



Sybilla Blasczyk-Schiep

**Selbststeuerung und Suizidrisiko:
Persönlichkeitsspezifische Antezedenzen
der Suizidalität**

Dissertation
zur Erlangung des Grades eines Doktors
der Naturwissenschaften (Dr. rer. nat.)

1.Gutachter: Prof. Dr. Julius Kuhl

2.Gutachter: Prof. Dr. Josef Rogner

Universität Osnabrück, Mai 2003.

EINFÜHRUNG.....	3
DANKSAGUNG.....	7
THEORETISCHER TEIL	8
1. PSI –THEORIE (PERSÖNLICHKEITS-SYSTEM-INTERAKTIONEN) VON KUHL.....	8
1.1 DIE VIER KOGNITIVEN MAKROSYSTEME.....	10
1.2 DIE SIEBEN MODULATIONSANNAHMEN	14
1.3 SELBSTGESTEUERTE AFFEKTREGULATION.....	20
1.4 SELBST UND SELBSTKONZEPT.....	23
1.4.1 Funktionsanalyse des Selbst und Psychoanalyse des Ichs.....	25
1.4.2 Taxonomie von Selbstsystemen.....	27
1.4.3 Stufen der Internalisierung der Ziele mit dem Selbst	31
1.5 DEPRESSIVITÄT IN DER PSI-THEORIE UND SUIZIDALITÄT	34
2. VON DER NEUROBIOLOGIE ZUR PERSÖNLICHKEITSFORSCHUNG DER SUIZIDALITÄT 40	40
2.1 DIE NEUROBIOLOGISCHE KOMPONENTE DER SUIZIDALITÄT: HEMISPHÄRISCHE ASYMMETRIE.....	40
2.1.1 Die rechtshemisphärische Hemmung und die Suizidalität	42
2.1.2 Linkshemisphärische Charakteristika psychischer Prozesse (kognitive Rigidität, emotionale Impulsivität und Körperentfremdung).....	44
2.1.3 Ätiologie der rechtshemisphärischen Defizite und die Suizidalität	48
2.2 DIE PHÄNOMENOLOGIE DER SUIZIDALEN ERFAHRUNG	52
2.2.1 Polysemantischer Kontext und Sinnerleben	53
2.2.2 Metaphorisches Denken, Symbolsprache und der Bezug zum Selbst.....	56
2.2.3 Kognitive und emotionale Einengung – der psychische Suizid.....	61
2.3 UMKEHRUNG DER AGGRESSIVITÄT GEGEN DIE EIGENE PERSON	63
2.4 FUNKTIONSANALYSE DES SELBST, HEMISPHÄRISCHE ASYMMETRIE UND SUIZIDRISIKO	68
3 DIE METHODEN DER SUIZIDFORSCHUNG: DER RORSCHACHTEST.....	72
3.1 DIE SIGNIERUNGSKATEGORIEN	73
3.2 DIE ANALYSE DES RORSCHACHS-VERFAHREN	87
3.3 DIFFERENTIELLE DIAGNOSE DER SUIZIDALITÄT ANHAND DES RORSCHACH-SUIZIDINDEXES	101
3.4 DIE RELIABILITÄT DES RORSCHACH-SUIZIDINDEXEN FÜR ADOLESCENTE	110
4. POLNISCHE VERSION DER TESTFRAGEBÖGEN	112
4.1 LEBENSINNINVENTAR (REASONS FOR LIVING INVENTORY)	112
4.1.1 Die Skalen des RFL-I.....	114
4.1.2 Psychometrische Merkmale des Lebenssininventars und die polnische Version.	115
4.2 PERSÖNLICHKEITS-STIL- UND STÖRUNGS-INVENTAR (PSSI).....	119
4.2.1 Die psychometrische Merkmale des PSSI und die polnische Version	125
4.3 SELBSTSTEUERUNGSINVENTAR (SSI-K)	128
4.3.1 Unterfunktionen des SSI-K	131
4.3.2 Psychometrische Merkmale des SSI-K und die polnische Version.....	136
4.4 POLNISCHE VERSION DER FRAGEBÖGEN VON KUHL. DISKUSSION.....	140
5 DIE FRAGEBÖGENKORRELATIONEN.....	146
5.1 KORRELATIONEN ZWISCHEN DEN SUIZIDSKALEN	146
5.2 KORRELATIONEN ZWISCHEN DEN SUIZIDSKALEN (RFL-I UND RORSCHACH-SUIZIDINDEX), DER DEPRESSIVITÄT (BDI), DEN SELBSTSTEUERUNGSKOMPETENZEN UND PERSÖNLICHKEITSSTILEN (SSI-K UND PSSI-K).....	148
5.3 KORRELATIONEN ZWISCHEN DEN PERSÖNLICHKEITSFRAGEBÖGEN (PSSI-K, SSI-K UND NEO-FFI) ..	155
6 HYPOTHESEN	159
EMPIRISCHER TEIL	164
I BIOGRAPHISCHE AUSSAGEN DER VERSUCHSPERSONEN.....	164
A) BEISPIEL EINER JUGENDLICHEN NACH EINEM ERNSTHAFTEN SUIZIDVERSUCH.....	165

B) EIN WEITERES BEISPIEL EINER JUGENDLICHEN NACH EINEM ERNSTHAFTEN SUIZID-VERSUCH.....	166
C) BEISPIEL EINES JUGENDLICHEN NACH EINEM PARASUIZIDALEN VERSUCH.....	168
D) BEISPIEL EINER JUGENDLICHEN MIT SUIZIDGEDANKEN.....	169
II MITTELWERTVERGLEICHE ZWISCHEN DEN VIER GRUPPEN	171
1. METHODE	171
1.1 Die Versuchspersonen.....	171
1.2 Untersuchungsdesign.....	173
1.3 Die abhängigen Maße.....	174
1.4 Instruktion und Versuchsdurchführung.....	175
2. DEMOGRAPHISCHER VERGLEICH DER VIER FORSCHUNGSGRUPPEN, INTERVIEW	177
2.1 Zusammenfassung und Diskussion.....	192
2.1.1 Alter, Schulbildung und Geschlecht der Versuchspersonen.....	192
2.1.2 Dauer und Häufigkeit der Suizidgedanken, Suizidabsicht und Suizidkrisen.....	192
2.1.3 Familienprobleme, Schulprobleme und Probleme im sozialen Bereich.....	194
2.1.4 Soziale Unterstützung.....	196
2.1.5 Suizidmotiv und die Gefühlsambivalenz.....	197
2.1.6 Präsuizidales Syndrom	198
3. PERSÖNLICHKEITSSTILE IN DEN VIER GRUPPEN	199
4. SELBSTSTEUERUNGSFUNKTIONEN IN DEN VIER GRUPPEN	208
5. DIE PERSÖNLICHKEITSFAKTOREN IN DEN VIER GRUPPEN	213
6. DER DEPRESSIVITÄTSPIEGEL IN DER VIER GRUPPEN	215
7. DIE LEBENS SINNWERTE IN DEN VIER GRUPPEN	219
8. DIE SUIZIDRISIKOFAKTOREN IN DEN VIER GRUPPEN.....	227
9. DIE DISKUSSION	236
9.1 Die Persönlichkeitsstile.....	236
9.2 Selbststeuerungsfunktionen.....	239
9.3 Persönlichkeitsfaktoren.....	240
9.4 Depressivität.....	241
9.5 Lebenssinngedühl.....	242
9.6 Der Rorschach-Suizidindex für Adoleszenten.....	244
10. DAS KLINISCHE EXPERIMENT	250
10.1. Methode.....	250
10.1.1 Versuchspersonen.....	250
10.1.2 Untersuchungsdesign.....	251
10.1.3 Abhängige Maße.....	251
10.1.4 Instruktion und Versuchsdurchführung.....	252
10.2. DIE ERGEBNISSE.....	255
10.3 Das Klinische Experiment. Die Diskussion.....	262
III. KAUSALANALYSEN IN DEN VIER GRUPPEN.....	267
1. DIE PFADANALYSE (LISREL 8).....	267
1.1 Selbststeuerung und Depressivität.....	268
1.2 Selbststeuerung und Suizidrisiko.....	276
2. DIE MULTIPLE REGRESSIONSANALYSE.....	293
2.1 Selbststeuerung und Depressivität.....	293
2.2 Selbststeuerung und Suizidrisiko.....	295
2.3 Affektkonfundierung und Suizidrisiko.....	303
3. DISKUSSION	305
3.1 Selbststeuerung, Depressivität und Suizidrisiko.....	305
3.2 Hemisphärische Asymmetrie, Selbststeuerung und Suizidalität.....	311
3.3 Affektkonfundierung und Suizidrisiko.....	317
ZUSAMMENFASSUNG	322
LITERATURVERZEICHNIS	342
ANHANG.....	364

Einführung

Der suizidale Zustand ist mit einer sich stets verengenden Wahrnehmung der Lebenswelt und rigiden Handlungsoptionen gekoppelt und geprägt von so genanntem „Seelenschmerz“, und dem Empfinden von Sinnlosigkeit der eigenen Existenz. Dieser Zustand fordert gerade im Kindes- und Jugendalter Überlegungen zu besonderen Bewältigungsstrategien heraus. Durch die Fortschritte der experimentellen Psychologie und der Neurobiologie ist heute eine Funktionsanalyse persönlichkeitspsychologischer Determinanten von Suizidalität möglich, wie sie noch vor wenigen Jahren undenkbar gewesen wäre. Die neurobiologische Forschung zeigt, dass Menschen während suizidaler Zustände den Zugang zu den vorderen Regionen der rechten Hemisphäre verloren haben und immer einseitiger auf die Verarbeitung der linken Hemisphäre reduziert sind (die rechte Hemisphäre kollabiert unter dem emotionalen Stress). „Die Person mit Tunnelblick lebt in einer sich stets verengenden Welt mit immer weniger verfügbaren Handlungsoptionen.“ (Weinberg, 2000). In diesem Sinne sind die Schwierigkeiten im Bereich der Selbstwahrnehmung, der Affektregulation und des starken Verlustes an Lebenssinn der suizidgefährdeten Menschen Folge einer verminderten Fähigkeit die Realität in einer polysemantischen Weise zu sehen, welche als eine Funktion der rechten Hemisphäre zu verstehen ist.

Die rechte Hemisphäre ist nicht nur für die Selbstwahrnehmung, sondern auch für das polysemantische (sinnstiftende) Erleben unverzichtbar (Rotenberg, 1999). Die links-hemisphärische Verarbeitung hat kein kreatives Potential, ist nicht in der Lage die Realität in polysemantischer Weise wahrzunehmen, kann Mehrdeutigkeit nicht ertragen und sucht eindeutige Lösungen. Die neurobiologische Suizidforschung stellt fest, dass während eines suizidalen Zustandes, bevor es zu einem Suizidversuch kommt, die Prozesse des Selbst als rechtshemisphärische Funktionen stark beeinträchtigt sind. Diese neurobiologischen Befunde inspirieren zur Erforschung persönlichkeitspsychologischer Determinanten der Suizidalität, unter anderem einer umfassenden Funktionsanalyse des Selbst. Es geht um eine Erfassung solcher Kompetenzen des Selbst, welche besonders effizient gegen das Suizidrisiko wirken. Andererseits wird gefragt, warum Stress oder reduzierte Selbstwahrnehmung zu dieser suizidgefährdenden, einseitigen Aktivierung der linken Hemisphäre führt. Wie kann man psycho-

logisch diese verschiedenen Selbstfunktionen stärken und dadurch die rechtshemiphrische Aktivierung bei den suizidalen Personen fördern? Die empirische Untersuchung der Selbstfunktionen wird durch die Anwendung eines Selbstbeurteilungsinventars zur Messung von Funktionskomponenten des Selbst erfolgen. Dieses Selbststeuerungsinventar (SSI-K) hat seine theoretische Grundlage in der PSI-Theorie (Persönlichkeits-Stil-Interaktionen) von Kuhl (1994, 2000, 2001). Selbststeuerung kann als die Fähigkeit definiert werden, Entscheidungen zu treffen, eigene Ziele zu bilden und sie gegen innere und äußere Widerstände umzusetzen (Kuhl, 1983, 1998, 2001).

