

Bereich 4

Stress und Gesundheit in interkulturellen Settings

Immigration: Implikationen für Stress und Gesundheit

*Donald E. Eggerth und Michael A. Flynn**

Einführung

Nach Schätzungen der Vereinten Nationen (2009) haben ca. 3 % der Weltbevölkerung, also fast 191 Millionen Menschen, ihre Heimat (dauerhaft) verlassen, um sich in einem anderen Land niederzulassen. Zwischen 1990 und 2005 ist die weltweite Zahl um 36 Millionen gestiegen, wobei die Mehrheit (60 %) dieser Einwanderer in wirtschaftlich entwickelte Länder strebt. Die USA beherbergen mit 38,4 Millionen die größte Zahl an Einwanderungswilligen, was einem Anteil von rund 13 % an der Gesamtbevölkerung entspricht. In Europa liegt der Anteil bei 9 %. Innerhalb Europas leben die meisten Immigranten in Russland (12,1 Millionen), gefolgt von Deutschland (10,1 Millionen), der Ukraine (6,8 Millionen), Frankreich (6,5 Millionen) und dem Vereinigten Königreich (5,4 Millionen). Die Vereinten Nationen (2009) schätzen, dass Flüchtlinge rund 7 % der weltweiten Immigranten ausmachen. Die Zahl der Flüchtlinge ist in den vergangenen Jahrzehnten zurückgegangen, da eine Reihe von langjährigen Konfliktherden beendet wurde und die Rückführungsbemühungen der aufnehmenden Gastländer sich ausgeweitet haben. Zusammenfassend erscheint es somit wahrscheinlich, dass die Mehrheit der internationalen Immigranten durch den Wunsch nach einer Verbesserung ihrer wirtschaftlichen Lage motiviert wird.

Das vorliegende Kapitel bietet anhand exemplarisch ausgewählter Forschungsarbeiten einen Überblick zum Zusammenhang zwischen Immigration, Stresserleben und psychischer sowie physischer Gesundheit. Im Interesse eine ganzheitliches Bild zu vermitteln, wird dabei neben der Betrachtung sozio-kultureller, gesellschaftlich-struktureller und politischer Faktoren auf begleitende Rahmenbedingungen und einschneidende Ereignisse im Rahmen des Migrationsprozesses eingegangen.

* Haftungsausschluss: Die in dieser Handschrift geäußerten Meinungen sind diejenigen der Autoren und spiegeln nicht unbedingt die Ansichten des National Institute for Occupational Safety and Health wider.

Immigration als kultureller Stressor

Die meisten Stressmodelle gehen auf den Ansatz von Seyle (1956) zurück. Dieser konzeptualisiert Stress als Folge von individuellen Bemühungen, mit sich verändernden Umweltbedingungen umzugehen. Je weniger effektiv das gewählte Bewältigungsverhalten und/oder je größer die Anzahl der auftretenden Stressoren, desto höher ist das Ausmaß der erlebten Belastung. Bei der Entwicklung der *Social Readjustment Scale* haben Holmes und Rahe (1967) insgesamt 43 belastende Ereignisse des alltäglichen Lebens gesammelt und kategorisiert. Praktisch jedes Ereignis ließ sich einer von vier Kategorien zuordnen: 1) Veränderungen in den Beziehungen zu Familie oder Freunden, 2) Veränderungen der Beschäftigung oder des finanziellen Status, 3) Wohnortwechsel und 4) Veränderungen der Gesundheit. Unabhängig von den Gründen für eine Immigration – und selbst unter den günstigsten Umständen – kann davon ausgegangen werden, dass der Umzug in ein anderes Land mit dem Auftreten mehrerer dauerhaften Stressoren in allen vier Kategorien einhergeht. Die Entscheidung zur Immigration stellt also eine über viele Jahre andauernde hochbelastende Veränderung im Leben der Betroffenen dar.

Akkulturation

Der Anpassungsprozess an das Leben in einem neuen Land wird als *Akkulturation* bezeichnet (Williams & Berry, 1991). Auf der Gruppenebene kann dieser Prozess mit Veränderungen einhergehen, die sich auf berufliche Abläufe, den Einsatz von Technologie, soziale Umgangsformen und/oder politische Aktivitäten beziehen. Auf der individuellen Ebene geht Akkulturation mit Veränderungen im Verhalten, bei Einstellungen und Überzeugungen sowie im Selbstbild einher. *Akkulturativer Stress* kennzeichnet den Spannungszustand, den Zugewanderte häufig im Umgang mit den Herausforderungen der neuen Zielkultur erleben. Akkulturativer Stress entsteht dabei nicht allein im Individuum, das sich an wechselnde Umstände anpassen muss, sondern vielmehr in der Interaktion zwischen Zuwanderern und Einheimischen.

Eine Reihe von Studien hat die Determinanten und Auswirkungen von Akkulturation untersucht. Hohe Ausprägungen von Akkulturation gehen im Allgemeinen mit besseren wirtschaftlichen Chancen und selteneren Konflikten mit den Mitgliedern der Zielkultur einher (Nwadiora & McAdoo, 1996; Shen & Takeuchi, 2001). Eine hohe Akkulturation setzt allerdings eine intensive Auseinandersetzung mit den Einheimischen des neuen Gastlandes voraus, was das Auftreten von akkulturativer Stress begünstigt. Hoch akkulturierte Menschen haben ein größeres Risiko, sich durch die intensive Auseinandersetzung mit der neuen Kultur von Familie und Freunden zu entfremden. Viele erleben eine Erosion ihrer Selbst-Kohärenz, wenn neue Werte und Überzeugungen in Konflikt mit dem alten Wertesystem kommen und/oder dieses ersetzen. Hovey (2000) berichtete auf Basis einer Studie an mexikanischen Einwanderer in den USA, dass Fa-

milienzusammenhalt, Optimismus für die Zukunft und finanzielle Ressourcen die Auswirkungen von akkulturativer Stress abpuffern können. Bei Einwanderern aus der ehemaligen Sowjetunion in den USA stellten Aroian, Norris, Patsdaughter und Tran (1998) fest, dass der akkulturative Stress höher ausfiel, wenn die Betroffenen weiblich und/oder älter waren, eine geringe Bildung aufwiesen oder über schlechte Englischkenntnisse verfügten. In vergleichbarer Form fanden Ritsner, Ponizovsky, Nechamkin und Modai (2001), dass weibliche Einwanderer aus der ehemaligen Sowjetunion in Israel höheren akkulturativen Stress berichteten als Männer. Anhand einer anderen Stichprobe von Einwanderern aus der ehemaligen Sowjetunion konnten Ritsner und Ponizovsky (1999) nachweisen, dass sich die erlebte Belastung bis 27 Monate nach der Ankunft in Israel kontinuierlich erhöhte. Erst ab diesem Zeitpunkt war eine Abnahme der Stressbelastung zu verzeichnen, die sich bis zum Ende des fünften Jahres nach der Ankunft fortsetzte. Nach Ritsner und Ponizovsky liefert die vorliegende Studie somit keinen Beweis für eine euphorische Stimmung in den Wochen unmittelbar nach der Zuwanderung, wie dies von einigen Theoretikern angenommen wird.

