß im Vergleich mit den polnischen Kindern in Polen.

Ebenso verhält es sich bei den Ergebnissen des Depressionsinventars, in dem wiederum mehr depressive Tendenzen bei den polnischen Migranten im Vergleich mit den Deutschen nachzuweisen sind, aber in etwa übereinstimmende Werte mit der Gruppe des Ursprungslandes Polen.

Wäre also nur der Vergleich mit der deutschen Bevölkerung erfolgt, hätte man wahrscheinlich einen Zusammenhang zwischen Ängstlichkeit bzw. Depressionen und der erfolgten Migration vermutet.

Die Äquivalenz der Werte der Polen in Polen verändert jedoch die gesamte Interpretation der Ergebnisse, wonach ein Einfluß der Migration auf psychische Störungen hier nicht mehr gestützt werden kann.

Demzufolge kann der Offer-Selbstbildfragebogen, der ein schwächer ausgeprägtes Selbstwertgefühl bei den polnischen Jugendlichen in Deutschland im Vergleich zur den deutschen Probanden aufweist, eigentlich nicht als aussagekräftiger Test in meine Untersuchung einbezogen werden, da der Vergleich zur der polnischen Vergleichsgruppe in Polen leider fehlt.

Auch Peponis (1994) kam in ihrer Studie an griechischen Migrantenkindern zu dem Ergebnis, daß ein Hinzuziehen der Heimatpopulation in die Betrachtung psychischer Beschwerden unabdingbar sei.

Auch in ihrer Studie konnte ein signifikant höheres Maß an Ängstlichkeit und Depression der Migranten bei der Gegenüberstellung mit der deutschen Vergleichsgruppe herausgearbeitet werden.

Bei der Auswertung des Offer-Selbstbild-Fragebogens konnte kein signifikanter Unterschied zwischen Griechen, griechischen Migranten und Deutschen gefunden werden.

Vergleicht man nun wieder in der vorliegenden Arbeit die Gruppe der Aussiedlerkinder aus Polen mit den polnischen Kindern in Deutschland, den Deutschen und der polnischen Gruppe in Polen, dann findet man eine signifikant erhöhte Angstsymptomatik bei den Aussiedlern.

Dagegen entsprachen die depressiven Tendenzen in etwa denen der polnischen Migranten und der Polen in Polen und waren damit deutlich höher als bei den Deutschen, während das Selbstbild schlechter als bei den Deutschen, jedoch besser als bei den polnischen Kindern in Deutschland ausfiel.

So kann die von Loof (1996) beschriebene stärkere Ängstlichkeit der Aussiedler hier bestätigt werden, die depressiven Tendenzen jedoch nicht.

Die Störungen des Selbstwertgefühls und des Selbstkonzeptes sind wegen des fehlenden Vergleiches zu der in Polen lebenden Stichprobe nur bedingt als aussagekräftig anzusehen.

Es kann hier nicht bestätigt werden, daß Aussiedler als deutschstämmige Migranten stärker oder geringer allgemeine psychische Störungen aufweisen als nicht-deutschstämmige Migranten aus Polen.

### **8.3. Migration und soziale Integration**

In der Migrationsforschung wird auch die Veränderung der Familienstruktur, die Sozialisation und die kulturelle Identität sowie die Integration der ausländischen Kinder und deren Eltern diskutiert.

Probleme in diesen Bereichen werden ebenfalls als Ursache für psychische Störungen der Migranten gedeutet.

Die Grundlage dieser Theorie basiert auf der Annahme, daß das Wohlbefinden in starkem Zusammenhang mit Anpassungsprozessen in der neuen gesellschaftlichen Umgebung stehen

Bei der Analyse des Migrationsfragebogens für Kinder und Jugendliche konnten vier Faktoren, welche als psychosoziale Belastungsfaktoren umschrieben werden könnten, ausgearbeitet.

Diese umfassen die Bereiche „Identifikation mit Deutschland“ und „Identifikation mit Polen“ des Jugendlichen, sowie „Jugendliche zwischen zwei Kulturen“ und „Identifikation der Eltern mit Deutschland“.

Dabei stellten sich unter anderem höchstsignifikante Korrelationen zwischen den Faktoren „Identifikation der Eltern mit Deutschland“ und „Identifikation der Jugendlichen mit Deutschland“ bzw. „Identifikation der Jugendlichen mit Polen“ heraus.