Zur Definition des suizidalen Verhaltens gibt es viele Kontroversen, besonders wenn es um die bewusste Absicht zur Selbsttötung geht oder bewusste Einschätzung der Tödlichkeit der verwendeten Mittel. In dieser Arbeit wird die Definition von Stengel (1964/1969, 1975) übernommen, der unter dem Begriff *Selbstmord* Folgendes versteht: Einen Selbstmord begeht der Mensch, der eine Absicht hat sein Leben zu beenden, nachdem er vorher die beste Methode ausgewählt hat und sich vergewissert hat, dass ihn keiner dabei behindern könnte. Nach Stengel (1975) „... ein Selbstmord ist ein bewusster Akt der Selbstschädigung und die Person, welche diesen Akt begeht, ist dabei nicht sicher, ob sie überleben wird“. Die bewusste Absicht zur Selbsttötung unterscheidet den ernsthaften Suizidversuch von dem nicht ernsthaften Suizidversuch, d.h. einem Parasuizid. Parasuizidale Personen, sind sich bei ihrem Suizidversuch auch in der Hitze des Moments bewusst, dass sie das Einnehmen eines Mittels in Überdosis überleben werden (Kessel, 1965).

Das suizidale Verhalten umfasst drei Kategorien (Wekstein, 1979). *Vollendeter Suizid* bedeutet Tod durch einen sich selbst zugefügten, lebensbedrohenden Akt. *Suizidversuch* ist jeder Akt mit lebensbedrohlichem Potenzial, auch jede derartige Absicht, aber ohne Todesfolge. Schließlich sind *Suizidgedanken* als verbale und nichtverbale Anzeichen zu verstehen, die direkt oder indirekt anzeigen, dass eine Person sich mit Selbstmordideen beschäftigt. Alle diese suizidalen Handlungen sind nicht im Sinne einer eigentlichen psychiatrischen Diagnose verwendet. In den psychiatrischen Klassifikationen der Krankheiten gibt es keine Diagnosezuordnungen für suizidale Handlungen oder Symptome der Suizidalität. Gemäß der derzeitigen Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10), ist die Symptomatik einer Suizidalität nicht pathognomisch, sondern nur fakultativ in einer Zuordnung zu einer bestimmten

klinisch–psychiatrischen Syndromdiagnose definiert (z.B. Depressivität, Belastungs- oder Anpassungsreaktion als Leitsymptom). Die Anpassungsreaktion stellte die häufigste Symptomdiagnose bei den suizidalen Probanden dieser Studien dar, welche lediglich Personen ohne psychiatrischen Störungen betrifft. Die nicht–pathognomische Erfassung der Suizidalität erfordert damit eine genaue persönlichkeitspsychologische Diagnose, da ihre Symptome als Ziel einer therapeutischen Intervention verstanden werden sollen. Die persönlichkeitspsychologische Auffassung konzentriert sich auf verschiedene u.a. kognitive, motivationale und emotionale Determinanten der Suizidalität. Die Analyse dieser Determinanten wird in dieser Arbeit durch Untersuchung der subjektiven Stimmung, Selbststeuerungsfunktionen, Persönlichkeitsstile, sowie der Einschätzung von Suizidalität mittels verschiedener Testverfahren erfolgen.

Persönlichkeitsstile und –Störungen, welche in extremen Fällen bestimmte Defizite im Bereich der Selbstorganisation anzeigen, bei einer suizidalen Handlung ebenso dürften eine wichtige Rolle spielen. Im Adoleszenzalter, wenn die Persönlichkeit sich noch in einer Entwicklungsphase befindet, ist es nicht angebracht, von einer Persönlichkeitsstörung sprechen, sondern von erkennbaren Persönlichkeitsstilen bzw. von Überspitzungen der Persönlichkeitsstile. Klinische Erfahrungen weisen darauf hin, dass gerade ein ausgeprägter, depressiver zusammen mit einem antisozialen Persönlichkeitsstil ein häufiges Suizidrisiko bei Jugendlichen darstellt. Eine weitere Frage an dieser Stelle ist, ob es noch andere Persönlichkeitsstile gibt, die bei den suizidalen Jugendlichen mehr ausgeprägt sind als bei den nicht suizidalen. Zur empirischen Überprüfung dieser Annahmen wird das von Kuhl und Kazén (1997) entwickelte Persönlichkeits-Stil und –Störungsinventar (PSSI-K) angewendet.

Zur empirischen Einschätzung der Suizidalität wurden zwei verschiedene Testverfahren benutzt. Das erste Verfahren, „Reasons for Living Inventory“ ins Deutsche übersetzt als Lebenssinninventar, misst positive, adaptive Attribute und Erlebnisse (z.B. Lebenssinn, Selbsteffizienz), welche die nicht-suizidalen Personen charakterisieren und den suizidalen fehlen und deshalb das Suizidrisiko erfassen (Linehan et al., 1983). Das zweite Verfahren, der sehr häufig im klinischen Bereich angewendeter Rorschach-Test mit einem Suizidindex für Adoleszente, soll vor allem die impliziten persönlichkeitspezifischen Suizidkomponenten messen (z.B. niedrige Affektregulation, impulsive Angst, Aggressivität und ihre Wendung gegen die eigene Person).

Das Interesse der vorliegenden Arbeit gilt der systematischen Untersuchung der Personen mit suizidalen Handlungen (nach einem ernsthaften Suizidversuch, nach Parasuizid und mit Suizidgedanken) und der persönlichkeitspezifischen Variablen, welche die Neigung zur Suizidalität beeinflussen. Neigung zur Suizidalität wird neurobiologisch durch eine einseitige Aktivierung (Dominanz) der linken Hemisphäre verursacht. Die damit verbundenen Störungen der Selbstwahrnehmung und der polysemantischen Realitätswahrnehmung werden phänomenologisch analysiert und empirisch durch die oben genannten Fragebögen von Kuhl überprüft. Die angenommenen Mechanismen wie geschwächte Selbststeuerungskompetenzen (z.B. niedrige Selbstbestimmung, Selbstmotivierung) und erhöhter Alltagsstress (Belastung und Bedrohung) die den Zugang zum Selbst erschweren und dem suizidalen Verhalten zugrunde liegen sollen, werden einer weiteren Prüfung unterzogen. Die Auswirkungen einer selbstregulierten Bewältigung von Alltagsstress wurden durch eine Pfadanalyse überprüft. Die Wirkung von Stress auf die rechtshemisphärische Selbststeuerungskompetenzen (u.a. Selbstbestimmung) vs. linkshemisphärische (Zielvergegenwärtigung) und Suizidalität als Zielvariable wurden auf einer möglichst breiten Ebene untersucht und analysiert, um weitere Bestimmungspunkte für die suizidgefährdende Dominanz der linken Hemisphäre zu erhalten. Die Tendenz zu Affektkonfundierung der suizidalen Personen und Hemmung des Selbstzugangs bei starker Aktivierung des Intentionsgedächtnisses wird als psychologische Folge der hemisphärischen Asymmetrie der suizidgefährdeten Menschen diskutiert. Es wurden außerdem Möglichkeiten der Selbststärkung und ihr Einfluss auf eine Verbesserung der Affektlage bei suizidalen Personen überprüft. Ferner wird der Einfluss von Persönlichkeitsstilen, Depressivität und impliziter Affektivität auf die Suizidalität diskutiert sowie die Rolle des Bewusstseins bei der Entstehung unterschiedlicher Suizidphänomene.

Die vorliegende Arbeit beinhaltet im empirischen Teil biographische Aussagen einiger Versuchspersonen, die zu einer phänomenologischen (hermeneutischen) Analyse der persönlichen Erfahrungen benutzt werden. Die Analyse der persönlichen Erlebnisse und der Befunde interdisziplinärer Forschungsarbeiten folgt der holistischen Auffassung von Suizidalität (Weinberg, 2000), in dem Sinne, dass ein suizidaler Zustand nicht ohne umfassende Analyse von verschiedenen neurobiologischen, neurochemischen, kognitiven, emotionalen u.a. Komponenten verstanden werden kann.

Danksagung

Eine Zusammenarbeit mit Personen verschiedener Professionen und unterschiedlicher Nationalitäten war ein wichtiger Teil in der Entstehung dieser Promotionsarbeit. An dieser Stelle möchte ich meinen herzlichen Dank all diejenigen ausdrücken, die zum Gelingen dieser Arbeit beigetragen haben.

An erster Stelle möchte ich Prof. Dr. Julius Kuhl für seine anregende Begeisterung danken sowie für die fachliche und kreative Betreuung dieser Arbeit. Dr. Nicola Baumann und Dr. Miguel Kazén danke ich für ihre Hilfsbereitschaft bei den statistischen und methodologischen Fragen sowie Dr. Robert Biebrich und Frank Mathies für die Zusammenarbeit bei der LISREL-Analyse. Philipp Alsleben und Stephanie Fröhlich danke ich für die Durchsicht des Manuskriptes und allen Teilnehmern des persönlichkeitspsychologischen Kolloquiums für die wöchentlichen Diskussionen.

Ganz besonders möchte ich mich bei meinen Versuchspersonen bedanken, mit denen die Begegnungen sehr erlebnisreich waren und trotz vieler Schwierigkeiten unsagbare Hoffnung erweckten. Sie gaben mir das Gefühl, dass es gerade dann sinnvoll ist, sich mit Menschen zu treffen, zu arbeiten und zu forschen, wenn es besonders schwierig ist, zunächst den Sinn des Lebens und des Seelen-Schmerzes überhaupt zu begreifen. Ich bedanke mich bei den Oberärzten, die mir die Untersuchung auf ihren Stationen ermöglicht haben: Dr. Maria Kochman (Breslau), Dr. Maria Waloszek (Oppeln), Dr. Jan Kłopotowski (Sosnowiec bei Katowitz), Dr. Dipl.-Psych. Peter Schlebusch (Hemer bei Dortmund).

Die Untersuchung polnischer Patienten erforderte eine polnische Version deutscher Fragebögen von Kuhl. Ich danke den Schülern der II Liceum (Kollegstufe) in Oppeln für die Ausfüllung der Testfragebögen und die Bildung meiner nicht-suizidalen Gruppen. Ich bedanke mich bei den Germanisten Prof. Dr. Andrzej Lewicki (Universität Wrocław) für die Hilfsbereitschaft bei der deutsch-polnischen Übersetzung und Lilliane Neuman danke ich für die „Rückübersetzung“ der Fragebögen ins Deutsche.

Am Ende bleibt noch ein herzlicher Dank an meine Familie: Ehemann Hansjürgen, meine Eltern und meine kleine Tochter Julia, die mich ununterbrochen auf verschiedene Art und Weise unterstützt und motiviert haben.

THEORETISCHER TEIL

1. PSI –Theorie (Persönlichkeits-System-Interaktionen) von Kuhl

Die PSI-Theorie ist eine auf der Theorie der willentlichen Handlungssteuerung aufbauende Persönlichkeitstheorie. In der klassischen Willenspsychologie von Ach (1910) wurde Wille als ein bewusster Akt verstanden, „schwierige Absichten“ umzusetzen. Der Willensbegriff und war eng mit einer bewusstseinspsychologischen Zentrierung und dem Einsatz introspektiver Methoden verbunden. Die neue Theorie der willentlichen Handlungssteuerung von Kuhl (1994a, 1998) wurde um die Frage der Zielbildung erweitert und insbesondere um die „Selbststeuerung“ bei der Zielerreichung, d.h. die Beteiligung des „Selbst“ an der Handlungssteuerung.

Diese theoretische Auffassung zur Willenspsychologie eröffnet neue Fragen: Passen die Ziele einer Person zu vielen ihrer Bedürfnisse und Werte? Kann sie sich mit ihnen identifizieren? Hat sie sich ihr Ziel selbst gesetzt oder wurde es ihr von anderen „aufgedrückt?“ Und vielleicht die wichtigste Frage: Haben Personen ein Gefühl dafür, ob sie ihre Ziele tatsächlich „selbst“ wollen?