Kulturelle Barrieren

Bei der Adaptation an eine neue Heimat stellt die Sprache des Ziellandes die vielleicht größte und offensichtlichste kulturelle Barriere dar, mit der Einwanderer konfrontiert sind. In der Tat spielt die Sprache eine so wichtige Rolle, dass sie von Forschern oftmals als Messgröße für Akkulturation verwendet wird. Für viele Einwanderer bedeutet es eine enorme Belastung, in Routinesituationen des alltäglichen Lebens wie z. B. bei der Wohnungssuche oder bei der Abstimmung mit dem eigenen Vorgesetzten nicht adäquat kommunizieren zu können. Das Belastungserleben verstärkt sich, wenn Hindernisse wie mangelnde zeitliche Ressourcen das Erlernen der Sprache erschweren. Beispielsweise arbeiten viele Einwanderer in schlecht bezahlten, körperlich anstrengenden Jobs, die zur Deckung der Lebenshaltungskosten die Aufnahme einer zweiten Tätigkeit notwendig machen oder mit einer dauerhaften körperlichen Erschöpfung einhergehen. In Verbindung mit familiären Verpflichtungen ist es für viele Einwanderer aufgrund dieser Rahmenbedingungen nicht möglich, an einem Sprachkurs teilzunehmen oder ihn erfolgreich abzuschließen. Findet sich dennoch ausreichend Zeit für einen Sprachkurs, so erschwert bei vielen eine geringe schulische Vorbildung – einige Immigranten haben in ihren Heimatländern keine Schule besucht – das Erlernen der Sprache (Eggerth, Delaney, Flynn & Jacobson, im Druck). Geringe Kompetenzen der eigenen Muttersprache behindern nicht nur den Erwerb der Zweitsprache, sondern begünstigen bei den Betroffenen ein Gefühl der Frustration und Unfähigkeit, diese so wichtige Fertigkeit nicht erwerben zu können.

Neben dem Erlernen einer neuen Sprache sind Einwanderer gezwungen, alltägliche Abläufe, geteilte Bedeutungen und sozial akzeptierte Verhaltensvarianten für eine er-

folgreiche Bewältigung des Alltags zu erwerben. Furnham und Bochner (1986) bezeichnen die psychische Reaktion auf eine ungewohnte Umgebung als „Kulturschock“, die dem beschriebenen Prozess der Akkulturation und dem damit verbundenen Stresserleben ähnelt. Es ist einfach nachzuvollziehen, dass Mängel beim Sprachverständnis und bei der kulturellen Adaptation bei den Betroffenen zu Stress führen können. Umgekehrt kann jedoch auch die erfolgreiche Akkulturation zu Belastungen führen, vor allem wenn neue, abweichende Ansichten eine Änderung oder Neuinterpretation von tief verwurzelten Erwartungen, Überzeugungen und/oder Verhaltensmustern erfordern. Menjivar (1999) konnte beispielsweise zeigen, dass Immigrantinnen aus Mittelamerika in den USA zwar bessere berufliche Möglichkeiten und ein höheres Selbstbewusstsein berichteten, als Folge ihrer Berufstätigkeit jedoch Konflikte innerhalb ihrer traditionellen Geschlechtsrolle erlebten. Ihre neuerworbene wirtschaftliche Unabhängigkeit wurde vom Ehemann oft als Bedrohung seiner traditionellen Versorgerrolle interpretiert, worauf dieser häufig mit erniedrigendem oder gewalttätigem Verhalten reagierte, um seine maskuline Rolle in der Familie zu erhalten oder wiederherzustellen.

Geht es um die Bedeutung von kulturellen Faktoren, so sollte nicht nur betrachtet werden, wie Einwanderer mit kulturellen Unterschieden zwischen ihrer Heimat und dem Zielland umgehen, sondern auch, wie aufgeschlossen das aufnehmende Land auf die Einwanderer reagiert. Die Adaptation an das Leben in einem neuen Land bedeutet selbst unter den besten Umständen eine Belastung für die Betroffenen. Die Adaptationsbemühungen werden jedoch häufig durch rechtliche, sozio-kulturelle und politische Bedingungen des Gastlandes erschwert. So begrenzen viele Länder die Möglichkeiten eines Einwanderers, sich in die Gesellschaft zu integrieren oder an ihr teilzuhaben. Diese Beschränkungen reichen von einem Ausschluss von bestimmten staatlichen Leistungen wie z. B. der Gesundheitsfürsorge bis hin zu einer restriktiven Vergabe der Staatsbürgerschaft an die Eingewanderten und ihre Kinder. Im Falle einer extremen Beschränkung werden Immigranten ohne Aufenthaltserlaubnis als „illegal“ eingestuft, womit die Betroffenen in einem Zustand ständiger Verletzbarkeit mit einer permanenten Angst vor der Abschiebung leben (DeGenova, 2002). Diese Verletzbarkeit erhöht sich in der Regel in wirtschaftlich schwierigen Zeiten, wenn die Einwanderungsbehörden ihre Regelungen verschärfen und durch aggressive politische Rhetorik ein „hartes Durchgreifen“ gegenüber „illegalen Einwanderern“ gefordert wird. Ein illegaler Status begünstigt sowohl anlassbezogen erhöhte als auch niedrigschwellige chronische Stresspegel, die durch eine ständige Angst vor Abschiebung gespeist werden (Berk & Schur, 2001). Die routinemäßige Verfolgung von Einwanderern ohne gültigen Aufenthaltsstatus bedeutet nicht nur eine unmittelbare physische und psychische Bedrohung der individuellen Gesundheit, sondern führt auch zu einer gewissen Entfremdung und Marginalisierung, was die Konsequenzen der gesetzlichen Einschränkungen überschreitet. Mit anderen Worten vermittelt man illegalen Einwanderern, dass sie weniger Rechte und Ressourcen haben, als dies tatsächlich der Fall ist, weshalb diese in der Folge die verfügbaren Ressourcen nicht ausschöpfen (z. B. der Besuch in der Klinik zur medizinischen Notfallversorgung). So

erhöhen sich die Isolation, die Ausnutzung und die nachfolgende psychische Belastung der Betroffenen (Flynn, 2010). Cavazos-Rehg und Kollegen (2007) stellten fest, dass 39 % einer Stichprobe aus lateinamerikanischen Einwanderern in Saint Louis, USA, aus Angst vor einer Abschiebung keine Leistungen von sozialen oder staatlichen Einrichtungen in Anspruch nahmen.