Dies weist darauf hin, daß die Integration der ausländischen Kinder in Deutschland einen starken Bezug zu der Identifikation der Eltern in der neuen Umgebung zu haben scheint.

Zusätzlich konnte ich signifikante Zusammenhänge zwischen den standardisierten Fragebögen zu den Merkmalen Ängstlichkeit, Depression, Selbstbild und dem Faktor „Identifikation mit Deutschland“ sowie Zusammenhänge zwischen Faktor „Identifikation der Eltern mit Deutschland“ und allen Fragebögen, einschließlich des Test für Körperbeschwerden, nachweisen.

Es scheint also auch relevante Verbindungen zwischen der Integration der ausländischen Eltern und ihrer Kinder und dem Auftreten psychischer sowie physischer Auffälligkeiten zu geben.

Für die Kinder ist es von großem Nachteil, wenn sie Eltern vorfinden, die durch ihr Leben in der Fremde selbst so stark verunsichert sind, daß sie den Kindern gar nicht bei der Integration helfen oder als Vorbilder dienen können (von Klitzing, 1983)

Laut Brucks (1981) Schilderungen über die Entwicklungsprobleme von Kindern und Jugendlichen in Migrantenfamilien, ist der Kulturkonflikt in der zweiten Generation besonders ausgeprägt. Eine

Marginalisation der Jugendlichen in der Gesellschaft wird hierdurch begünstigt, welches ausschlaggebend für Verhaltensauffälligkeiten und psychische Störungen ist.

Aus dem Gefühl der Nichtzugehörigkeit zu beiden Kulturen, des „Dazwischen-Seins“ können Identitätszweifel entstehen.

Ausländische Jugendliche müssen Sozialisierungsprozesse in zwei Kulturen durchlaufen, auf der einen Seite zu Hause durch die Eltern mit Wert- und Erziehungsvorstellungen aus der alten Heimat, auf der anderen Seite in der Schule, am Arbeitsplatz und im Umgang mit deutschen Gleichaltrigen.

Der Wunsch nach Lösung von einer Seite führt zu Konflikten im Elternhaus oder zu einer Überanpassung an traditionelle Werte der Herkunftsgesellschaft, welches Konflikte mit der deutschen Gesellschaft bringt.

Müller-Breitkreutz (1982) beschreibt ebenfalls eine besorgniserregend hohe Zahl von Kindern und Jugendlichen, deren Integration mit erheblichen Schwierigkeiten verbunden ist, bedingt durch die religiöse Einstellung, die wirtschaftliche, soziale sowie familiäre Konstellation. Eine normale Entwicklung der Kinder ist dadurch behindert.

Im Gegensatz zu deutschen Kindern gilt für ausländische Kinder, daß sie nicht nur für eine bestimmte Gesellschaft und Kultur, also monokulturell sozialisiert werden sollen, sondern daß sie zugleich für zwei verschiedene, womöglich widersprüchliche und gegensätzliche Gesellschaften und Kulturen, also bikulturell, sozialisiert werden müssen (Cabral, 1987).

Dieser Wechsel ist auch für die Eltern ein gezwungener und ungeplanter Schritt, bei dem der Aufbau von Normen, Wertorientierungen und Verhaltensmustern häufig in Frage gestellt wird und Sozialisierungsprozesse bei den Kindern unterbrochen und gestört werden.

Von diesem Entwicklungsprozeß zwischen dem Spannungsfeld zweier Kulturen geht auch Tercanli (1986) aus. Durch die labile Gesamtsituation sind ausländische Jugendliche einem psychischen Dauerstreß ausgesetzt.

Ausschlaggebend werden mit der Migration soziale Motive, wie in erster Linie der Wunsch nach sozialer und materieller Sicherheit und Wohlstand, verbunden. Die kulturell angepaßten Wertmuster werden zunächst diesem Ziel untergeordnet. Jedoch werden Eltern von den neuen Lebensbedingungen anders geprägt als deren Kinder. Daher kommt es zu Generationskonflikten, in denen elterliche Maßstäbe und Motive oftmals durchgesetzt werden und sich als verbindlich erweisen (Berkenkopf, 1984).