Die neuesten Befunde aus dem letzten Vierteljahrhundert weisen darauf hin, dass die Menschen sich oft nicht so rational verhalten, wie die kognitiven Erwartungs-mal-Wert-Modelle der Motivationspsychologie nahe legen (Kuhl, 1998). In diesen Motivationsmodellen wurde die Auswahl von Zielen durch die Verrechnung der Erfolgswahrscheinlichkeit (Erwartung) und des Anreizes (Wert) einer Handlung sowie durch die Motivdisposition einer Person erklärt (z.B. Atkinson, 1957). Häufig jedoch führen Menschen nicht das aus, was sie als erreichbar oder nützlich erkannt haben.

In einem Experiment von Kuhl (1982) zeigte sich beispielsweise, dass Schüler ihre zuvor geäußerten angenehmen Pläne für die Freizeitgestaltung nicht verwirklichen. In seinen früheren Untersuchungen mit dem projektiven Motivtest (TAT) stellte Kuhl fest, dass in Fantasiegeschichten „... *manche Personen besonders bei auftretenden Schwierigkeiten oder drohenden Misserfolgen - über Handlungsmöglichkeiten nachsinnen, andere aber sich mehr mit einer eingetretenen oder erwarteten Lage beschäftigen und Handlungsmöglichkeiten zur Umsetzung ihrer Wünsche und Absichten sichtlich zu übersehen scheinen* (Kuhl, 1972/1978)“ (zitiert aus Kuhl, 1998).

Als *lageorientiert* werden später von Kuhl (1994a) Personen genannt, die nach Misserfolgen und anderen aversiven Ereignissen zu unkontrollierbarem, „ungewolltem“ Grübeln über ihre Lage neigen (*Lageorientierung nach Misserfolg*) oder durch eine zögerliche Umsetzung „selbstgesteuerter“ Absichten gekennzeichnet sind (*prospektive Lageorientierung*).

Handlungsorientiert werden dagegen Personen genannt, die sich von unerwünschten Gedanken über aversive Ereignisse frei machen (*Handlungsorientierung nach Misserfolg*) oder „selbstgesteuerte“ Absichten rasch (zügig) in die Tat umsetzen können (*prospektive Handlungsorientierung*).

Diese Handlungskontrolldispositionen wie Handlungsorientierung und Lageorientierung sollen durch eine unterschiedlich starke Beteiligung des „Selbst“ an der Handlungssteuerung bzw. Affektregulation gekennzeichnet sein. Handlungsorientierte regulieren ihre Emotionen (z.B. Angst, Hilflosigkeit) selbstgesteuert, Lageorientierte tun es in geringeren Maße. Wie kommt es zu einer geringeren Beteiligung des Selbst (Selbsthemmung) an der Handlungssteuerung oder zu einer Zögerlichkeit bei der Umsetzung selbstgesteuerter Ziele? Welche Auswirkungen können die beiden Varianten der Lageorientierung (prospektiv und nach Misserfolg) auf das Verhalten haben? Ist ein gehemmtes Selbstsystem allein oder erst zusammen mit einer misserfolgsbedingten Zögerlichkeit bei der Zielumsetzung für die suizidale Handlungen verantwortlich? Diese Fragen sollen empirisch überprüft und theoretisch mittels der PSI-Theorie in der vorliegenden Arbeit behandelt werden.

Die PSI-Theorie ist eine neue Persönlichkeitstheorie, die Interaktionen zwischen verschiedenen psychischen Funktionssystemen beschreibt. Diese Theorie hebt nicht einzelne Funktionen oder Systeme hervor (entweder das Verhalten oder Gefühle oder Selbstwahrnehmung), sondern versucht das Verhalten und Erleben aus der Interaktion der verschiedenen psychischen Systeme zu erklären. Zahlreiche Formen willentlicher Handlungssteuerung lassen sich durch die typische Interaktion verschiedener kognitiver Makrosysteme beschreiben, die durch Affekte moduliert werden. Aus der Art und Weise wie Affekte die Kommunikation zwischen kognitiven Systemen modulieren, können unterschiedliche Phänomene erklärt werden. Eine charakteristische Interaktion psychischer Systeme, die für eine Person typisch ist, wird als ihr Persönlichkeitsstil bezeichnet.

1.1 Die vier Kognitiven Makrosysteme

In der PSI-Theorie werden vier Makrosysteme beschrieben, die mit charakteristischen Prozessen assoziiert sind: die Intuitive Verhaltensteuerung (IVS), das Intentionsgedächtnis (IG), das Extensionsgedächtnis (EG) und das Objekterkennungssystem (OES), (Kuhl, 1998).

Die Intuitive Verhaltenssteuerung (IVS) vermittelt die intuitive Ausführung beabsichtigter Handlungen. Dieses System verfügt über eine Vielzahl durch früheres Lernen automatisierter Verhaltensroutinen (wie z.B. Mutter-Kind Interaktionen, emotionaler Ausdruck), die aber auch genetisch vorbereitet sind (vgl. den Begriff des prozeduralen Gedächtnisses in der Kognitionspsychologie). Die Ausführung eines intuitiven Verhaltensprogramms dauert oft nur wenige Sekunden (wie z.B. bei automatischem Blickkontakt oder Lächeln zwischen Mutter und Kind) oder nur wenige Minuten (wie z.B. Zähne putzen, sich Anziehen). Von den bei C.G. Jung (1935/1975) beschriebenen kognitiven Grundfunktionen „Denken“, „Fühlen“, „Empfinden“ und „Intuieren“ korrespondieren die Prozesse der Intuitiven Verhaltenssteuerung am deutlichsten mit dem „Intuieren“, sind aber in Kuhls Theorie stärker verhaltensorientiert.

Das explizite Intentionsgedächtnis (IG) dient der Speicherung und Aufrechterhaltung von bewussten Absichten, bis sich die Gelegenheit für ihre Realisierung bietet. Das IG speichert im Gegensatz zu dem kognitionspsychologischen Begriff Arbeitsgedächtnis (Baddeley, 1996) handlungsbezogene statt perzeptive Informationen und ist mit einer Hemmungskomponente verknüpft, die eine verfrühte Ausführung der beabsichtigten Handlung verhindert (Kuhl & Kazén, 1999). Die analytische Planung von unerledigten Absichten und die ständige Handlungsrepräsentation im IG ist immer dann notwendig, wenn intuitive Programme zur Zielerreichung nicht verfügbar sind, d.h. wenn Schwierigkeiten zu bewältigen sind oder eine Ausführungsgelegenheit abgewartet werden muss (Goschke & Kuhl, 1993). Die explizite Aufrechterhaltung einer Absicht ist überflüssig oder sogar störend, wenn sich mit hoher Wahrscheinlichkeit keine Ausführungsgelegenheit mehr bietet. Bewusste, symbolisch-analytische Selbstrepräsentationen selbstbezogener Anteile des Intentionsgedächtnisses (wie z.B. einzelne

Ziele, Pläne, Absichten) bezeichnet man mit dem Begriff des „Ich“. Unter den vier kognitiven Grundfunktionen bei C.G. Jung zeigt das Intentionsgedächtnis eine enge Kooperation mit der kognitiven Funktion des Denkens.

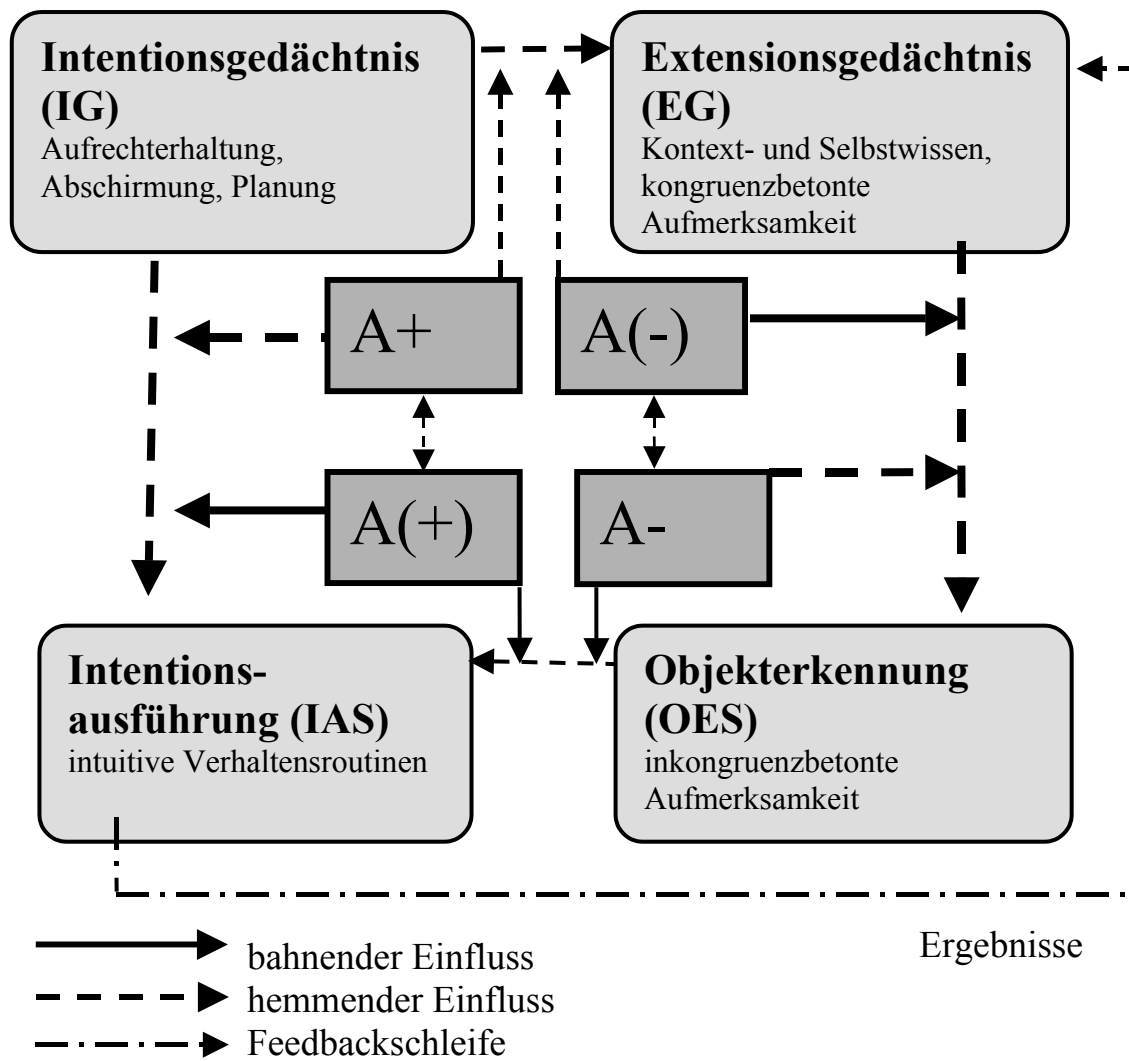
Das implizite Extensionsgedächtnis (EG) oder auch ganzheitliches Fühlen verarbeitet parallel sehr viele Informationen. Die implizite, parallele Verarbeitungsform des EG ist der Auswahl von Zielen dienlich, die in das Selbst integriert sind. Hier werden aus vielen Einzelerlebnissen kognitiv-emotionale „Landkarten“ zusammengestellt d.h. ein kohärentes Kontext- und Selbstwissen, da das Wissen nicht nur die Außen-, sondern auch der Innenwelt also Selbstwahrnehmungen, Gefühle, Motive, Werte etc.. umfasst. Eine solche komplexe Realitäts- und Selbstwahrnehmung ist für das Sinnerleben unverzichtbar. Ein entsprechendes Gedächtnissystem in der Kognitionspsychologie ist noch nicht bekannt. Das episodische, autobiographische Gedächtnis und Aspekte des impliziten semantischen Gedächtnisses, können als Teile des EG betrachtet werden. Das integrierte Selbst ist ein Teil des selbstrepräsentierenden Extensionsgedächtnisses, welches Episoden aus autobiographischen Erfahrungen und bedürfnisrelevanten Handlungsoptionen speichert. Unter dem Begriff des Selbst bzw. Selbstsystems (im Gegensatz zum Ich) werden die selbstbezogenen Anteile des Extensionsgedächtnisses eingeführt, die implizierte Repräsentationen von eigenen Bedürfnissen, Gefühlen, Einstellungen oder Werten u.a. enthalten. Das Extensionsgedächtnis ist mit einer kongruenzorientierten Form der Aufmerksamkeit verbunden, welche aus den vielen Informationen der Innen- und Außenwelt jene hervorhebt, die zu den im EG gespeicherten Erwartungen, Bedürfnissen, Werten und anderen Selbstkomponenten passen. Das EG korrespondiert unter den vier kognitiven Grundfunktionen bei C.G. Jung mit dem Fühlen.