Immigration als physischer Stressor

Finanzielle Kosten einer Immigration

Viele Immigrationswillige erhoffen sich eine Verbesserung ihrer wirtschaftlichen Situation, doch ist der Umzug in ein anderes Land mit einer Reihe von Kosten verbunden. Hier sind zunächst die Kosten der Auswanderung selbst zu nennen. Viele Ausreisewillige schaffen es nur mit der Unterstützung ihrer gesamten Familie, die notwendigen Beträge aufzubringen. Verfügen Einwanderer nicht über ausreichende finanzielle Mittel, so ist es nicht ungewöhnlich, dass sie ihr Eigentum wie z. B. ein Haus oder ein Grundstück als Sicherheit hinterlegen müssen. Unterstützen die Angehörigen den Umzug finanziell, so wird im Allgemeinen nicht nur erwartet, dass die entsprechenden Beträge in der Zukunft zurückgezahlt werden, sondern auch, dass die Familie auch an den zukünftigen wirtschaftlichen Vorteilen der Auswanderer partizipiert. Meist geschieht dies in Form von *Überweisungen*, anhand derer die Familie im Herkunftsland Geld erhält. Für einige Länder bilden Überweisungen eine wichtige Einnahmequelle für Devisen und tragen einen bedeutenden Teil zum jeweiligen Bruttoinlandsprodukt bei (Vereinte Nationen, 2009). In vielen Fällen schulden illegale Einwanderer der kriminellen Organisation, die sie über internationale Grenzen geschmuggelt hat, hohe Geldbeträge. Könnend diese Forderungen nicht zurückgezahlt werden, so führt dies im günstigsten Fall zu einem Verlust des als Sicherheit eingesetzten Eigentums. Im schlimmsten Fall werden die Einwanderer- und/oder ihre Familien in der Heimat Opfer von Gewalt.

Unterschiede im Arbeits- und Gesundheitsschutz

Da viele Einwanderer eine wirtschaftliche Besserstellung anstreben, steigert der dargestellte wirtschaftliche Druck noch zusätzlich die Bedeutsamkeit, eine Beschäftigung zu finden und zu behalten. Für illegale Einwanderer bedeutet das Finden einer Beschäftigung oftmals eine solch große Herausforderung, dass sie bereit sind, Tätigkeiten, Löhne und Arbeitsbedingungen zu akzeptieren, die Arbeitnehmer mit mehreren Wahlmöglichkeiten ablehnen würden (Orrenius & Zavodny, 2009). Hudson (2007) konnte nachweisen, dass in den USA der Staatsbürgerschaftsstatus bei der Vorhersage der Beschäfti-

gung einer Person mehr Varianz als jede andere Variable aufklärt. In der Folge können große Unterschiede bei Merkmalen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes zwischen zugezogenen und gebürtigen ArbeitnehmerInnen bestehen. So haben Forscher herausgefunden, dass bei lateinamerikanischen Einwanderern in den USA deutlich höhere Raten von arbeitsbedingten Verletzungen und Todesfällen auftreten als bei Einheimischen (Richardson, Ruser & Suarez, 2003; Loh & Richardson, 2004). In der US-amerikanischen Bauwirtschaft haben lateinamerikanische Arbeiter beispielsweise ein zwei- bis dreifach erhöhtes Risiko, eine tödliche Verletzung zu erleiden, als gebürtige US-Arbeiter im selben Job (Dong & Platner, 2004).

Eggerth et al. (im Druck) berichten, dass in den USA einige Firmen ihren ausländischen Arbeitern – auch bei arbeitsbedingten Verletzungen – die für einen Arztbesuch notwendige Pause verweigern. Bleibt der Beschäftigte aus medizinischen Gründen der Arbeit fern, so werden die Abwesenheitszeiten üblicherweise nicht vergütet, auch wenn die Ursache der Fehlzeiten in den Arbeitsumständen begründet liegt. Darüber hinaus riskiert der Betroffene, seinen Job zu verlieren. Als Konsequenz arbeiten viele Einwanderer auch mit Verletzungen oder Krankheiten, versuchen sich im Bedarfsfalle selbst zu behandeln und verstecken medizinische Probleme vor ihren Arbeitgebern.

Zugang zur Gesundheitsversorgung

Der fehlende Zugang zu medizinischer Versorgung hat sich in einer Reihe von internationalen Studien als typisches Problem von Arbeitsmigranten im Ausland herausgestellt. Beispiele umfassen Australien (Sinnerbrink, Silove, Field, Steel & Manicavasagar, 1997), Deutschland (Casteneda, 2008, 2009) oder die USA (Eggerth et al., im Druck). In Ländern wie den USA, die ein Fee-for-Service-Delivery-Modell im Gesundheitswesen etabliert haben, sind die meisten Menschen über ihren Arbeitgeber krankenversichert. Rentner und Arme werden durch staatlich geförderte Programme abgedeckt, die ähnlich wie eine private Krankenversicherung funktionieren. Wie bereits erläutert sind viele Immigranten – vor allem diejenigen ohne Aufenthaltsgenehmigung – an schlecht bezahlten, gefährlichen oder anderweitig unattraktiven Arbeitsplätzen tätig. In der Regel bieten diese Tätigkeiten unabhängig vom rechtlichen Status der Beschäftigung keinen Krankenversicherungsschutz. Einige Arbeitgeber gewähren illegal Beschäftigten auch bei höherwertigen Tätigkeiten keine Krankenversicherung, selbst wenn einem Einheimischen auf dem entsprechenden Arbeitsplatz eine Krankenversicherung zustehen würde. Eine Umfrage der Health Foundation of Greater Cincinnati (2006) ergab, dass 60 % der lateinamerikanischen Immigranten keinen Krankenversicherungsschutz hatten, während die Quote in der dortigen Gesamtbevölkerung nur bei 13,1 % lag. Als häufigste Quelle zur Gesundheitsversorgung nutzten die Zuwanderer in der befragten Stichprobe sogenannte *Community Health Clinics*. Diese Kliniken befinden sich typischerweise in einkommensschwachen Stadtteilen, werden vor allem durch Schenkun-

gen oder öffentliche Zuschüsse finanziert und bieten kostenlose oder kostenreduzierte Dienstleistungen. Obwohl diese Kliniken wertvolle Dienste leisten, können Einschränkungen bei der finanziellen und/oder personellen Ausstattung zu inkonsistenter Versorgung und unzureichender Verknüpfung von Gesundheitsdienstleistungen führen. Zusätzlich behindern Sprachbarrieren zwischen Patienten und Personal die Gesundheitsversorgung. Heyman, Nunez und Talavera (2009) konnten zeigen, dass ein illegaler Status ein Netz von direkten (z. B. Ausschluss aus staatlichen Sozialhilfe-Programmen) und indirekten Hindernissen (z. B. eingeschränkte Mobilität aus Angst vor Abschiebung) beim Zugang zur Gesundheitsversorgung nach sich zieht.

Nach Casteneda (2008, 2009, 2010) haben illegale Zuwanderer in Ländern mit einer gesetzlichen Krankenversicherungspflicht z. T. noch größere Schwierigkeiten, Zugang zur Gesundheitsversorgung zu bekommen, als dies in Ländern mit einem Fee-for-Service-Modell der Fall ist. Da eine Krankenversicherung als Zugangsvoraussetzung vorgesehen ist, fallen Menschen ohne Versicherung aus dem System heraus und riskieren, bei einer Inanspruchnahme einer Leistung den Einwanderungsbehörden aufzufallen. Dieses erhöhte Risiko resultiert z. T. aus dem Umstand, dass Gesundheitsdienstleister in den betroffenen Ländern gesetzlich verpflichtet sind, Personen zu melden, die nicht im nationalen Gesundheitssystem erfasst sind. Das Problem entspannt sich nach Casteneda (2009) zunehmend, da beispielsweise in einigen deutschen Städten Community Health Clinics entstehen, die durch freiwillige Helfer unterstützt und durch Spenden finanziert werden.