Steinhausen (1982) beschreibt, daß Kinder aufgrund der relativ besseren Integration in das Gastland durch die bessere Beherrschung der Sprache die ohnehin ablaufenden Kulturkonflikte in der Familie noch intensivieren würden.

So stellen kulturelle Differenzierungen zwischen Mann und Frau sowie des Erziehungsstils eine Belastung der Eltern-Kind-Beziehung dar.

Auch in dieser Studie konnte der deutliche Einfluß von Belastungsfaktoren wie „Identifikation mit Deutschland“ und „Identifikation der Eltern mit Deutschland“ auf das Leben von ausländischen Kindern belegt werden.

Ein Zusammenhang mit depressiven Tendenzen, Ängstlichkeit, Störungen des Selbstbildes und des körperlichen Wohlbefindens konnte aufgezeigt werden.

Somit können Zusammenhänge zwischen der familiären Situation, der sozialen Integration sowie dem psychischen und körperlichen Wohlbefinden der Jugendlichen beschrieben werden.

## 9. Ausblick

In dieser Studie sollte versucht werden einen Beitrag zur aktuellen Migrationsforschung zu leisten, in dem der Frage nachgegangen wurde, ob Kinder polnischer Migranten mehr körperliche oder psychische Beschwerden zeigen, als einheimische deutsche Kinder.

Um mögliche kulturbedingte Unterschiede beider Gruppen nicht fälschlicherweise als migrationsbedingte Störungen zu interpretieren, wurden zusätzlich auch noch Vergleiche mit polnischen Kindern im Herkunftsland Polen und einer weiteren Migrantengruppe, den deutschen Spätaussiedlerkindern aus Polen gezogen.

Im theoretischen Einleitungsteil wurde dazu zunächst ein umfassender Überblick zur Migrationsliteratur und ihren vielfältigen Ergebnissen, sowie offizielle statistische Zahlen zur aktuellen Migration aufgezeigt.

Im Anschluß daran erfolgte die Beschreibung der Untersuchungsmaterialien und Untersuchungsmethoden unter Formulierung von Arbeitshypothesen.

An die Darstellung und Zusammenfassung der Untersuchungsergebnisse schließt sich dann noch die Diskussion der Ergebnisse unter Einbeziehung der aktuellen Migrationsliteratur an.

Bei der Auswertung des Gießener Beschwerdefragebogens stellte sich bei den polnischen Kindern in Deutschland der stärkste Beschwerdedruck im Vergleich mit den drei anderen Gruppen heraus. Jedoch sind die Werte der migrierten Aussiedlerkinder hier nicht erhöht. Die Erklärung für diese Tatsache könnte sein, daß die postmigratorischen Auswirkungen nicht bei allen Migrantengruppen durch Körperbeschwerden exprimiert werden.

Dies wird auch bestätigt durch die Ergebnisse des State-Trait-Angstinventars, bei dem die Aussiedlerkinder die höchsten Mittelwerte zeigten.

Es sollten also, wie auch in unserer Studie, verschiedene Streßparameter bestimmt werden, um sowohl körperlichen als auch psychischen Leidensdruck zu erfassen

Zudem erwiesen sich bei der Auswertung des State-Trait-Angstinventars zwar mehr Angstsymptome bei den Polen in Deutschland im Vergleich mit der deutschen

Gruppe, jedoch bestanden bei der einheimischen Gruppe in Polen nahezu gleiche Werte.

Dies zeigt wie sinnvoll auch ein Vergleich der Migranten mit der Heimatpopulation ist, um Fehlinterpretationen bezüglich migrationsbedingten Stresses zu vermeiden.

Auch die Differenzierung zwischen beiden Geschlechtern in der Auswertung der Untersuchungsergebnisse erweist sich als sinnvoll, da sich allen Gesamtestwerten signifikant höhere Werte für die weiblichen Testpersonen herausstellten. Somit konnten Hinweise auf geschlechtsspezifische Erziehungsunterschiede und Auswirkungen auf die Wahrnehmung von körperlichen und psychischen Beschwerden in allen vier Gruppen herausgestellt werden.