Das Objekterkennungssystem (OES) liefert Einzelerfahrungen oder elementare Empfindungen aus verschiedenen Sinnesmodalitäten (Objektwahrnehmung). Die Objektrepräsentationen werden separiert und von den spezifischen Kontexten, in denen sie angetroffen werden, abstrahiert. Die Wahrnehmung und die Wiedererkennung von Objekten erfolgt losgelöst von dem jeweiligen Kontext (wie z.B. Farbe, Helligkeit, Entfernung). Das Objekt soll ja auch dann wiedererkannt werden, wenn es

in einem anderen Kontext auftaucht. Dieses System ist dementsprechend mit einer inkongruenzorientierten Form der Aufmerksamkeit verbunden, die besonders solche Empfindungen und Informationen betont, die von bisherigen Erfahrungen und im Extensionsgedächtnis aktualisierten Erwartungen und Wünschen abweichen. Diese Aufmerksamkeit für unerwartete, elementare Einzelempfindungen ist in negativen Gefühlslagen, z.B. in Situationen mit unvorhersagbarer Gefahr nützlich, in denen eine Vermeidung eines schädigenden Ereignisses wichtiger ist, als die Suche nach einer anderen Verhaltensvariante. Dieses Objekterkennungssystem korrespondiert am deutlichsten mit der kognitiven Grundfunktion des „Empfindens“ bei C.G. Jung.

Es gibt individuelle Unterschiede zwischen Menschen, die davon abhängen, welches der vier Systeme sie bevorzugt einsetzen. Menschen mit einer Bevorzugung des mit dem Intensionsgedächtnis verknüpften analytischen Denkens gehören zu dem analytischen Typ der Denker, der sachlich planen möchte und sich oft mit schwierigen analytischen Aufgaben befasst. Menschen mit einer Bevorzugung des Extensionsgedächtnisses mit der ausgeprägten Fühlfunktion verkörpern den ganzheitlichen Fühltyp mit der Leichtigkeit zum Emotionsausdruck und der Neigung zu gelassenen Gedanken und Überlegungen. Der intuitive Typ mit einer Bevorzugung der intuitiven Verhaltenssteuerung ist der Mensch, der optimistisch, ohne viel Überlegen und Planen „aus dem Bauch heraus“ handelt. Der Typ mit Bevorzugung des unstimmigkeitssensiblen Objekterkennungssystems ist der Sorgfältige, manchmal Detailbesessene, der „das Haar in der Suppe sucht“.

Trotz all dieser Unterschiede kann jeder Mensch das, was in ihm steckt, am besten entwickeln, wenn er den flexiblen Wechsel zwischen den verschiedenen psychischen Systemen bzw. Funktionen pflegt, also sich z.B. ganz sachlich auf Unstimmigkeiten konzentriert (OES), wenn es um eine Aufgabe geht, bei der Fehler nicht passieren dürfen, oder sich ganz auf sein Erfahrungswissen und Sinngefühl verlassen (EG), wenn die Situation sofortige Entscheidung erfordert. Die Kernaussage der PSI-Theorie besagt, dass das flexible und situationsangepasste Wechseln zwischen den vier psychischen Systemen, die Fähigkeit verlangt, zwischen verschiedenen Gefühlslagen zu wechseln. Affektwechsel ist wichtig, weil die vier kognitiven Makrosysteme in einem Wechselwirkungszusammenhang stehen, der durch Affekte moduliert wird (siehe Abb.A).



A + = hoher positiver Affekt bzw. hohe Aktivität des Belohnungssystems
 A (+) = niedriger (gehemmter) positiver Affekt bzw. niedrige Aktivität des Belohnungssystems
 A - = hoher negativer Affekt bzw. hohe Aktivität des Bestrafungssystems
 A (-) = niedriger (gehemmter) negativer Affekt bzw. niedrige Aktivität des Bestrafungssystems

Abbildung A: Modell der zentralen Annahmen der Theorie der Persönlichkeits-System-Interaktionen (PSI-Theorie) von Kuhl (Kuhl & Kazén 1997).

1.2 Die sieben Modulationsannahmen

Gemäß der zentralen Annahmen der PSI-Theorie kann die Aktivierungsdynamik der vier kognitiven Systeme durch Stimmungen und Affekte beeinflusst werden. Abbildung A veranschaulicht die zentralen Annahmen (Modulationsannahmen) der PSI-Theorie. In der Abbildung werden die vier kognitiven Makrosysteme und affektive (positiver und negativer Affekt) sowie motivationale Systeme (Belohnung und Bestrafung) in den mittleren Kästchen zusammengefasst. Die affektiven und motivationalen Begriffe werden oft synonym verwendet, obwohl es eine empirische Frage ist, wie weit modulatorische Wirkungen affektiver und motivationaler Systeme übereinstimmen.

Die 1. Modulationsannahme beschreibt die Aufhebung der vorhandenen schwierigsbedingten Hemmung des positiven Affektes, die mit der Aktivierung des Intentionsgedächtnisses verbunden ist. Das Intentionsgedächtnis dient der Aufrechterhaltung von schwierigen Absichten und Zielen, die erst strategisch gelöst werden müssen. Der positive Affekt ist in solchen Situationen gehemmt (man freut sich normalerweise nicht, wenn sich ein Ziel nicht realisieren lässt).

1. Modulationsannahme (Willensbahnung-Annahme): Positive Affekte lösen die Hemmung zwischen dem Intentionsgedächtnis und den intuitiven Verhaltenssteuerung so, dass die aktivierte Handlungsabsicht ausgeführt werden kann. Gehemmter positiver Affekt hemmt die Verbindung zwischen Intentionsgedächtnis und Verhaltenssteuerung und ermöglicht dagegen das Aufrechterhalten von unerledigten Absichten im IG (was solange wichtig ist, wie noch keine Lösung oder günstige Ausführungsgelegenheit gefunden wurde).

Die 1. Modulationsannahme erklärt die Abhängigkeit der Handlungssysteme (dem IVS und IG) von der Ausprägung positiver Affekt (A+) und seiner Hemmung (A(+)). Die 2. Modulationsannahme beschreibt die Abhängigkeit der hoch- und niederinferenten Erlebnissysteme (d.h. Extensionsgedächtnis und Objekterkennung) von der Ausprägung negativen Affekts (A-) und seiner Herabregulierung (A(-)). Eine Zuschaltung des Extensionsgedächtnisses (durch Herabregulierung negativen Affekts) ist z.B. in einer Umgebung mit vorhersagbaren Gefahren oder bei persönlichen Entscheidungen sinnvoll, weil die Wahrnehmungswelt (das Empfinden) stark durch das bisherige (prognostische) Erfahrungswissen und die aktuellen emotionalen Präferenzen (Selbstsystem)

geprägt wird (Abb.A). Der Zugriff auf dieses Extensionsgedächtnis ist erschwert, wenn negativer Affekt zu hoch ist. Belastende Bedingungen und Situationen (z.B. Stress, Angst) führen zu einer hohen Aktivität des negativen Affektsystems (A-) und damit zu einer reduzierten Beteiligung des Selbstsystems an der Steuerung des Verhaltens und Erlebens (Selbstwahrnehmung). Bei Personen, die negativen Affekt schlecht herabregulieren können (z.B. Lageorientierte) oder eine dispositionell erhöhte Bestrafungssensibilität haben, führt das zur Selbsthemmung. Die Folge der Selbsthemmung ist z.B. das Verwechseln von selbstfremden Zielen mit den eigenen selbstkongruenten Zielen (fehlinformierte Introjektion).

2. *Modulationsannahme (Selbstbahnungs-Annahme): Negative Affekte hemmen den Einfluss des Extensionsgedächtnisses auf das Erleben und Verhalten und bahnen inkongruente oder unerwartete Einzelempfindungen aus dem Objekterkennungssystem (z.B. Grübeln). Gehemmter („herabregulierter“) negativer Affekt erleichtert dagegen den Zugang zum Extensionsgedächtnis durch Stärkung der Hemmung zwischen Extensionsgedächtnis und Objekterkennungssystem.*

Die zwei nächsten Modulationsannahmen (3. MA und 4. MA) sind als Umkehrungen der 1. und 2. Modulationsannahme.

3. *Modulationsannahme (Ausführungshemmungsannahme): Die Aktivierung des Intentionsgedächtnisses durch z.B. Konfrontation mit einer schwierigen Aufgabe führt zu einer Hemmung positiven Affekts und Dämpfung der Verbindung zwischen dem Absichtsgedächtnis und der Intuitiven Verhaltenssteuerung.*

Die Ausführungshemmungs-Annahme beschreibt die Fähigkeit, impulsives Handeln zu verhindern. Diese Fähigkeit ist wichtig in Situationen, die Nachdenken, Planen, Problemlösen oder Warten auf den richtigen Ausführungszeitpunkt verlangen.

4. *Modulationsannahme (Selbstberuhigungs-Annahme): Die Aktivierung des Extensionsgedächtnisses reguliert durch z.B. sinnstiftende Aktivitäten negativen Affekt herab. Die Bewältigung der durch negativen Affekt angezeigten Problemsituationen ist eine Voraussetzung für die Integration neuer, vom Selbstsystem nicht vorhergesagten (unerwarteten oder schmerzhaften) Erfahrungen in das Selbstsystem und damit für dessen Weiterentwicklung („persönliches Wachstum“).*

Die 4. Modulationsannahme beschreibt, dass in Situationen die Angst, Schmerz oder andere negativen Affekte auslösen, verlorengegangener, positiver Affekt durch die

Herabregulierung von negativen Affekt (sich beruhigen können) wieder hergestellt werden kann. Mit der situativen Beanspruchung dieser zwei Makrosysteme (EG und IG) sind die Begriffe *Belastung* und *Bedrohung* verbunden. *Belastung* wird im Sinne einer Beanspruchung des Intentionsgedächtnisses (z.B. Frustration, schwierige Aufgaben, die aus mehreren Handlungsschritten bestehen, Unkontrollierbarkeit, Nichterreichen von Zielen, Idealen) zusammen mit einer Senkung positiven Affekts verstanden. *Bedrohung* wird im Sinne einer Beanspruchung des Extensionsgedächtnisses (Gefahren, Unvorhersagbarkeit, plötzliche Lebensveränderungen, selbstwertbedrohliche Aufgaben) aufgrund einer Erhöhung negativen Affekts interpretiert.

Eine positive Grundstimmung (z.B. fröhlich) wird beispielweise mehr von der erlebten Belastung des Intentionsgedächtnisses als von der erlebten Bedrohung des Selbst gesenkt, während eine negative Grundstimmung (z.B. hilflos) stärker von der Bedrohung als von der Belastung abhängig sein soll. Gemäß der PSI-Theorie korreliert subjektive Belastung signifikant mit prospektiver Lageorientierung (LOP) also einem dispositionellen Zögern bei der Umsetzung eines Zieles (Ausführungshemmung). Bedrohung dagegen korreliert mit Lageorientierung nach Misserfolg (LOM), also einem schwer kontrollierbaren Grübeln über aversive Erfahrungen und kontingenter Hemmung der Fühlfunktion (Selbsthemmung).