Familiäre Stressoren

Für viele weltweite Immigranten bedeutet der Umzug in ein neues Land die Trennung von Familie und Freunden über einen längeren Zeitraum hinweg (Grzywacz, Quandt, Early, Tapia, Graham & Arcury, 2006). Manchmal dauert es Jahre, bis die Betroffenen es sich leisten können, ihre Heimatländer und die zurückgebliebenen Familien zu besuchen. Einwanderer und Flüchtlinge ohne Aufenthaltsgenehmigung sind oftmals noch stärker eingeschränkt, da sie nicht frei reisen und internationale Grenzen passieren können. Ein Besuch in der Heimat setzt bei der Rückkehr in das Gastland einen illegalen Grenzübertritt voraus, weshalb die Zeitabstände zwischen den Besuchen häufig groß sind. Viele Flüchtlinge fürchten gar, ihre Familien nie wiederzusehen (Sinnerbrink et al., 1997; Steel, Silove, Vogel, McGorry, & Mohan, 1999). Flüchtlinge, die aus Kriegsgebieten stammen oder wegen politischer Verfolgung geflohen sind, haben es besonders schwer, die Kommunikation mit ihren Familien im Heimatland aufrechtzuerhalten. Die Bedingungen, die sie zu einem Asylgesuch bewogen haben, machen eine Rückkehr in ihre Heimat unwahrscheinlich oder gar unmöglich. Darüber hinaus leben viele Flüchtlinge in der ständigen Sorge, dass diese Bedingungen sich negativ auf die zurückgelassenen Mitglieder der Familie auswirken.

Immigranten, die ihren Ehegatten und/oder ihre Kinder verlassen haben, sind oft einem enormen Druck ausgesetzt, ihre Familie entweder in der Heimat oder im Gastland wiederzuvereinen (Eggerth et al., im Druck). Schafft es die Familie gemeinsam auszuwandern, so stehen alle Familienmitglieder vor der Herausforderung, akkulturationsbezogene Stressoren sowohl individuell als auch innerhalb der Familie zu meistern (Rogler, 1994). In einigen Fällen macht die zurückgebliebene Familie das Individuum, das als Initiator der Auswanderung betrachtet wird, für etwaige negative Folgen des Umzugs verantwortlich. Noch komplizierter wird die Familiendynamik in *Mixed-Status-Families*. In einer solchen Familie hat mindestens ein Elternteil keine Aufenthaltsgenehmigung, während mindestens ein Kind die Staatsbürgerschaft des Ziellandes hat, da es entweder dort geboren wurde oder selbige von einem Elternteil geerbt hat (Castaneda, 2008). In den USA können mehr als 80 % der Familien ohne eine Aufenthaltsgenehmigung als Mixed-Status-Families kategorisiert werden (Passel, 2006). In diesen Familien haben die Mitglieder mit Staatsbürgerschaft Anspruch auf staatlich geförderte Sozialleistungen und können vielfältigere Möglichkeiten auf Bildung und Beschäftigung wahrnehmen. Diese differenziellen Vorteile können das Gerechtigkeits- und Gleichheitsempfinden innerhalb der Familie untergraben und stellen für die Eltern eine Herausforderung in ihrer Rolle als Versorger und Beschützer dar. Darüber hinaus durchlaufen Kinder den Prozess der Akkulturation schneller als ihre Eltern. Dies kann zu einem erhöhten Belastungserleben bei den Betroffenen führen, da sich innerhalb der Familie ggf. die Rollen vertauschen. Eltern sind dann unter Umständen bei der Erledigung von Alltagsaufgaben wie einem Arztbesuch oder dem Besuch eines Elternsprechtages auf ihre Kinder als Übersetzer angewiesen. Insgesamt stellt jedoch die Familie eine deutlich geringere Stressquelle dar als die Arbeitssuche oder die Sicherstellung von regelmäßigen Geldüberweisungen in die Heimat (Grzywacz, Quandt, Arcury & Marin, 2005).

Erfahrungen des Grenzübertritts

Entgegen der landläufigen Wahrnehmung reisen viele später illegale Einwanderer mit einem Visum auf legalem Weg in das Gastland ein. Läuft das Visum ab, so bleiben sie einfach im Land leben (De Haas, 2008). Verfügen Einwanderungswillige nicht über die nötigen finanziellen Ressourcen, um als Tourist oder Student eine internationale Grenze zu überschreiten, so kann sich der Grenzübertritt zu einem lebensbedrohlichen Ereignis ausweiten. Es besteht eine kuriose Parallele zwischen der afrikanischen Migration nach Europa und der lateinamerikanischen Migration in die USA. So berichtet De Haas (2008), dass Afrikaner aus den Staaten südlich der Sahara versuchen, in zwei Phasen nach Europa zu gelangen. In der ersten Phase reisen Sie in ein nordafrikanisches Land, wo sie sich neu gruppieren und die zweite Phase – die Überfahrt nach Europa – planen. Viele versuchen, das Mittelmeer nach Spanien oder Italien zu überqueren. Als Folge von mangelhafter Wartung und Überlastung sinken viele Boote unterwegs und Hunderte

von Menschen ertrinken. Viele lateinamerikanische Einwanderungswillige dagegen sammeln sich im nördlichen Mexiko, um sich dort auf ihren Grenzübertritt vorzubereiten. Diese Migranten überqueren die Grenze zu den USA häufig in Bereichen, die so abgelegen sind, dass eine mehrtägige Wanderung durch die Wüste notwendig ist. Diese Menschen setzen sich der Gefahr aus, durch extreme klimatische Bedingungen oder durch Verdursten zu sterben. Nehmen die Ausreisewilligen die Dienste von Menschen-smugglern in Anspruch, so sind sie beim Grenzübertritt einem zusätzlichen Risiko ausgesetzt. Es kommt nicht selten vor, dass eine Gruppe von Ausreisewilligen von ihrem Führer in der Wüste ausgesetzt wird, wenn sich die geringsten Anzeichen von Schwierigkeiten zeigen. Einige Migranten sind gezwungen, ihre illegale Einreise in die USA durch den Schmuggel von Drogen zu finanzieren. Frauen stehen vor dem Risiko, vergewaltigt zu werden oder eine bessere Behandlung durch sexuelle Gefälligkeiten sichern zu müssen (Eggerth et al., im Druck). Das Trauma eines illegalen Grenzübertritts ist so hoch, dass ihn viele lateinamerikanische Einwanderer auch noch Jahre danach als den größten Stressor im Rahmen ihrer Immigration in die USA bezeichnen (Eggerth, 2007).