Festzuhalten bleibt insgesamt daß, die in dieser Arbeit aufgestellten Hypothesen zu den Punkten „Körperbeschwerden“ sowie „Selbstwertgefühl und Adaptationsfähigkeit“ bestätigt werden konnten. Die Hypothese zu dem Punkt „Ängstlichkeit“ kann trotz signifikant höherer Werte bei den Polen im Vergleich mit den Deutschen nicht im Sinne einer migrationsbedingten Symptomatik bestätigt werden, da aufgrund mangelnder Unterschiede im Vergleich der polnischen Jugendlichen in Deutschland mit Kindern in Polen kulturbedingte Unterschiede möglich sind. Die Hypothese bezüglich „depressiver Tendenzen“ konnte nicht gestützt werden.

## 10. Literaturverzeichnis

Alexander, G.R. et al.

Pregnancy outcomes of US-born and foreign-born Japanese Americans  
1996, Am-J-Public-Health 86 (6), S. 820-824

Ayalan, S., Fischer, P.

Verhaltensprobleme türkischer Gastarbeiterkinder in Wien  
1993, Z-Kinder-Jugendpsychiatr. 21 (4), S. 226-232

Berkenkopf, B.

Kindheit im Kulturkonflikt - Fallstudie über türkische Gastarbeiterkinder  
Extrabuchverlag Frankfurt, 1984

Bernhard, A.

Kinder- und Jugendpsychiatrie  
Kösel Verlag München, 1983

Binder, J.; Simoes, M.

Sozialpsychiatrie der Gastarbeiter  
Fortschritte Neurol. Psychiat. 46, 1978

Böker, W.

Zur psychischen Morbidität ausländischer Arbeitnehmer in der BRD  
Öffentliches Gesundheitswesen 39, 1977

Brucks, U.

Gesundheit, Krankheit und medizinische Versorgung von Migranten  
Kurs der Universität Hagen, 1981

Buchkremer, H.J.; Emmerich, M.

Ausländerkinder - Sonder- und sozialpädagogische Fragestellungen  
E.B.-Verlag Rissen, 1987

Bundesverwaltungsamt Köln

Referat VIII B1

Jahresstatistik 1993

Busch, A.

Migration und psychische Belastung - Studie am Beispiel von Sizilianerinnen in Köln  
Reimer-Verlag, 1983

Cabral, F.

Integration ausländischer Kinder durch die Integration der Eltern - Eine sozioethische Studie über portugiesische Kinder und ihre Eltern  
Echter Verlag Würzburg, 1987

Carballo, M. et al.

Women and migration: A public health issue  
1996, World Health-Stat-Q. 49 (2), S. 158-164

Castelnuovo, F.; Risso, M.

Emigration und Nostalgie. Sozialgeschichte, Theorie und Mythos psychischer Krankheit von Auswanderern  
Cooperative Frankfurt am Main, 1986

Chang, L. et al.

Prevalence of psychiatric symptoms and their relation to adjustment among Chinese-American youth  
1995, J-Am-Acad-Child-Adolescent-Psychiatry 34 (1), S. 91-99

Chen, J., Wilkins, R.

Healthy expectancy by immigrant status 1986 and 1992  
1996, Health Rep. 8 (3), S. 29-38

Cochrane, R.

Mental illness in immigrants to England and Wales. An analysis of mental hospital admissions.  
Soc. Psychiat. 12, 1977

Collatz, J. et al.

Krankheiten, Einweisungshäufigkeiten und Krankheitsverläufe bei ausländischen Kindern im Krankenhaus  
Öffentliches Gesundheitswesen 39, 1977

Collatz, J. et al.

Gesundheit für alle. Die medizinische Versorgung türkischer Familien in der BRD.  
EBV Rissen, 1985

Coutinho, E. et al.

Minor psychiatric morbidity and internal migration in Brazil  
1996, Soc-Psych-Psych-Epidemiol. 31 (3-4), S. 173-179

Cranach, M.v.

Psychiatric disorders among foreign workers in the Federal Republic of Germany

1976, Paper presented at the WPA-Symposium of Transcultural Psychiatry in Europe, Kiel

Diefenbacher, A., Heim, G.

Somatic symptoms in Turkish and German depressed patients

1994, Psychosen-Med. 56 (6), S. 551-556

Du Bois, R.

Körper - Erleben und psychische Entwicklung

Verlag für Psychologie, 1990

Elkeles, T., Seifert, W.