Die 5. Modulationsannahme gilt in Situationen, die den positiven Affekt hemmen z.B. nach Frustrationen oder wenn große Schwierigkeiten zu bewältigen sind. In solchen Situationen kommt es auf die Fähigkeit der Selbststeuerung an, rasch wieder positiven Affekt zu rekrutieren (Selbstmotivierung) und selbstkongruente Handlungen umzusetzen. Diese Fähigkeit, positive („willensbahnende“) Energie aus dem Selbstsystem heraus zu mobilisieren wird in der 5. Modulationsannahme thematisiert.

5. Modulationsannahme (Selbstmotivierungs-Annahme): Die Aktivierung von Selbstrepräsentationen (oder anderen Anteilen des Extensionsgedächtnisses) erhöht die Aktivierung positiven Affektes. In dem Fall, dass willensbahnender, positiver Affekt durch die Aktivierung des Selbstsystems (durch z.B. Sinnstiftung) zustande kommt, ist die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass Handlungen gefunden und umgesetzt werden, die mit einer relativ großen Anzahl von Selbstaspekten im Einklang stehen, anstatt Handlungen, die auf die Befriedigung einzelner Bedürfnisse oder Erlangung isolierter Anreizobjekte ausgerichtet sind.

Die Fähigkeit der selbstgesteuerten Rekrutierung positiven Affekts (Selbstmotivierung) wird als eine entscheidende Voraussetzung für intrinsische Motivation und Selbstbestimmung betrachtet (Kuhl, 2001). Die 4. und 5. Modulationsannahme beschreibt die für die Rekrutierung positiven Affektes bzw. die Herabregulierung negativen Affektes wichtigsten Selbststeuerungskompetenzen: die Selbstmotivierung und Selbstberuhigung. Diese beide Funktionen selbstgesteuerter Affektregulation können bei der Therapie des suizidalen Verhaltens eine wichtige Rolle spielen, insbesondere die Aktivierung der Selbstrepräsentationen durch z.B. Sinnstiftung, welche die Erhöhung des positiven Affektes bei den suizidalen Personen ermöglichen könnte.

Die 6. Modulationsannahme beschreibt den flexiblen und situationsangepassten Wechsel zwischen den vier psychischen Systemen und verlangt gleichzeitig die Fähigkeit, zwischen den verschiedenen Gefühlslagen zu wechseln, welche ständig auf einem mittleren Niveau gehalten werden müssen. Wer immer fröhlich ist, ist in Situationen überfordert, in denen unerledigte Absichten lange Zeit im Auge behalten werden müssen und Schwierigkeiten zu meistern sind. Wer immer nur gelassen ist, kann Schwierigkeiten haben, aus Fehlern zu lernen. Der Umgang mit Gefühlen spielt also für das „innere“ Gleichgewicht aller psychischer Funktionen eine Schlüsselrolle.

Der Wechsel zwischen der Hemmung positiven Affekts und ihrer Aufhebung ist die Voraussetzung für *Willenseffizienz*: Die Dämpfung positiven Affekts [A(+)] ermöglicht die Aufrechterhaltung schwieriger Ziele und die Hemmung voreiliger Handlungen als Voraussetzung für notwendige Problemlösungsoperationen, während die Aufhebung dieser Hemmung (A+) die Verbindung zwischen explizit beabsichtigten Handlungsrepräsentationen (im IG) und relevanten Ausführungsfunktionen herstellt. Auf der rechten Seite des Modells (Abbildung 1) ist der Affektwechsel die Voraussetzung für *Selbstentwicklung*: Negativer Affekt (A-) ermöglicht die Beachtung neuer Erfahrungen, die noch nicht im Selbstsystem integriert sind, während die Herabregulierung negativen Affekts [A(-)] die Voraussetzung dafür ist, dass neue, zunächst unerwartete oder sogar „ungewollte“ Erfahrungen ins Selbstsystem integriert und bei zukünftigen Gelegenheiten angewendet werden können.

6. *Modulationsannahme (Selbstentwicklungs-Annahme): Der ausgewogene Wechsel zwischen negativen bzw. positiven Affekten und ihrer Herabregulierung („emo-*

tionale Dialektik“) ermöglicht den beiden zentralen Komponenten der Selbstverwirklichung die Integration neuer Erfahrungen in ein kohärentes Wissenssystem (Selbstentwicklung) und die Umsetzung selbstgewollter Absichten (Willenseffizienz) sowie die kontinuierliche Elaboration von Planungswissen. Affektive Fixierungen, die durch Über- oder Untersensibilität für positiven oder negativen Affekt oder durch eine Beeinträchtigung der Selbstregulation von Affekten verursacht sein können, beeinträchtigen demnach die Selbstentwicklung bzw. die Willenseffizienz und die Entwicklung von Planungswissen.

Es ist inzwischen empirisch nachgewiesen worden, dass viele psychischen Erkrankungen wie Depressionen (auch Zwangserkrankungen, Angst- und Essstörungen) mit einer aus affektiven Fixierungen resultierenden Volitions hemmung, d.h. einer erhöhten Willenshemmung (LOP) und/oder einer erhöhten Selbsthemmung (LOM) einhergehen (Hautzinger, 1994; Kuhl, 2001). Die Instrumente zur Messung der Volitions hemmung wie das Selbststeuerungsinventar (das eine psychologische Entsprechung der Bestimmung von Immunparametern in der Medizin ist) erhalten auch in der vorliegenden Arbeit eine wichtige Bedeutung. Man kann vermuten, dass man die extreme Gruppe von Menschen in Suizidgefahr durch eine starke, von beiden Seiten (der Ausführung- und Selbsthemmung) ausgeprägte Volitions hemmung (LOP und LOM) charakterisieren könnte.

Die 6. Modulationsannahme erklärt die Kommunikation zwischen den hochinferenten Systemen (IG und EG) die von der Fähigkeit zum Affektwechsel (emotionale Dialektik) abhängig ist. Bei einer hohen Aktivität des Bestrafungssystem (A-), wenn negativer Affekt positiven hemmt, kann es zu einer vom IG (das explizite Handlungsabsichten und konkrete Ziele unterstützt) ausgehenden Inhibition des EG kommen (das implizite Selbstrepräsentationen und allgemeine Ziele unterstützt). Die Zielumsetzung speziell die Aufrechterhaltung einer Handlungsabsicht (im IG) bzw. eines schwierigen, selbstkongruenten Ziels (aus dem EG) fordert die Fähigkeit, die Reduktion positiven Affekts (z.B. nach nicht Erreichen von Zielen, Liebesverlust), die mit schwierigen Handlungen verbunden ist, auszuhalten („Frustrationstoleranz“) und im geeigneten Moment (nach z.B. Entwicklung der Problemlösungen) durch die Aktivierung des allgemeinen Ziels und relevanter Inhalte des Selbstsystems die Hemmung des Ausführungssystems aufzuheben (d.h. positiven Affekt rekrutieren).

Eine Fixierung auf den negativen Affekt (z.B. nach Misserfolg oder schmerzhaften Erfahrung) erhöht das Risiko, dass schwierige, allgemeine Ziele (aus dem EG) nicht in passende Handlungsabsichten (im IG) umgesetzt werden. Es werden Ziele umgesetzt, die nicht zu den selbstrelevanten Werten und Motiven passen (Inkongruenz zwischen expliziter Zielumsetzung und impliziten Motiven). Dieses Phänomen wird von Kuhl (2001) genauer erläutert: *„Ob Selbstbestimmungs- und Zielumsetzungsfunktionen in einem kooperativen Gleichgewicht agieren oder in einen konkurrierenden Antagonismus münden, hängt gemäß der 4. und 5. Modulationsannahme vor allem von dem Ausmaß ab, in dem es im Rahmen des Selbstbestimmungsprozesses gelingt, Ziele zu bilden, die mit der Bedürfnis- und Wertstruktur des Organismus übereinstimmen, und von dem Ausmaß, in dem die emotionale Unterstützung für die gebildeten Ziele rekrutiert werden kann: man kann diesen Prozess der Selbstmotivierung als eine Art „innerer Demokratie“ betrachten (...), gelingt dies nicht, so können Zielumsetzungsmechanismen in einen massiven Konflikt mit Selbstbestimmungsfunktion geraten: „Selbstdisziplin“ bei der Zielumsetzung steht dann auch langfristig nicht mehr im Dienste des „Selbst“, sondern wird zum Widersacher des Selbst: Ziele werden verfolgt, indem („störende“) Selbstinteressen auf Dauer unterdrückt werden (Kuhl, 2001, S. 181)“.*

Die selbstregulatorische Effizienz der Selbstmotivierungs- und Selbstbestimmungsfunktionen bzw. ihr Antagonismus könnte eine enorme Wirkung auf suizidale Handlungen haben, da solche Handlungen stark gegen die eigenen Prozesse des Selbst gerichtet ist. Suizidgefährdete Menschen selbst charakterisieren ihre Handlungen als „nichtgewollt“: „Man will es nicht und man setzt das trotz des eigenen Willens um“ – sagen die Menschen nach einem Suizidversuch. Die in negativen Gefühlslagen entstandenen Suizidhandlungen wurden als die „letzte Alternative“ in einer schwierigen Handlungsoption bezeichnet.

Die 7. Modulationsannahme beschreibt den Zusammenhang zwischen der Intensität und Dauer eines Affektes und die Aktivierung der vier kognitiven Makrosysteme. Bei einem Minimum an verhaltensbahnendem positiven Affekt wird ein engeres Spektrum von Verhaltensroutinen (z.B. Flucht- und Meidungsroutinen) zur Vermeidung eines aversiven Ereignisses aktiviert. Eine relativ langfristige Aufrechterhaltung eines starken, positiven Affekts sollte nicht nur die Aktivierung stärker verzweigter

gegenüber weniger verzweigter Systeme (z.B. EG und Selbstrepräsentationen gegenüber IVS) ermöglichen, sondern auch innerhalb des jeweiligen Systems eine größere Verarbeitungstiefe schaffen.

7. Modulationsannahme (Intra- und intersystemische Penetrations-Annahme): Je stärker die Intensität und Dauer der Aktivierung eines Affektes oder einer Stimmung ausgeprägt ist, um so mehr werden komplexere Teilsysteme aktiviert, da man innerhalb und zwischen den kognitiven Makrosystemen eine Rangordnung nach der Komplexität bildet (z.B. Anzahl, Verzweigkeit und Dichte der systemkonstituierenden Bahnen).

Die 7. Modulationsannahme lässt sich ebenso auf die Hemmung der Makrosysteme anwenden. Je verzweigter ein System ist, desto mehr muss handlungshemmender, negativer Affekt angewendet werden, um die Beteiligung dieses Systems an der Handlungssteuerung zu unterbinden. Die Hemmung der Beteiligung des Selbstsystems erfordert eine intensivere und länger anhaltende Aktivierung von hemmenden, negativen Affekt als die Hemmung der Verarbeitung eines Wahrnehmungsobjektes oder einer Handlungsroutine. Die volitionale Hemmung, speziell die Hemmung der Selbstwahrnehmung geht häufig mit der Entwicklung von Symptomen einher (z.B. Kopfschmerz, Zwangsstörungen). Es ist anzunehmen, dass das Suizidrisiko mit seiner emotionalen und kognitiven Einengung ebenso mit der Hemmung der Selbstwahrnehmung verbunden ist.

1.3 Selbstgesteuerte Affektregulation

Die Berücksichtigung selbstrelevanter Repräsentationen bei der Handlungssteuerung wird um so stärker, je mehr der positive Affekt durch das Selbstsystem evoziert ist (z.B. Selbstmotivierung, Selbstberuhigung) als bei automatisch ausgelöstem positiven Affekt. Dies stimmt mit der praktischen Beobachtung überein, dass positive Gefühlslagen, die aus der Bewältigung schmerzlicher Lebenserfahrungen durch direkte Auseinandersetzung mit ihnen resultieren (d.h. durch den Kontakt relevanter Selbstwahrnehmungen mit den zu bewältigenden Erlebnissen in einer emotionalen Dialektik), für die Persönlichkeitsentwicklung hilfreicher sind als kurzfristige Affekte, die mit den positiven Anreizobjekten verbunden sind.