Immigration: Implikationen für die psychische Gesundheit

Es gibt eine beträchtliche Menge an Forschung zur Prävalenz von schweren psychiatrischen Störungen bei internationalen Immigrantenpopulationen. In Anbetracht der vielfältigen Stressoren, mit denen sich Einwanderer auseinandersetzen müssen, könnte man erhöhte Raten von psychiatrischen Störungen bei Zuwanderern erwarten. Abgesehen von Flüchtlingen lässt sich eine solche Vermutung jedoch nicht durchgängig bestätigen. Zudem variieren die Ergebnisse für Einwanderer in Europa und in den USA. Vega, Sribney, Aguilar-Gaxiola und Kolody (2004) fanden heraus, dass die Prävalenz von psychiatrischen Erkrankungen unter den lateinamerikanischen Einwanderern nur halb so hoch ist wie bei der Allgemeinbevölkerung in den USA. Das Risiko, eine psychiatrische Störung zu entwickeln, reduziert sich mit steigendem Alter zum Zeitpunkt der Einwanderung und einer zunehmenden Aufenthaltsdauer in den USA. Einige Forscher (z. B. De Haas, 2008) vermuten, dass diese Ergebnisse den Effekt des „Healty Immigrant“ widerspiegeln. Dieser Effekt postuliert, dass in der Regel nur die körperlich und geistig fittesten Menschen über die Motivation und das nötige Geld verfügen, die Herausforderungen des mühsamen Einwanderungsprozesses erfolgreich zu bewältigen. Allerdings scheint der Effekt nicht genetischen Ursprungs zu sein, da die beschriebenen Unterschiede schon innerhalb einer Generation verschwinden und sich bei Kindern und Enkeln der Einwanderer dieselben Prävalenzen für klinische Störungsbilder wie in der Allgemeinbevölkerung der USA zeigen (Alegria, Mulvaney-Day, Torres, Polio, Chao, & Canino, 2007). Nach Vega et al. (2004) hat sich in epidemiologischen Studien in Mexiko gezeigt, dass für die dortige Bevölkerung niedrigere Raten bei psychischen Erkrankungen als in den USA bestehen. Die Autoren führen die höheren Raten psychi-

scher Erkrankungen unter mexikanischen Einwanderer in den USA daher auf akkulturativen Stress zurück. Hovey und King (1997) kamen zu ähnlichen Schlussfolgerungen, als sie eine erhöhte Selbstmordrate für mexikanische Einwanderer in den USA als für die mexikanische Gesamtbevölkerung identifizierten.

Als Gegenargument zum Effekt des gesunden Einwanderers hat sich in anderen Studien gezeigt, dass bei vielen Migrantengruppen in Europa psychiatrische Phänomene deutlich häufiger auftreten, als dies in der Gesamtbevölkerung des jeweiligen Herkunftslandes der Fall ist (Hutchinson & Haasen, 2004). Eine Studie verglich beispielsweise Senioren unterschiedlicher Herkunft, die alle in einem Londoner Vorort lebten (Silveira & Ebrahim, 1998). Im Vergleich zu Einwanderern aus Somalia oder britischen Senioren litten Einwanderer aus Bangladesch dreimal so häufig an Depressionen. Zudem berichteten beide Einwanderergruppen eine signifikant niedrigere Lebenszufriedenheit als die aus dem Vereinigten Königreich stammenden Senioren. Nach Hutchinson und Haasen (2004) tritt Schizophrenie unter karibischen Einwanderern sowohl im Vereinigten Königreich als auch in den Niederlanden deutlich häufiger auf als in der dortigen Allgemeinbevölkerung. Im Vereinigten Königreich konnten diese erhöhten Raten auch mehrere Generationen nach der Einwanderung noch nachgewiesen werden. Im Gegensatz dazu fand eine US-amerikanische Studie mit schwarzen karibischen Einwanderern niedrigere Lebenszeitpräferenzen von psychiatrischen Störungen als in der Allgemeinbevölkerung (Williams, Haile, Gonzalez, Nachbarn, Baser & Jackson, 2007). Ähnlich wie bei den mexikanischen Einwanderern erhöhten sich die Auftretensraten jedoch mit jeder folgenden Generation. Zolkowska, Cantor-Graae und McNeil (2001) untersuchten Einwanderer in Schweden und fanden generell erhöhte Auftretensraten von Psychosen. Die höchsten Raten zeigten sich unter den Einwanderern aus Asien und Afrika. Pernice und Brook (1996) verglichen verschiedene Immigrantengruppen in Neuseeland. Einwanderer aus dem südostasiatischen Raum und aus pazifischen Inselstaaten zeigten deutlich höhere Depressions- und Angstwerte als Einwanderer aus dem Vereinigten Königreich. Die Autoren führten dieses Ergebnismuster auf die Diskriminierung zurück, die die ersten beiden Einwanderergruppen in nahezu allen Lebensbereichen erlebten. Die britischen Einwanderer dagegen berichteten keine Diskriminierung, sondern verzeichneten sogar eine Aufwertung ihres sozialen Status.

Berücksichtigt man die methodischen Schwierigkeiten, die sich bei kulturvergleichenden Untersuchungen von psychischen Erkrankungen ergeben, so ist es nicht verwunderlich, dass sich inkonsistente Ergebnisse zeigen. Zum einen erscheint es fragwürdig, psychiatrische Diagnosekriterien aus westlichen Kulturreihen auf Menschen aus einem Kulturreis anzuwenden. Zum anderen gibt es eine Fülle von praktischen Problemen, die häufig mit der Überwindung von Sprachbarrieren zusammenhängen. In den meisten aufnehmenden Ländern gibt es zu wenig Personal im Gesundheitsbereich, das die Sprache(n) der vielen Einwanderergruppen auf einem angemessenen Niveau beherrscht. Viele verlassen sich in daher auf einen Angehörigen oder ein anderes Mitglied aus der eingewanderten Gemeinschaft, um eine Kommunikation zwischen Ge-

sundheitsdienstleistern und Patienten herzustellen. Ein solches Vorgehen ist sicherlich besser als gar keine Kommunikation. Nichtsdestotrotz ist zu beachten, dass die Qualität einer solchen Übersetzung durch Faktoren wie Sprachkompetenz, Bildungsniveau, und persönliche Ansichten des Übersetzers beeinflusst wird. Das was der eingewanderte Patient berichtet, ist vielleicht nicht genau das, was der Arzt zu hören bekommt. Stammt der Übersetzer aus der Familie oder der gleichen Gemeinschaft von Zuwanderern, so mag der Patient möglicherweise davor zurückschrecken, sensible Fragen wahrheitsgemäß zu beantworten. Selbst wenn der Arzt die Muttersprache des Einwanderers spricht, kann es zu kommunikativen Problemen kommen, da in vielen Entwicklungsländern die sozialen, kulturellen und bildungsbezogenen Unterschiede zwischen den verschiedenen Bevölkerungsschichten deutlich größer sind als in den westlichen Industrienationen. In der Folge hegt das Gesundheitspersonal aus demselben Land wie ein eingewandter Patient ggf. Vorurteile gegenüber diesem, welche ggf. die Wahrnehmung der Symptomatik verzerren und leicht zu einer Fehldiagnose führen können. Es gibt nur wenige Hinweise in der Literatur, die genaue Schätzung des Umfangs dieser Fehldiagnosen ermöglichen. Beispielsweise berichten Hutchinson und Haasen (2004), dass viele türkische Migranten, die mit Schizophrenie in Deutschland diagnostiziert wurden sind, nach einer Rückkehr in die Türkei dort erfolgreich mit Antidepressiva behandelt wurden.