Immigrants and health; unemployment and health risks of labour migrants in the Federal Republic of Germany

1996, Soc-Sci-Med. 43 (7), S. 1035-1037

Engel, U.; Hurrelmann, K.

Psychosoziale Belastung im Jugendalter

1989, De Gruyter Verlag Berlin

Esser, H.

Generation und Identität

1990, Opladen

Factourovich, A. et al.

Psychological adjustment among Soviet immigrant physicians: distress and self-assessments of its sources

1996, Isr-J-Psychiatr-Relat-Sci. 33 (1), S. 32-39

Franke, A.

Psychosomatische Störungen. Theorien und Versorgung.

1981, Kohlhammer Verlag

Freyberger, H.; Otte, H.

Internistische Psychosomatik

In: Groß et al., Lehrbuch der Inneren Medizin

1987, Schattauer Verlag Stuttgart

Friessens, D.H.

Psychiatrische und psychosomatische Erkrankungen ausländischer Arbeitnehmer in der BRD  
1974, Psychiat. Neurolog. med. Psycholog. 26

Fuhrmann, R.W.  
Polen - Abriß der Geschichte  
Edition Zeitgeschehen, 1981

Görtz, V.  
Physische und psychische Erkrankungen bei Arbeitsmigranten in der BRD  
1986, Andreas Müller Verlag

Goodman, R., Richards, H.  
Child and adolescent psychiatric presentations of second generation Afro-Caribbeans in Britain  
1995, Br-J-Psych. 167 (3), S. 362-369

Goppel, T.  
In: Problemfall Völkerwanderung, Migration - Asyl - Integration  
Hrsg. Ockenfels, W.  
1994, Paulinus Verlag, Trier

Grinberg, L.  
Psychoanalyse der Migration und des Exils  
1990, Verlag Internationale Psychoanalyse, Wien und München

Güc, F.  
Ein familientherapeutisches Konzept in der Arbeit mit Immigrantenfamilien  
1991, Familiendynamik 16

Günay, E.; Haag, A.  
Krankheit in der Emigration - Eine Studie an türkischen Patientinnen in der Allgemeinpraxis aus  
psychosomatischer Sicht  
1990, Psychotherapie - Psychosomatik - medizinische Psychologie

Guendelman, S.  
Infants of Mexican immigrants. Health status of an emerging population.  
1995, Med-Care 22 (1), S. 41-52

Haavio-Manilla, E.; Stenius, K.  
Mental health problems of new ethnic minorities in Sweden  
1974, Acta soc. 17

Häfner, H.

Psychiatrische Morbidität von Gastarbeitern in Mannheim  
Epidemiologische Analyse einer Inanspruchnahmepopulation  
1980, Nervenarzt 51

Haller, I.

Warten in der Fremde - Leben im Ungedeuteten - Aushaltung in der Ausgrenzung als Ausländer  
Psychosoziale Probleme von Arbeitsmigranten in der Bundesrepublik Deutschland  
1988, Dortmund

Heckmann, F.

Etnische Minderheiten, Volk und Nation  
Soziologie interethnischer Beziehungen  
1992, Thieme Verlag, Stuttgart

Hellbrügge, T.

Die Kinder ausländischer Arbeitnehmer  
1980, Urban und Schwarzenberg, München

Hoffmann, L.

Krankheitsspektrum bei Ausländern  
1979, Münch. Med. Wschr. 121, 11

Holler-Nowitzki, B.

Psychosomatische Beschwerden im Jugendalter  
1994, Juventa Verlag, Weinheim

Hülster, M.

Kindheit im Kulturkonflikt  
Kindheit, Zeitschrift zur Erforschung der psychischen Entwicklung  
Hrsg. Orban, P., 1981

James, D.C.

Coping with a new society: The unique psychosocial problems of immigrant youth  
1997, J-Sch-Health 67 (3), S. 98-102

Kempf, G.