Die stärkste und dauerhafteste Aktivierung positiver Affektlagen erfolgt durch eine selbstgesteuerte Aktivierung positiven (Selbstmotivierung) bzw. Herabregulierung negativen Affekts (Selbstberuhigung) wie es die 4. und 5. Modulationsannahme erläutert. Die Entwicklung der selbstgesteuerten Affektregulation (positiver bzw. negativer Affekte) wird in einer Entwicklungshypothese, genauer gesagt der „System-Konditionierungs-Hypothese“ formuliert und stellt eine Verallgemeinerung des Prinzips des klassischen Konditionierens dar. (Kuhl, 2001).

Je häufiger in der früheren Kindheit auf die Aktivierung des Selbstsystems (z.B. Weinen als „Selbst-Ausdruck“ von negativen Emotionen oder Blick-Kontakt als Suche nach Zuwendung) die Aktivierung affektregulierender Systeme folgt (z.B. Beruhigung durch Umarmen bzw. Ermutigung durch Lächeln oder Aufmerksamkeitszuwendung), und zwar in zeitlich und inhaltlich abgestimmter Weise, desto stärker wird die Verbindung zwischen dem Selbstsystem (im rechten präfrontalen Cortex) und dem betreffenden affektregulierenden System (limbischen System) (...). In späteren Entwicklungsphasen wird das Kind gute Selbststeuerungskompetenzen entwickeln können (z.B. Selbstberuhigung bei Angst bzw. Selbstmotivierung bei Frustration) und eine positive Unterstützung eines Interaktionspartners nicht mehr brauchen. (Kuhl, 2001, S. 185-186).

Der Begriff der Selbststeuerung bezeichnet einen aktiven Umgang mit positiven oder negativen Gefühlen. Wenn dieser Umgang beeinträchtigt ist, kommt es zu Einseitigkeiten (Rigidität), die das flexible Wechselspiel der Makrosysteme stören und sich in verschiedenen Beeinträchtigungen bemerkbar machen. Selbststeuerung bezeichnet verschiedene Fähigkeiten in diesem Umgang mit Gefühlen.

Die Fähigkeit, schmerzhaftere Ereignisse zu verarbeiten und negative Gefühle auszuhalten (z.B. nach einer Frustration der Liebes- und Zuwendungswünsche), ist wichtig, um neue Ziele zu generieren und aus den eigenen Fehlern effektiv zu lernen. Solche Fähigkeit zur *Lageorientierung* bedeutet das Analysieren der eingetretenen Lage, statt rasches Verdrängen von Fehlern und Unstimmigkeiten.

Selbstmotivierung bedeutet unter anderem die Fähigkeit, eigene (motivierende) Aspekte an einem „fremden Ziel“ (oder an einer schweren Aufgabe oder an einer Frustration der Liebes- und Zuwendungswünsche) zu finden und sich damit einen Anreiz zu schaffen. Dieser Anreiz ist notwendig, damit Absichten und schwierige

Ziele mit Ausdauer aufrechterhalten werden können und „zur eigenen Zufriedenheit“ umgesetzt werden können.

Selbstberuhigung bedeutet die Fähigkeit, negative Gefühle herunterzuregulieren, sich von einem Misserfolg zu erholen und nach dem frustrierenden Erlebnis (z.B. dem Liebes- oder Zuwendungsverlust) wieder (rechtzeitig) positive Gefühle herzustellen. Diese Fähigkeit sorgt dafür, dass jemand schmerzhaftes Erlebnisse bewältigt und handlungsfähig bleibt. Alle Selbststeuerungsfunktionen (bzw. Funktionen des Selbststeuerungs-Inventars, SSI-K) werden umfassend in Kapitel 4 behandelt.

Die Mechanismen der selbstgesteuerten Affektregulation, die Selbstmotivierung und Selbstberuhigung können als wesentliche „Antriebe“ der Selbstbestimmung (Bildung selbstkongruenter Ziele) bei der Handlungssteuerung angesehen werden. Sie ermöglichen es einer Person, bei zunächst unattraktiven Tätigkeiten positive Anreize zu finden und bei negativen Anreizen ruhig zu bleiben, wenn sich das Selbstsystem entschieden hat, die entsprechenden Ziele zu verfolgen. Diese Entscheidung sollte davon abhängen, ob die ins Auge gefassten Ziele und Tätigkeiten einer Person auf ihre Kompatibilität mit dem integrierten Selbst geprüft wurden (Selbstbestimmung) und die Person sich entsprechend dem Ergebnis dieser Prüfung für oder gegen ein Ziel oder eine Tätigkeit entscheidet (*Entscheidungskontrolle*). Andererseits nützt die Selbstbestimmung wenig, wenn das System nicht über Möglichkeiten verfügt, handlungsbahnende, (positive) Emotionen immer dann zu rekrutieren, wenn sie nicht vorhanden sind (Selbstmotivierung), und handlungshemmende (negative) Emotionen herabzuregulieren (Selbstberuhigung), wenn dies nicht von außen unterstützt wird.

Beckmann (2002) konnte in einer Untersuchung mit Athleten folgendes empirisch aufzeigen: Personen, die fühlen, dass sie das, was sie tun, auch wirklich selber wollen, die sich positive Anreize für ihre Handlungen setzen können und ihre Emotionen selbstständig regulieren können, wissen, wie man sich bei Stress entspannt, und können leicht neue Handlungen initiieren.

Bei der Handlungssteuerung üben Selbstmotivierung bzw. Selbstberuhigung eine positive Wirkung auf die Selbstbestimmung aus und umgekehrt. Die Selbstmotivierung beispielsweise wird durch Selbstbestimmung vermittelt, wenn eine Person sich motivieren kann, weil sie ihre Ziele und Absichten als selbstkongruent und sinnvoll erlebt. Die Selbstbestimmung wird wiederum durch Selbstmotivierung vermittelt,

wenn sie für ihre zunächst schwierigen Ziele und Absichten ein positives Anreizmotiv findet und weiterhin diese Ziele und Absichten als selbstkongruent in einer Handlung umsetzen kann.

Bei den Menschen in einem suizidalen Zustand sind die Selbstregulationskompetenzen möglicherweise sehr geschwächt. Wie sich die vermutlich geschwächten Kompetenzen der Affektregulation (Selbstmotivierung und Selbstberuhigung) auf die Selbstbestimmung und umgekehrt auswirken erfordert eine empirische Überprüfung.

1.4 Selbst und Selbstkonzept

Das „Selbst“ ist in der PSI-Theorie eine holistische Repräsentation von Bedürfnissen, Werten und anderen Selbstaspekten, die der Fühlfunktion und dem Extensionsgedächtnis zuzuordnen sind, während das „Selbstkonzept“ Theorien über soziale Rollen bzw. interne Zustände beruht auf einem, analytischem Repräsentationsformat von diesen Bedürfnissen und Werten. Es korrespondiert und mehr mit der Denkfunktion und dem Intentionsgedächtnis.

Das „Selbst“ bezeichnet eine hochinferente, holistische Form der impliziten Repräsentationen eigener Bedürfnisse, Werte, Affekte und anderen Selbstrepräsentationen. Das Selbst integriert viele einzelne Selbstaspekte und macht bei jeder Aktivierung („Selbstwahrnehmung“) simultan für die Steuerung kognitiver Prozesse, des emotionalen Erlebens und des zielgerichteten Verhaltens diese Aspekte verfügbar. (Kuhl, 2001, S.132).

In dem Maße, wie hoch differenzierte Selbstschemata die Selektion und Interpretation der Wahrnehmung und des Erlebens steuern, werden wiederholte Erfahrungen soweit wie möglich konsistent interpretiert und mit denselben sinnverleihenden Wertstrukturen und anderen Selbstaspekten verknüpft. Die hochinferenten, kohärenten Erlebniskomplexe und das Wissen über die eigenen Kompetenzen des Selbst („Selbstbewusstsein“) gibt einer Person das Gefühl für die eigene Identität und den Sinn (d.h. ein „starkes Selbst“). Die wichtigen Schritte in Richtung Selbstverwirklichung werden besonders im Jugendalter (Erickson, 1968) und in der zweiten Lebenshälfte vollzogen (Jung, 1935/1975). Die Selbstverwirklichung kann jedoch aufgrund verschiedener regressionsstiftender Mechanismen zeitweilig oder chronisch außer Kraft gesetzt

werden, wie das im Beispiel der Menschen in einem suizidalen Zustand mit starken Sinnlosigkeitsgefühlen anzunehmen ist.

Die Selbstverwirklichung hängt unter anderem davon ab, wie stark die verschiedenen Formen der Selbststeuerung (Selbstregulation, Selbstkontrolle u.a.) entwickelt und differenziert sind. Die Selbststeuerungskomponente, die als „selbstgewolltes Handeln“ bezeichnet wird, beschreibt die Fähigkeit, eigene Ziele zu bilden, in das Selbst zu integrieren und diese gegen innere und äußere Widerstände umzusetzen. Entwicklung bzw. Differenziertheit der Selbststeuerung hängt also mit der Differenziertheit bzw. Entwicklung des Selbst ganz eng zusammen. Bezüglich des extremen Falls suizidgefährdeter Menschen kann man folgende Fragen stellen: Welchen Einfluss auf die Selbststeuerung hat das gehemmte Selbst (das „schwache Selbst“)? Wie hängt ein „schwaches Selbst“ mit der Selbststeuerung zusammen? Welche Selbststeuerungsdefizite stehen bei der Hemmung des Zugangs zum Selbst bzw. Ausführung selbstfremder Handlungen bis hin zur suizidalen Handlung der Selbst-Vernichtung (aller Selbstprozesse) im Vordergrund? Um diese Fragen zu präzisieren und zu beantworten zu können, braucht man die Informationen, welche Selbstformen oder Selbstaspekte mit welchen kognitiven Systemen der willentlichen Handlungssteuerung und der neurobio-logischen Hemisphärenaktivierung korrespondieren.

Innerhalb jedes der vier Makrosysteme sind Selbstrepräsentationen möglich (Kuhl, 2001). Elementare, kontextsensitive und handlungsleitende Selbstrepräsentationen sind der intuitiven Handlungssteuerung und der rechtshemisphärischen Verarbeitungsleistung zuzuordnen, während elementare und kategorial abstrahierte mit dem Objekterkennungssystem und der linkshemisphärischen Verarbeitung korrespondieren. Hochintegrierte, implizite Repräsentationen des Selbst sind auf der Ebene des Fühlens und der holistischen Verarbeitungsleistung der rechten Hemisphäre zu lokalisieren, während auf der Ebene des bewussten Denkens verbale Abstraktionen über das Selbst d.h. „Selbstkonzepte“ (bzw. das „Ich“) im sprachlich-analytischen Repräsentationsformat stärker der sequentiell-analytischen Spezialisierung der linken Hemisphäre entsprechen.

1.4.1 Funktionsanalyse des Selbst und Psychoanalyse des Ichs

Das bewusstseinsnahe Selbstkonzept und das implizite Selbst waren auch in Freuds Psychoanalyse angedacht, da er bewusste, vorbewusste und unbewusste Anteile des Ich und des Über-Ichs unterschied. Diese Untersysteme des Ich waren jedoch in der Psychoanalyse ebenso wenig elaboriert wie ihre Abhängigkeit von Affekten (Kuhl, 2001). Gemäß der Modulationsannahmen der PSI- Theorie wird der Zugang zum impliziten („vorbewussten“) Selbst durch positiven und herabregulierten negativen Affekt gebahnt, während der Zugang zu dem bewussten Ich („Selbstkonzept“) durch negativen Affekt und durch gehemmten positiven Affekt gebahnt wird.