Der Einsatz standardisierter Fragebögen kann die o.g. Verzerrquellen reduzieren, doch entstehen in der Folge neue Probleme. In der Praxis hat sich das Vorgehen etabliert, neue Sprachversionen eines bestehenden Instruments durch den Prozess der Rückübersetzung zu gewinnen. Die meisten Forscher gehen dabei von der Annahme aus, dass die psychometrischen Eigenschaften der Originalversion die Übersetzung in eine andere Sprachversion „überleben“. Unglücklicherweise sind die Übersetzer im Allgemeinen stärker an die westliche Kultur assimiliert und verfügen über eine deutlich bessere Bildung als die zu untersuchenden Stichproben, vor allem wenn diese aus ländlichen Gebieten stammen oder eine ethnische Minderheit innerhalb eines Landes repräsentieren. Folglich steigt das Risiko, dass der übersetzte Fragebogen ungeprüfte kulturelle Vorannahmen enthält und das sprachliche Niveau die Verständnisfähigkeit der eingewanderten Zielgruppe übersteigt. Flynn, Lawson, Eggerth, und Jacobson (2008) fanden beispielsweise heraus, dass lateinamerikanische Einwanderer mit geringer Bildung in den USA wesentliche Teile eines weit verbreiteten Fragebogens zur körperlichen und geistigen Gesundheit anders verstanden, als dies intendiert war. Unglücklicherweise war dies weder den Befragten noch den Interviewern bewusst. Erst kognitive Follow-Up-Tests konnte das unterschiedliche Verständnis enthüllen. Brunette (2005) schlug als Lösung vor, Untersuchungsmaterialien für Migranten in einem mehrstufigen und kollaborativen Prozess unter Beteiligung von Forschern, Übersetzern und Angehörigen der jeweiligen Zuwanderergruppe zu entwickeln. Auch ein solches Vorgehen erwies sich allerdings als unzuausreichend. In einer Anschlussstudie stellten Fujishiro, Gong, Baron, Jacobson, Delaney, Flynn und Eggerth (2009) fest, dass trotz des Brunette'schen Vorgehens noch

kognitive Nachfolgetestungen durchgeführt werden mussten, um eine sprachliche Äquivalenz der verschiedenen Spracheversionen zu gewährleisten.

Neben methodischen Problemen im Hinblick auf Diagnostik und Beurteilung leiden viele der verfügbaren Studien auch unter den Folgen von Convenience-Sampling. So rekrutieren viele Studien ihre Stichproben aus Immigranten, die in einer Klinik oder einer Praxis Hilfe suchen. Mit hoher Wahrscheinlichkeit ist eine auf diese Weise gewonnene Stichprobe nicht repräsentativ für die zugewanderte Bevölkerung als Ganzes. Ein weiteres Problem stellt der Mangel an guten epidemiologischen Daten zum Auftreten von psychiatrischen Störungen in vielen Herkunftsländern der einzelnen Migrantengruppen dar. Diese unsichere Datenlage macht es schwierig zu bestimmen, ob die Auftretenswahrscheinlichkeit von psychischen Problemen über denen der Population im Ursprungsland liegt und falls ja, ob dies eine Folge der Einwanderung ist.

Ein letzter zu berücksichtigender Faktor bei der Beurteilung dieses Forschungsgebietes ist das Vorhandensein eines *kulturellen Imperialismus*. Dieses Phänomen bezeichnet den in der Regel unerkannten und impliziten Glauben von Forschern aus den westlichen Industrienationen, dass ihre Kultur in wichtigen Punkten – einschließlich körperlicher und geistiger Gesundheit – den Ländern der Dritten Welt überlegen ist. Williams (2003) diskutierte einige Beispiele aus der *International Pilot Study of Schizophrenia*, in der einige Forscher keine Mühen scheuteten, um abweichende Befunde wegzudiskutieren, nach denen Schizophrene in den Entwicklungsländern bessere Verläufe als Vergleichsgruppen in den Industrienationen zeigten. Teilweise resultiert die Hypothese des „gesunden Migranten“ aus ähnlichen Interpretationsbemühungen, um die niedrigeren Raten psychiatrischer Erkrankungen unter lateinamerikanischen Einwanderern in den USA zu erklären. In beiden Fällen macht der kulturelle Imperialismus die beteiligten Forscher blind für die Möglichkeit, von den Ländern der Dritten Welt zu lernen.

Flüchtlinge

Im Gegensatz zu Studien mit allgemeinen Migrantengruppen haben Untersuchungen für Flüchtlinge ein konsistent höheres Risiko für stressbedingte Störungen wie der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) identifiziert. Dieses Muster ist wenig verwunderlich, da Flüchtlinge versuchen, extrem belastenden Bedingungen wie Entzug/Entbehrungen, Gewalt und/oder Verfolgung aus dem Weg zu gehen. Bisher liegt eine Reihe von Studien für unterschiedliche Flüchtlingsgruppen in verschiedenen Aufnahmeländern vor. So berichteten Mollica, Sarajilic, Chernoff, Lavell, Vukovic und Massagli (2001), dass 45 % einer Stichprobe von bosnischen Flüchtlingen in Kroatien entweder die Kriterien für eine Depression, für PTBS oder für beide erfüllte. Im Rahmen von Follow-Up-Interviews zeigte sich drei Jahre später, dass 28 % der Stichprobe noch immer die Kriterien für ein oder beide Störungsbild(er) erfüllten. Marshall, Schell, Elliott, Berthold und Chun (2005) führten eine Studie mit 490 kambodschanischen Flüchtlingen zwei

Jahrzehnte nach deren Umzug in die USA durch. Sie fanden trotz der lange zurückliegenden Flucht noch extrem hohe Auftretensraten von PTBS (62 %) und Major Depression (42 %) unter den Teilnehmern der Stichprobe. Auch in einer Stichprobe von 77 sudanesischen Flüchtlingen in Uganda erfüllten mehr als die Hälfte (44 Probanden oder 56 %) die diagnostischen Kriterien für PTBS (Neuner, Schauer, Klaschik, Karunakara & Elbert, 2004). In einer Studie mit ehemaligen politischen Häftlingen aus Vietnam war das Auftreten von PTBS so deutlich, dass die Forscher das genaue Verhältnis zwischen der Dosis an traumatischen Erfahrungen und dem Auftreten von psychiatrischen Symptomen bestimmen konnten (Mollica, McInnes, Pham, Smith-Fawzi, Murphy & Lin, 1998). Ähnliche Befunde konnten in einer Studie mit vietnamesischen Flüchtlingen in Australien gefunden werden (Steel, Silove, Phan & Bauman, 2002). Traumatisierungen sind jedoch nicht nur bei Flüchtlingen zu finden. In einer Studie mit lateinamerikanischen Einwanderern in den USA berichtete mehr als die Hälfte traumatische Erfahrungen (Holman, Silver & Waitzkin, 2000). Bei einigen Migrantengruppen aus Mittelamerika lag dieser Prozentsatz mit 76 % sogar noch deutlich höher.