Die polnische Emigration seit 1980  
Dokumentation Ostmitteleuropa  
1988, Johann-Gottfried-Herder Institut, Marburg an der Lahn

Kinder, H., Hilgemann, W.  
DTV-Atlas zur Weltgeschichte, Bd. 2  
1991, Deutscher Taschenbuch Verlag, München

Kleißmann, C.  
Deutsche und Polen - 100 Schlüsselbegriffe  
Hsg.: Koblinska, E., Lauaty, A., Rüdiger, S.  
1992, Piper Verlag

v. Klitzing, K.  
Risiken und Formen psychischer Störungen bei ausländischen Arbeiterkindern  
1983, Betz Verlag

Koch, H.C., Burmeister, W.  
Vitamin D-Status bei afrikanischen und asiatischen Diplomatenkindern und -jugendlichen in  
Deutschland  
1993, Klin. Päd. 205 (6), S.416-420

Köttgen, C. et al.  
Aus dem Rahmen fallen - Kinder und Jugendliche zwischen Erziehung und Psychiatrie  
1990, Psychiatrie Verlag, Bonn

Kohte-Meyer, I.  
Ich bin fremd, so wie ich bin - Migrationserleben, Ich-Identität und Neurose  
1994, Prax-Kinderpsychol-Kinderpsychiatr. 43 (7), S. 253-259

Kuo, W.  
Theories of migration and mental health: an emperical testing on chinese-americans  
1976, Soc. Sci. Med. 10

Lanfranchi, A.  
„...wenigstens in meinem Dorf ist es Brauch...“  
1993, Prax. Kinderpsycholog., Kinderpsychiatr., 42, S. 188-198

Larbig, W.  
Heimweh als Krankheitsfaktor  
1981, Med. Klin., 76 (2), S. 36-39

Leyer, E.  
Migration, Kulturkonflikt und Krankheit - Zur Praxis der transkulturellen Psychotherapie  
1991, Westdeutscher Verlag, Opladen

Loof, S.

Psychosoziale und psychosomatische Belastungsindikatoren bei Aussiedlerkindern und  
-jugendlichen aus Polen

1996, Med. Diss., Bochum

Lukas-Emmons, W.

Die Politikentwicklung der Migration und des Arbeitsmarktes in Deutschland

1996, Verlag Häusel-Hohenhausen, Egelsbach

Malzberg, B.

Are immigrants psychologically disturbed?

In: Plog, S.C., R.F. Edgerton

Changing Perspectives in Mental Illness

1969, Holt, Rinehart and Winston, N.Y.

Mangold, B.

Psychosomatische Erkrankungen in der Pubertät und Adoleszenz

1987, Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 36, S. 262-266

Mansel, W.

Bildungsaspirationen und Zukunftsplanung von deutschen und polnischen Jugendlichen im Vergleich

In: Melzer et al.

Deutsch-polnischer Jugendreport - Lebenswelten in Kulturvergleich

1992, Juventa Verlag, München

Matuk, L.C.

Health status of newcomers

1996, Can-J-Public-Health 87 (1), S. 52-55

Mechtler, T.

Stressfaktoren als Krankheitsfaktor

1985, VWGÖ

Meister, D.

Zwischenwelten der Migration

1997, Juventa Verlag, Weinheim

Melzer, W. et al.

Deutsch-polnischer Jugendreport - Lebenswelten im Kulturvergleich

1991, Juventa Verlag, Weinheim

Mitscherlich, A.

Krankheit als Konflikt - Studie zur psychosomatischen Medizin, Bd. 1 u. 2  
1975, Suhrkamp Verlag, Frankfurt

Morawski, Z.

Sich als Flüchtling ausgeben?  
1987, Polityka, Nr. 38

Mühlmann, W.E.

In: Gunkel, S. und Priebe, S.  
Soziologische und sozialpsychologische Probleme italienischer Gastarbeiter  
1992, Der Medizinische Sachverständige 63, S.35-39

Müller, H.

Ausländische Arbeiterkinder in der BRD  
In: Kindheit 1, S. 169-184  
1979, Akademische Verlagsgesellschaft

Müller-Breitkreutz, C.

Die Problematik der sozialen, kulturellen und wirtschaftlichen Integration von Kindern ausländischer  
Arbeitnehmer in der Bundesrepublik Deutschland  
1982, Enke Verlag, Stuttgart

Nissen, G.

Psychiatrie des Jugendalters  
1986, Hans Hubert Verlag, Bern

Ödegaard, Ö.