Die Freudsche Unterteilung des Über-Ich in Ich-Ideal (Prozessen der Identifikation) und Gewissen (Prozessen der Introjektion) lässt sich annäherungsweise mit der Unterscheidung zwischen implizitem Selbst (EG) und expliziten Ich (IG) vergleichen. Freud brachte die Identifikation mit dem Ich-Ideal mit einem positiven Affekt zusammen (das Kind übernimmt positive Seite der Eltern um sich entsprechend stark und gut zu fühlen). Das Gewissen mitsamt seinen Introjekten ist bei Freud mit negativem Affekt assoziiert: Es entspricht jenem Teil des Über-Ichs, der bereits neurotische Angst produziert, wenn Unstimmigkeiten oder Konflikte auftauchen. Das Realitätsprinzip des „Ich“ (in Freuds Theorie) betrifft analytische Problemlösungsanteile in Situationen, in denen die Bedürfnisbefriedigung (des „Es“) frustriert war, was einer Hemmung positiven Affekts entspricht. Das Ich ist bei Freud teilweise auch „unbewusst“, dies würde wiederum einer Ähnlichkeit mit dem impliziten Selbst (EG) entsprechen. Selbstgesteuerte Affektregulation (Selbstmotivierung) durch die Aktivierung des Extensionsgedächtnisses hat in der Psychoanalyse eine vergleichbare Funktion mit der Ich-Kontrolle der „unbewussten“ Affekte. Die vergleichbare Funktion zur Selbstmotivierung nannte Freud die Fähigkeit des Ichs, affektive Besetzungen von Objekten zu verändern, so dass die durch traumatische Objekte oder Triebkonflikte ausgelöste Angst abnehmen konnte. In der Therapie passiert das durch das Bewusstmachen der zugrundeliegenden Konflikte oder Erfahrungen (Kuhl, 2001).

Es ist jedoch nicht immer eine bewusstseinstiftende Therapie oder hinreichend, um Frustrationserlebnisse zu verarbeiten. Wenn im Identifikationsprozess mit dem Ich-Ideal (des Über-Ichs) solche Erfahrungen integriert und mit seinen verschiedenen Aspekten (also vgl. zu Selbstaspekten der PSI-Theorie) verknüpft werden können (z.B.

mit sinnverleihenden Wertstrukturen), dann sind sie für die Affektregulation des Ichs (also vgl. zur Selbststeuerung der PSI-Theorie) verfügbar. Oft bei schwierigen Aufgaben oder nach schmerzhaften Erfahrungen (z.B. wiederholte Zielverfehlung, Liebesverlust, Krankheit, Pflege von Kranken) haben wir gleichzeitig das Gefühl: „Ich weiß nicht, warum ich das immer wieder tue und kann meine Motivation (manchmal sogar Begeisterung) auch nicht erklären, aber ich tue das, und das hat bestimmt ein Ziel und seinem Sinn“. Es geht dabei nicht um unbewusste Abwehrmechanismen des Ichs bei Konfrontation mit frustrierenden Ereignissen, welche eine Frustrationstoleranz ermöglichen, sondern um ein selbstmotivierendes Erleben von Sinn (Aktivierung des EG).

Nachdem der Sinn einer Handlungsoption implizit erfahren wurde (explizit „unerklärbarer Sinn“) kann es bei einem Selbstmotivierungsprozess ohne expliziten Suche nach Handlungslösungen und zu einer Umsetzung selbstkongruenter Ziele kommen. Die Suche nach Sinn ist oft unbewusst bzw. vorbewusst, d.h. durch Identifikation mit elterlichen (u.a. religiösen, moralischen, kulturellen) Wertstrukturen im Ich –Ideal, die weiterhin umgesetzt werden, vermittelt. Dieses Sinnerleben schützt vor vielen neurotischen Konflikten (vor sog. existentialen Neurosen u.a., Frankl, 1972) und kann ein praktischer Hinweis dafür sein, dass die sinnstiftende Selbststeuerung (Selbstmotivierung) bzw. vergleichbare affektregulierende Ich-Funktionen, die solche Triebkonflikte lösen, möglicherweise ganz effizient unbewusst bzw. vorbewusst arbeiten können.

Die affektive Ich-Kontrolle wurde beispielsweise im Rorschachtest durch Signaturen ($M > FM + m$, bei $M > 2$) operationalisiert. Die Signatur M bedeutet menschliche innere (z.B. Affektausdruck, Gefühle, Präferenzen, Werte) und äußere Bewegungen (z.B. Lächeln, Körperwahrnehmung) und die Signatur FM und m äußere elementare Tier- und Objektbewegungen. Wenn es viele M -Signaturen gibt, bedeutet das gute Empathie und wenn die M in Beziehung mit $FM + m$ dominiert, gute Ich-Kontrolle von Affekten und Impulsen (FM oder m), die dem Wertsystem der Ich-Struktur (Ich-Ideal) widersprechen. Affektkontrolle des Ichs bedeutet im Rorschachtest unbewusster bzw. impliziter Umgang mit Gefühlen. Es wird die Empathie oder das Einfühlungsvermögen benötigt, um auf die eigenen Bedürfnisse, Gefühle und Wünsche einzugehen (zuzugehen) und dementsprechend die Affekte zu regulieren (negative hemmen und

positive rekrutieren). Es geht um die Fähigkeit, solche Anreizmotivation aus dem Ich-System (bzw. Ich-Ideal) zu schaffen, um im Einklang mit den eigenen Repräsentationen schwierige Absichten umzusetzen. Braun-Galkowska (1985) konnte empirisch zeigen, dass unzufriedene Eheleute signifikante Unterschiede in Empathieniveau (von 2-3 *M* zwischen den Partner) und Affektkontrolle untereinander im Rorschachtest demonstrieren. Diese Unterschiede gaben es unter den Ehepartnern zufriedener Ehepaare nicht. Braun-Galkowska stellte fest, dass gleiches Empathievermögen und gleiche Fähigkeit auf die Gefühle der Anderen einzugehen und dementsprechend eigene Gefühle zu regulieren, die Eheleute auch in schwierigen Situationen motiviert, ihre Aufgaben zur eigenen Zufriedenheit umzusetzen und ihnen dadurch ermöglicht, in der Ehe zufrieden zu bleiben. Die affektive Ich-Kontrolle kann man der selbstgesteuerten Affektregulation der Selbstmotivierung zuordnen.

Selbstmotivierung ist einer der Mechanismen, welche in der PSI-Theorie der Selbstregulation zugeordnet werden, also einem nichtbewusstseinspflichtigen, volitionalen Prozess (Kuhl, 2001). Sie ist durch einen Zugang zum impliziten Selbstsystem charakterisiert, der durch Herabregulierung negativer Affekte besonders gebahnt ist und zu einer simultanen Berücksichtigung vieler relevanter, impliziter Selbstaspekte bei der Bildung und Umsetzung von Zielen führt. Die Selbststeuerung (Wille) kann, wie es in der PSI-Theorie öfters postuliert wurde (Kuhl, 2001, Fröhlich & Kuhl, 2003), auch unbewusst funktionieren („unbewusster Wille“), indem sie die vielen Bedürfnisse, Ziele und Werte (eigene und fremde) und alle vorstellbaren Konsequenzen verschiedener Handlungsoptionen berücksichtigt. Weil das Bewusstsein völlig überfordert wäre, wenn jedes zu berücksichtigende Element in Echtzeit bewusst beachtet werden müsste, muss die Selbststeuerung teilweise auch unbewusst arbeiten.

1.4.2 Taxonomie von Selbstsystemen

Eine interessante Taxonomie von Selbstsystemen in Form einer charakteristischen Entwicklungssequenz hat Neisser (1988) beschrieben. Unter den fünf sich sukzessiv entwickelnden Selbstformen sind die elementaren Formen der Selbstrepräsentation (erste und zweite Ebene), hochintegrierte Selbstrepräsentationen, die dem Begriff des integrierten Selbst in der PSI-Theorie entsprechen (3. und 4. Ebene) und das Selbstkonzept (5. Ebene) zu finden.

Das ökologische Selbst ist eine Struktur, welche die Selbst-Fremd-Unterscheidung im Umgang mit der physikalischen Umgebung steuert. In das perzeptive Selbstmodell wird jeder Punkt und jedes Objekt, das sich dauerhaft mit dem eigenen Körper mitbewegt, integriert (z.B. sagt ein Autofahrer „ich wurde gerannt“). Das ökologische Selbstmodell beginnt bei 2-3 jährigen Kindern in der Egozentrismusphase.

Das interpersonale Selbst beginnt ebenso in der früheren Kindheit und reguliert die Selbst-Fremd-Koordination in spezifischen Formen der emotionalen Bindung und Kommunikation mit anderen. Die intuitive Verhaltensteuerung leistet die Steuerung dieser Selbst-Fremd-Differenzen. Das betrifft z.B. den Blickkontakt zwischen Mutter und Kind, Emotionsaustausch und andere Mutter-Kind-Interaktionen. Das ökologische und das interpersonale Selbst bilden das sog. Gegenwartsselbst.

Das erweiterte Selbst beruht auf persönlichen Erinnerungen und ist eine Basis für das autobiographische Gedächtnis. Das erweiterte Selbst ist ein Bestandteil von Erinnerungen einer erlebten Situation. Diese Erinnerungen sind ab dem 3.-4. Lebensjahr mit der Reife des Hippocampus verfügbar. Jede Beeinträchtigung dieses Gedächtnisses (bzw. des Hippocampus) durch einen akuten oder chronischen Stress, muss sich demnach auch beeinträchtigend auf den Zugriff auf das Selbst und die weitere Entwicklung des Selbstsystems auswirken.

Das private Selbst ist als eine höhere Stufe der Selbstentwicklung definiert, auf der erfahrbar wird, dass einige Erlebnisse ganz persönlich sind, dass sie nur von der eigenen Person in dieser Form erlebt werden. Ein vierjähriges Kind erkennt z.B., dass es Selbstaspekte gibt (wie z.B. Geheimnisse), die es von anderen Personen unterscheiden. Das private Selbst ist auf einer höheren Stufe des Gehirns als das episodische Gedächtnis angesiedelt. Das vorbewusste System zur Repräsentation persönlicher Erfahrungen und Erlebnissen, also das persönliche Selbst, ist der Verarbeitungsleistung des rechtsfrontalen Cortex zuzuordnen. In PET-Untersuchungen wird eine verstärkte Aktivierung des rechten präfrontalen Cortex (Craik et al., 1999) während der Beobachtung von Aufgaben berichtet, die den Bezug eines Wortes zum Selbst erfordern („beschreibt dieses Wort Sie selbst?“). Der linke präfrontale Cortex ist während des Enkodierens episodischer Informationen aktiviert, während der rechte präfrontale Cortex dann aktiviert wird, wenn Erinnerungen abgerufen werden, bei

welchen die Versuchspersonen nicht nur wissen, dass etwas geschehen ist, sondern dass sie momentan auch fühlen, wie das Erlebnis war (Tulving et al., 1994).

Das Erfühlen eigener Zustände lässt sich mit den Begriffen *Selbstwahrnehmung* und *Selbstaufmerksamkeit* beschreiben. Sobald das Selbstsystem aktiviert wird (durch eine Anregung der Selbstwahrnehmung) werden Rückmeldungen mit dem im Selbst integrierten persönlichen Standards verglichen, so dass notwendige emotionale, körperliche und Verhaltensprozesse korrigiert bzw. reguliert werden können (Kuhl, 2001).

Das konzeptuale Selbst (Selbstkonzept) ist die bewusste, verbal kommunizierbare Überzeugung, die wir über uns Selbst haben, während das private Selbst, den „objektiven“ Gegenstand dieser Überzeugungen bezeichnet. Das Selbstkonzept beruht auf einem Netzwerk von „Theorien“ über soziale Rollen (z.B. Ehemann, Europäer, Techniker), interne Zustände (die Seele, mentale Stärke, das Herz etc.) und explizierbare Unterscheidungsmerkmale zu anderen Personen (z.B. hinsichtlich der Intelligenz, Attraktivität etc.).