Sinnerbrink et al. (1997) argumentieren, dass die zunehmend restriktive Bearbeitung von Asylanträgen in vielen westlichen Ländern dazu führt, dass sich die vor der Immigration stattgefundenen Traumatisierungen verfestigen. In einer Untersuchung an mandäischen Flüchtlingen aus dem südlichen Irak und Iran konnten Steel, Silove, Brooks, Momartin, Alzuhairi und Susljik (2006) signifikante Zusammenhänge zwischen der Länge einer Inhaftierung und dem Risiko für eine PTBS feststellen, das auch Jahre nach der Freilassung noch bestand. In einer Studie an tamilischen Flüchtlingen in Australien zeigte sich, dass 14 % der Varianz in PTBS-Symptomen durch Stressoren nach der Migration erklärt werden konnte, während 20 % der Varianz sich durch Traumata vor der Migration erklären ließ (Steel, Silove, Bird, McGorry & Mohan, 1999).

Zusammenfassung

Veränderung ist ein typisches und zentrales Merkmal von Immigration und Stress. Immigration geht einher mit wiederholten Wechseln, die sich in verschiedenen Bereichen des Lebens ergeben. Beispiele umfassen die Familie, Freunde, die berufliche Beschäftigung, den finanziellen Status, den Wohnort und die Gesundheit. Standardisierte Fragebögen zur Messung von Stresssymptomatik wie der von Holmes und Rahe (1967) eignen sich nur bedingt, um Immigrantenstichproben zu untersuchen. Werden sie dennoch eingesetzt, so weisen die meisten Instrumente auf ein erhöhtes Stresserleben bei Einwanderern hin. Die standardisierten Erhebungsinstrumente können jedoch nur einen Teil der psychischen Belastung erklären, die viele Immigranten berichten. Dies resultiert aus dem Umstand, dass der Umzug in ein anderes Land die Wirkung vieler alltäglicher Stressoren wie z. B. Veränderungen der Gesundheit oder des Familienstatus deutlich verstärken kann, beispielsweise wenn der Zugang zur Gesundheitsversorgung oder die

Möglichkeit zu Heimatreisen begrenzt wird. Zusätzlich geht Aus- und Einwanderung mit einer Reihe ein einzigartigen Stressoren wie dem Erwerben einer neuen Sprache oder einer illegalen Grenzüberquerung einher.

Wird das Zusammenspiel von Immigration und Stresserleben betrachtet, so sollte auch die soziale, politische und kulturelle Umgebung des aufnehmenden Landes berücksichtigt werden. Vor dem Hintergrund einer wirtschaftlichen Globalisierung kann vermutet werden, dass Aus- und Einwanderung sich in den nächsten Jahren zur bevorzugten Überlebensstrategie für eine wachsende Zahl von Menschen entwickelt. Die Geschichte hat gezeigt, dass sich bei einem Anwachsen des Einwanderungsstroms in vielen aufnehmenden Ländern die Bedenken der dortigen Bevölkerung in feindlicher politischer Rhetorik, restriktiven und bestrafenden Einwanderungsgesetzen sowie fremdenfeindlichen Einstellungen niederschlagen. Eine solche Entwicklung würde zusätzlich zum Stresserleben vieler Immigranten – vor allem der illegalen – beitragen.

Literatur

- Alegria, M., Mulvaney-Day, N., Torres, M., Polo, A., Chao, Z., & Canino, G. (2007). Prevalence of psychiatric disorders across Latino subgroups in the United States. *American Journal of Public Health, 97*(1), 68–75.
- Aroian, K. J., Norris, A. E., Patsdaughter, C. A., & Tran, T. V. (1998). Predicting psychological distress among former Soviet immigrants. *International Journal of Social Psychiatry, 44*(4), 284–294.
- Berk, M. L. & Schur, C. L. (2001). The effect of fear on access to care among undocumented Latino immigrants. *Journal of Immigrant Health, 3*, 151–156.
- Brunette, M. (2005). Development of educational and training materials on safety and health; targeting Hispanic workers in the construction industry. *Family & Community Health, 28*(3), 253–266.
- Cavazos-Rehg, PA, Zayas, LH & Spitznagel, EL (2007). Legal status, emotional well-being and subjective health status of Latino immigrants. *Journal of the National Medical Association, 99*(10), 1126–1131.
- Castaneda, H. (2008). Paternity for sale: Anxieties over „Demographic Theft“ and undocumented Migrant reproduction in Germany. *Medical Anthropology Quarterly, 22*(4), 340–359.
- Casteneda., H. (2009). Illegality as risk factor: A survey of Unauthorized migrant patients in a Berlin clinic. *Social Science & Medicine, 68*, 1552–1560.
- Casteneda, H., (2010). Im/migration ad health: Conceptual, methodological, and theoretical propositions for applied anthropology. *NAPA Bulletin, 34*, 6–27.
- De Genova, NP (2002). Migrant „illegality“ and deportability in everyday life. *Annual Review of Anthropology, 31*, 419–47.
- De Haas, H. (2008). The myth of invasion: the inconvenient realities of African migration to Europe. *Third World Quarterly, 29*(7), 1305–1322.
- Dong, X. & Platner, JW (2004). Occupational fatalities of Hispanic Construction workers from 1992 to 2000). *American Journal of Industrial Medicine, 45*, 45–54.
- Eggerth, DE (2007). *Occupational safety risk perceptions and acceptance among Hispanic immigrants in the United States*. Paper presented at the 12th International Metropolis Conference, Melbourne, Australia.