Emigration and insanity: A study of mental disease among the Norwegian born population of  
Minnesota  
Acta Psych. et Neurol., Supp. 4  
1932, Levin & Munksgaards, Copenhagen

Peponis, M.

Psychosomatische Belastungsindikatoren bei Jugendlichen im Kulturvergleich  
1994, Diplomarbeit, Bochum

Pernice, R., Brook, J.

Refugees and immigrants mental health: association of demographic and post-immigration factors  
1996, J-Soc-Psychol. 136 (4), S. 509-511

Pflanz, M.

Soziokulturelle Faktoren und psychische Störungen

1960, Neurol.-Psychiat, 28, S. 472-508

Pillow, J. et al.

Vitamin D deficiency on infants and young children born to migrant parents

1995, J-Paediatr.-Child-Health 31 (3), S. 180-184

Pinter, E.

Emigrantendasein und psychische Störungen

1978, Schweiz. Arch. Neurol.-Neurochir.-Psychiat. 122, 1, S. 75-82

Pollmann, S.

Das Entwurzelungssyndrom bei Spätaussiedlern

1994, Med. Diss., Bochum

v. Rad, A.

Alexithymie - Empirische Untersuchungen zur Diagnostik und Therapie psychosomatisch Kranker

1983, Springer Verlag, Berlin

Riedesser, P.

Die psychische Gefährdung des Gastarbeiterkindes

1982, Caritas Jahrbuch, S.161-171

Rosmond, R. et al.

A coparativ review of psychosocial and occupational environment in native Swedes and immigrants

1996, Scand-J-Soc-Med. 24 (4), S. 237-242

Sam, D.L.

The psychological adjustment of young immigrants in Norway

1994, Scand-J-Psychol. 35 (3), S. 240-253

Sam, D.L., Berry, J.W.

Acculturative stress among young immigrant in Norway

1995, Scand-J-Psychol. 36 (1), S. 10-24

Santel, B.

Migration in und nach Europa - Erfahrungen. Strukturen. Politik.

1995, Leske und Budrich, Opladen

Sayegh, L., Lasry, J.C.

Acculturation, stress et santé mentale chez des émigrants libanais à Montreal

1993, Santé-Ment-Que. 18 (1), S. 23-51

Schlüter-Müller, S.

Psychische Probleme junger Türken in Deutschland  
1992, Verlag Klotz, Eschborn

Schmidt, S.

Kognitive Autonomie und soziale Orientierung  
1994, Frankfurt/Main

Schulpen, T.W.

Migration and child death: The Dutch experience  
1996, Eur-J-Pediatr. 155 (5), S.351-356

Selten, J.P., Sijben, N.

First admission rates for schizophrenia in immigrants to the Netherlands  
1994, Soc-Psych-Psych-Epidemiol. 29 (2), S. 71-77

Selye, H.

Physiologische Experimente zum Psyche - Hormon - Problem  
In: Meng, H.  
Psyche und Hormon  
1960, Huber Verlag, Bern

Siegrist, J.

Gesundheit und Krankheit im Jugendalter  
In: Kongressbericht über körperliche und seelische Gesundheit im Jugendalter, 1985  
Unterstützt vom Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit

Silbereisen, R., Smolenska, Z.

Überlegung zu kulturellen Unterschieden der Jugendentwicklung: Werte und Freizeitverhalten in  
Warschau und Berlin  
In: Melzer, W. et al.  
Osteuropäische Jugend im Wandel  
1991, Juventa Verlag, München

Statistisches Bundesamt

Bevölkerung und Erwerbstätigkeit  
1997, Wiesbaden

Steinhausen, H.C.

Risikokinder - Ergebnisse der Kinderpsychiatrie und -psychologie  
1981, Kohlhammer Verlag, Stuttgart

Steinhausen, H.C.

Psychische Störung bei Gastarbeiterkindern im Rahmen einer kinder- und jugendpsychiatrischen  
Poliklinik

In: Kinder- und Jugendpsychiatrie 10, 1982

Steinhausen, H.C.

Therapie der psychosomatischen Störungen

In: Remschmidt, H.

Psychotherapie mit Kindern, Jugendlichen und Familie

Klinische Psychologie und Psychopathologie, Bd. 2

1984, Enke Verlag, Stuttgart

Straube, H.

Untersuchungen zur psychiatrischen Morbidität von Gastarbeitern

1974, Med. Diss., München

Studzinski, A.