- Eggerth, DE, DeLaney, SC, Flynn, MA, & Jacobson, CJ (im Druck). Work experiences of Latino immigrants: A qualitative study. *Journal of Career Development*.
- Flynn, MA (2010). *Undocumented status and the occupational lifeworlds of Latino immigrants In a time of political backlash: The workers' perspective*. Master's Thesis, Univeristy of Cincinnati, Cincinnati, Ohio. Retrieved from http://etd.ohiolink.edu/view.cgi?acc_num=ucin1280776817 on June 9, 2011.
- Flynn, MA, Lawson, R., Eggerth, DE, Jacobson, CJ (2008). *Bloody noses, heart attacks, and other emotional problems: The importance of cognitive testing in survey adaptation and development*. Paper presented at the 68th Annual Meeting of the Society for Applied Anthropology, Memphis, TN, March 25–29.
- Fujishiro, K., Gong, F. Baron, S., Jacobson Jr, CJ, DeLaney, S., Flynn, M., & Eggerth, DE (2009). Translating questionnaire items for a multi-lingual worker population: The iterative process of translation and cognitive interviews with English-, Spanish-, and Chinese-speaking workers. *American Journal of Industrial Medicine*, 34, 1–10.
- Furnham, A. & Bochner, S. (1986). *Culture shock: Psychological reactions to unfamiliar environments*. London/New York: Methuen.
- Grzywacz, JC, Quandt, SA, Arcury, TA, & Marin, A. (2005). The work-family challenge and mental health: Experiences of Mexican immigrants. *Community, Work and Family*, 89(3), 271–279.
- Grzywacz, JC, Quandt, SA, Early, J., Tapia, J., Graham, CN, & Arcury, TA (2006). Leaving family for work: Ambivalence and mental health among Mexican migrant farmworker men. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 8(1), 85–97.
- Healthcare Foundation of Greater Cincinnati, The (2006). *2005 Greater Cincinnati Hispanic/Latino Health Survey*. Cincinnati, OH: Author.
- Heyman, JM, Núñez, GG, & Talavera, V. (2009). Healthcare Access and barriers for unauthorized immigrants in El Paso County, Texas. *Family Community Health*, 32(1), 4–21.
- Holman, EA, Silver, RC, & Waitzkin, H. (2000). Traumatic life events in primary care patients: A study in an ethnically diverse sample. *Archives of Family Medicine*, 9, 802–810.
- Holmes, TH & Rahe, RH (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11(2): 213–218.
- Hovey, JD (2000). Psychosocial predictors of acculturative stress in Mexican immigrants. *The Journal of Psychology*, 134(5), 490–502.
- Hovey, JD & King, CA (1997). Suicidality among acculturating Mexican Americans: Current knowledge and directions for research. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 27(1), 92–103.
- Hutchinson, G. & Haasen, C. (2004). Migration and schizophrenia: The challenges for European psychiatry and implications for the future. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 350–357.
- Hudson, K. (2007). The new labor market segmentation: Labor market dualism in the new economy. *Social Science Research*, 36, 286–312.
- Loh, K. & Richardson, S. (2004). Foreign-born workers: Trends in fatal occupational injuries, 1996 – 2001. *Monthly Labor Review*, 28, 42–53.
- Marshall, GN, Schell, TL, Elliot, MN, Berthold, SM, & Chun, C. (2005). Mental health of Cambodian refugees 2 decades after resettlement in the United States. *Journal of the American Medical Association*, 294(5), 571–579.
- Menjívar, C. (1999). The intersection of work and gender: Central American immigrant women and employment in California. *American Behavioral Scientist*, 42, 601–627.
- Mollica, RF, McInnes, K., Pham, T., Smith-Fawzi, MC, Murphy, E., & Lin, L. (1998). The dose-effect relationship between torture and psychiatric symptoms in Vietnamese ex-po-

- litical detainees and a comparison group. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 186(9), 543–553.
- Mollica, RF, Sarajlic, N., Chernoff, M. Lavell, J., Vukovic, IS, & Massafli, MP (2001). Longitudinal study of psychiatric symptoms, disability, mortality, and emigration among Bosnian refugees. *Journal of the American Medical Association*, 286(5), 546–554.
- Neuner, F., Schauer, M., Klaschik, C., Karunkara, U., & Elbert, T. (2004). A comparison of narrative exposure therapy, supportive counseling, and psychoeducation for treating post-traumatic stress disorder in an African refugees settlement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(4), 579–587.
- Nwadiora, E. & McAdoo, H. (1996). Acculturative stress among Amerasian refugees: Gender and racial differences. *Adolescence*, 31(122), 477–487.
- Orrenius, PM & Zavodny, M. (2009). Do immigrants work in riskier jobs? *Demography*, 46(3), 535–551.
- Passel, J. (2006). *The Size and Characteristics of the Unauthorized Migrant Population in the US Estimates Based on the March 2005 Current Population Survey*. Retrieved from <http://pewhispanic.org/files/reports/61.pdf> on June 9, 2011.
- Pernice, R. & Brook, J. (1996). Refugees' and immigrants' mental health: Association of demographic and post-immigration factors. *The Journal of Social Psychology*, 136(4), 511–519.
- Richardson, S., Ruser, R., & Suarez, P. (2003). Hispanic workers in the United States: An analysis of employment distributions, fatal occupational injuries, and non-fatal occupational injuries and illnesses. Contained in *Safety is Seguridad*, pp. 43–82. Washington, DC: The National Academies.
- Ritsner, M. & Ponizovsky, A. (1999). Psychological distress through immigration: The two-phase temporal pattern? *International Journal of Social Psychiatry*, 42(2), 125–139.
- Ritsner, M., Ponizovsky, A., Nechamkin, Y., & Modia, I. (2001). Gender differences in psychological risk factors for psychological distress among immigrants. *Comprehensive Psychiatry*, 42(2), 151–160.
- Rogler, LH (1994). International migrations: A framework for directing research. *American Psychologist*, 49(8), 701–708.
- Seyle, H. (1956). *The Stress of Life*. New York, NY: McGraw-Hill.
- Shen, B., Takeuchi, DT (2001). A structural model of acculturation and mental health status among Chinese Americans. *American Journal of Community Psychology*, 29(3), 387–418.
- Silveira, ER & Ebrahim, S. (1998). Social determinants of psychiatric morbidity and well-being in immigrant elders and whites in East London. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 13, 801–812.
- Sinnerbrink, I., Silove, D., Field, A., Steel, Z., & Manicavasagar, V. (1997). Compounding of pre-migration trauma and postmigration stress in asylum seekers. *The Journal of Psychology*, 131(5), 463–470.
- Steel, Z., Silove, D., Phan, T., & Bauman, A. (2002). Long-term effect of psychological trauma on the mental health of Vietnamese refugees resettled in Australia: A population-based study. *The Lancet*, 360, 1056–1062.
- Steel, Z., Silove, D., Bird, K., McGorry, P., & Mohan, P. (1999). Pathways from war trauma to posttraumatic stress symptoms among Tamil asylum seekers, refugees, and immigrants. *Journal of Traumatic Stress*, 12(3), 421–435.
- Steel, Z., Silove, D., Brooks, Momartin, S., Alzuhair, B., & Susljik, I. (2006). Impact of immigration detention and temporary protection on mental health of refugees. *The British Journal of Psychiatry*, 188, 58–64.

- Vega, WA, Sribney, WM, Aguilalar-Glaxiola, S., & Koloday, B. (2004). 12-month prevalence of DSM-IIIR psychiatric disorders among Mexican Americans: Nativity, social assimilation, and age determinants. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 192(8), 532–541.
- Vereinte Nationen (UN), Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2009). *International Migration Report 2006: A Global Assessment*. New York, NY: Author.
- Williams, CC (2003). Re-reading the IPSS research record. *Social Science and Medicine*, 56, 501–515.
- Williams, CL & Berry, JW (1991). Primary prevention of acculturative stress among refugees. *American Psychologist*, 46(6), 632–641.
- Williams, DR, Haile, R., Gonzalez, HM, Neighbors, H., Baser, R., & Jackson, JS (2007). The mental health of black Caribbean immigrants: Results from the National Survey of American Life. *American Journal of Public Health*, 97(1), 52–59.
- Zolkowska, K., Cantor-Graae, E., & McNeil, TF (2001). Increased rates of psychosis among immigrants to Sweden: Is migration a risk factor for psychosis? *Psychological Medicine*, 31, 669–678.