Die lang erwartete Rückkehr

1985, Prawo i Zycie, Nr. 23

Tercanli, S.

Psychosoziale Auswirkungen der Migration auf ausländische Jugendliche

In: Curare - Krankheit und Migration, Vol. 9

1986, Vieweg und Sohn Verlag, Braunschweig

v. Uexküll, T.

Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie, Bd. 1

1985, Springer Verlag

Uniken-Venema, H.P. et al.

Health of migrants and migrant health policy. The Neatherlands as an example

1995, Soc-Sci-Med. 41 (6), S. 809-818

Waldhoer, T. et al.

The impact of sociodemographic variables on immunization coverage of children

1997, Eur.J.Epidemiol., 13 (2), S. 145-149

Wehrhahn, P.

Ausländerkinder aus der Sicht des Kinderarztes

1976, Der Kinderarzt, 7, S. 1109-1114

Weiner, B.

Psychological disturbance in adolescence

1970, J. Wiley Verlag, N.Y.

Wenning, N.

Migration in Deutschland

1996, Waxmann Verlag, Münster

Wilberg, S.

Nationale Identität - Empirisch untersucht bei 14-jährigen in Polen und Deutschland

1995, Waxmann Verlag, Münster

Zauner, J., Biermann, G.

Klinische Psychosomatik bei Kindern und Jugendlichen

1986, Ernst Reinhardt Verlag

Ziegeler, G., Hock, B.S.

Ein Leben zwischen Anpassung und Isolation - Aspekte von psychischen Erkrankungen bei  
Gastarbeitern

In: Psychosozial 16; In deutscher Fremde.

1985, Rororo Verlag

Ziemer, K.

In: Deutsche und Polen - 100 Schlüsselbegriffe

Hrsg. Kobilinska, E. et al.

1990, Piper Verlag

Zimmermann, E.

Abnorme Reaktionen oder kulturelle Mißverständnisse

1982, Klin. Pädiatrie, 194, S. 48-51

Zweymüller, E., Sator, F.

Kinder ausländischer Arbeitnehmer in Österreich

In: Hellbrügge, T.

Die Kinder ausländischer Arbeitnehmer

1980, Urban und Schwarzenberg Verlag, München

Zwingmann, C.

Die Heimwehreaktion alias Pothopatrialgia

1961, Arch. Psychiat. Nervenkr. 201

## 11. Lebenslauf

Am 08.03.1969 wurde ich als erstes Kind der Eheleute Ljubivoj und Mirjana Mitic in Heilbronn geboren.

Nach meiner Grundschulzeit von 1975-1979 und dem Besuch des Hollenberg-Gymnasiums in Waldbröl, legte ich am 20. Mai 1988 die Abiturprüfung ab.

Nach einem freiwilligen sozialen Jahr im Seniorenheim Haus Manshagen, begann ich im Oktober 1989 das Studium der Humanmedizin an der Justus-Liebig-Universität in Gießen, wo ich am 10. September 1992 die Ärztliche Vorprüfung ablegte.

Zum Wintersemester 1993/94 wechselte ich an die Ruhr-Universität Bochum, wo ich am 24. März 1994 das erste Staatsexamen und am 13. September 1995 das zweite Staatsexamen ablegte.

Während des Studiums arbeitete ich in Marienhospital Witten als pflegerische Hilfskraft auf der Intensivstation sowie peripheren chirurgischen und internistischen Stationen.

Im Praktischen Jahr arbeitete ich als Medizinstudentin im Centre Hospitalier in Pointe-à-Pitre, Guadeloupe, dem Hotel Dieu in Paris sowie dem Marienhospital in Herne.

Am 08. November 1996 absolvierte ich das dritte Staatsexamen an der Ruhr- Universität Bochum.

Am 01. Juni 1998 wurde mir die Approbation als Ärztin erteilt.

Vom Dezember 1996 bis zum Mai 1997 arbeitete ich als Ärztin im Praktikum in der Chirurgischen Gemeinschaftspraxis Drs. Elbel/Mitic in Waldbröl, bevor ich in die Chirurgische Klinik der Klinikum Wuppertal GmbH wechselte, wo ich bis heute als Assistenzärztin beschäftigt bin.