In einem Experiment gaben Klein und Loftus (1993) ihren Versuchspersonen sukzessiv zwei Adjektive (z.B. „klug“ und „schnell“) mit der Aufgabe folgende Repräsentationen abzurufen: (1) Erlebte Episoden („Wann habe ich einmal kluges Verhalten gezeigt?“), (2) Selbstzuschreibungen („Bin ich klug?“) und (3) Definitionen („Was bedeutet klug?“). Die erste Aufgabe betrifft den bei Neisser (1988) und auch in der PSI-Theorie postulierten autobiographischen Kern des nicht bewusstseinspflichtigen privaten Selbst, und die zweite Aufgabe lässt sich als Operationalisierung des Selbstkonzeptes interpretieren. Hier sollten nicht konkret erlebte Episoden genannt werden, sondern verbale Abstraktionen über das Selbst. Implizite, integrierte Selbstrepräsentationen wie in der ersten Aufgabe bilden sich aufgrund konkreter Erfahrungen und sind stark mit den erlebten Bedürfnissen, Gefühlen und Werten u.a. vernetzt. Episodische und semantische Selbstrepräsentationen werden auch unabhängig voneinander gespeichert. Diese Ergebnisse bestätigen auch neurobiologische Befunde. Patienten, die ihr episodisches Gedächtnis völlig verlieren, sind in der Lage, auf einer analytisch-konzeptuellen Ebene ihre aktuelle Persönlichkeit relativ gut einzuschätzen, d.h. in Übereinstimmung mit Fremdurteilen (Tulving, 1993).

Selbstkonzepte (bzw. das „Ich“) sind in der PSI-Theorie der Denkfunktion und dem Intentionsgedächtnis zuzuordnen, deren analytisch und sprachnahes Repräsentations-

format stärker der sequentiell-analytischen Spezialisierung der linken Hemisphäre entspricht. Das implizite subsymbolische Repräsentationsformat des Selbst und des Extensionsgedächtnisses ist demgegenüber stärker der holistischen Verarbeitung der rechten Hemisphäre zuzuordnen. Es gibt eine Vielfalt von Selbstkonzepten, die sich auf eigene Selbststeuerungskompetenzen beziehen wie z.B. Fähigkeitskonzepte, Optimismus (Scheier & Carver, 1992; Seligman, 1991), Kausalattributionen (Peterson, et al., 1988; Weiner, 1974), Selbstwirksamkeit (Bandura, 1977b) oder Kontrollüberzeugungen (Seeman & Seeman, 1983). Das Hauptproblem aller dieser Selbstkonzepte liegt jedoch in der Frage nach der Validität der Selbstkonzepte, d.h. in der Frage wie sehr individuelle Angaben oder Äußerungen über eigene Fähigkeiten, Bedürfnisse oder Wertungsdispositionen mit den tatsächlichen Gegebenheiten, den Wünschen und Bedürfnissen des kohärenten Selbst übereinstimmen.

Die Diskrepanzen zwischen dem kohärenten, implizierten Selbst und dem Selbstkonzept können zu vielen Problemen mit dem sozialen Umfeld bzw. der eigenen Persönlichkeit führen. Markus und Nurius (1986) beispielsweise verwenden das Selbstkonzept „possible selves“ für die angestrebten (z.B. das erfolgreiche Selbst oder das beliebte Selbst) und gefürchteten Aspekte (z.B. das einsame Selbst, das inkompetente Selbst) der eigenen Person. Es handelt sich bei diesem konzeptuellen Selbst um zukunftsorientierte Komponenten beispielsweise des erfolgreichen Selbst (z.B. Anwaltskarriere, als ein Wunsch der Eltern für ihr Kind, welcher übernommen wird), die nicht mit den tatsächlichen Wünschen und Bedürfnissen (dem kohärenten Selbst) einer Person übereinstimmen müssen (z.B. wenn der eigene Wunsch des Sohnes ist, Reportagen zu schreiben und Journalist zu werden). Vor diesem Hintergrund lässt sich Selbst-Infiltration (fehlinformierte Introjektion), bei der fremdgesteuerte Ziele verfolgt werden, die aber nicht erkannt und als selbstgewollt wahrgenommen werden, als ein invalides Selbstkonzept verstehen (Kuhl & Kazén, 1994a, Baumann, 1998, 2003).

Bei Menschen in einem suizidalen Zustand gibt es wahrscheinlich Diskrepanzen zwischen kohärenten Selbstrepräsentationen und dem konzeptuellen Selbst. Man kann aus der klinischen Beobachtung feststellen, dass diese Menschen spezifische, durch negative Gefühle ausgeprägte Überzeugungen über sich selbst haben z.B. über interne Zustände („Seelenschmerz“, psychisches Leid, psychische Einengung etc.) oder soziale Rollen (unglücklicher Liebhaber, Mannschaftsversager, Alleingänger etc.). In

der Sprache der Sozialpsychologie es handelt sich in diesem Fall um einen pessimistischen Kausalattributionstil, bei dem Erfolge spezifischen und instabilen Faktoren zugeschrieben werden (z.B. Glück, Wetter) und Misserfolge eher globalen und stabilen Faktoren (z.B. eigener Unfähigkeit), einer niedrigen Selbstwirksamkeit und externer Kontrolle. Aus der klinischen Erfahrung ist bekannt, dass suizidgefährdete Menschen sehr spezifische oft intellektuelle und philosophische Selbstkonzepte oder eine philosophische Weltanschauung haben, aber nicht präzisieren können, wann und wie sie im Laufe ihres Lebens optimistisch oder auch pessimistisch waren bzw. sich verhalten haben. Fragen: „Was haben Sie heute erlebt oder erfahren?“ (Aktivierung des episodischen Gedächtnis). „Wie versuchen Sie ihre konzeptuellen (idealierten) Werte im Alltagsleben zu erleben?“, bereiten ihnen große Schwierigkeiten. Der Zugang zu den selbstrelevanten Erlebnissen ist gehemmt. Bei Behandlung suizidaler Zustände darf man keines Weges versuchen, die linkshemisphärisch bedingten Selbstkonzepte zu verändern (z.B. aus überzeugten Pessimisten einen Optimisten machen. Das könnte ihre linkshemisphärische Aktivierung noch verstärken), sondern man sollte versuchen, die rechtshemisphärischen Selbstrepräsentationen (z.B. eigene Werte, Bedürfnisse und Wünsche) zu aktivieren und selbstkongruente Ziele zu bilden.

1.4.3 Stufen der Internalisierung der Ziele mit dem Selbst

Bevor es zur Zielumsetzung kommt, sollte man feststellen, ob die ins Auge gefassten Ziele und Tätigkeiten selbstkompatibel sind. Die Überprüfung der Übereinstimmung (Kompatibilität) eigener (selbstkongruenter) und fremder Ziele, die als Selbstkompatibilitätsprüfung bezeichnet wird, zeigt, ob und wie weit ein Ziel in das „Selbst“ integriert werden kann. Im Prozess der Internalisierung eines Zieles in das Selbst lassen sich mindestens sechs verschiedene, voneinander unabhängige Stufen unterscheiden (Kuhl & Kazén, 1994a).

- 1) Ignoranz bezeichnet eine Stufe, bei der keine interne Repräsentation sozialer (fremder) Erwartungen oder Ziele vorliegt (z.B. jemand ist sich sozialer Normen bzw. Erwartungen nicht bewusst und verstößt gegen diese Normen).
- 2) Ablehnung bei dieser Stufe im Prozess der Internalisierung liegen interne Repräsentationen sozialer Erwartungen vor mit dem Entschluss sich nicht nach

ihnen zu richten (z.B. jemand ist sich Erwartungen anderer bezüglich seiner Person bewusst, aber er lehnt sie ab, weil sie nicht zu den eigenen Erwartungen und Wünschen passen).

- 3) „Informierte“ Introjektion bezeichnet eine bewusste Übernahme fremder Ziele, d.h. eine Internalisierung sozialer Erwartungen, mit der Entscheidung, sich danach zu verhalten, obwohl sie nicht in das Selbst passen (z.B. ein Abiturient will Journalist werden, aber gibt dem Drängen der Mutter nach, anzufangen Jura zu studieren. Er empfindet das Studium als unangenehme Verpflichtung und hofft, dass seine Mutter endlich Ruhe gibt, wenn er auf der Grundlage der erlangten, unangenehmen Erfahrung der 2-3 Jurasemester dieses Studium ablehnt).
- 4) „Fehlinformierte“ Introjektion oder Infiltration stellt eine Übernahme fremder Ziele dar, bei den soziale Erwartungen als selbstkompatibel und selbstintegriert wahrgenommen werden, obwohl sie nicht in das Selbst passen. Es handelt sich um einen „Internalisierungsfehler“ (Kuhl, 1992) bzw. eine vorschnelle Übernahme sozialer Erwartungen, die auf einer mangelhaften Selbstkompatibilitätsprüfung der fremden Ziele beruht (z.B. nimmt der oben genannte Abiturient an, er selbst wolle Jura studieren. Dieser Fall wäre dann zu erwarten wenn er z.B. bei einer Nichterfüllung der mütterlichen Erwartungen den Verlust ihrer Zuneigung befürchtet. Obwohl er sich selbst anstrengt und sich als motiviert bezeichnet, weisen einige Anzeichen auf eine fehlende Integration des Zieles in das Selbst hin: Er hat Schwierigkeiten morgens aufzustehen, zu lernen und kann die Klausuren nur schlecht oder gar nicht bestehen).
- 5) Identifikation beschreibt die Integration der sozialen Erwartungen in einen kontextspezifischen Teil des Selbst (z.B. findet der Student Jura nicht uninteressant und will weiter machen, obwohl er so weniger Zeit hat, seine Reportage für die Tageszeitung zu schreiben).
- 6) Integration bezeichnet internalisierte soziale (fremde) Erwartungen, die in die meisten Teile des Selbst integriert sind. Integration bedeutet, dass die Aktivität durch viele Werte, Überzeugungen und andere Selbstaspekte unterstützt wird (z.B. wenn das Jurastudium der Herzenswunsch des Abiturienten ist und die Mutter dies unterstützt. Das Schreiben von Reportagen besitzt jetzt eine niedrigere Priorität und wird nur als eine Freizeittätigkeit betrachtet).

Die Motivation für die Ausführung von Handlungen haben Ryan und Connel (1989) untersucht. Die Autoren unterscheiden vier Beweggründe, die auf einem Kontinuum von Kontrolle (*a* und *b*) versus Autonomie (*c* und *d*) variieren.

- a) *externale Gründe bzw. Fremdkontrolle* („...weil andere Personen möchten, dass ich das tue, oder weil ich etwas dafür bekommen will, z.B. Anerkennung, Popularität“).
- b) *introjizierte Gründe bzw. Introjektsteuerung* („...weil ich mich schäme, mich schuldig oder ängstlich fühle, wenn ich das nicht tue“).
- c) *identifizierte Gründe bzw. Identifikation* („...weil ich überzeugt bin, dass es ein wichtiges Ziel ist, das ich freiwillig und aufrichtig verfolge“).
- d) *intrinsische Gründe bzw. intrinsische Motivation* („...weil mir die Sache sehr viel Freude macht“).

Einige Stufen im Prozess der Internalisierung (Kuhl & Kazén, 1994a) korrespondieren mit diesen Beweggründen für das Handeln. Im Falle einer Integration der Ziele in das Selbst (Stufe 6) sollten Personen intrinsische Beweggründe für ihr Handeln nennen („weil es viel Freude macht“). Bei einer Identifikation mit ihren Zielen (Stufe 5) sollten sie vorwiegend identifizierte Beweggründe nennen („weil mir das Ziel wichtig ist“) und im Falle informierter Introjektion (Stufe 3) externe Beweggründe („weil ich etwas dafür bekomme“). Die Ansätze von Ryan und Connell (1989) und von Kuhl und Kazén (1994a) lassen sich jedoch nicht ganz miteinander vergleichen. Introjizierte Bewegungsgründe („sich sonst ängstlich, schuldig fühlen“) könnten sowohl im Falle informierter (Stufe 3) als auch fehlinformierter Introjektion (Stufe 4) genannt werden. Ferner könnten identifizierte Gründe („weil mir das Ziel wichtig ist“) nicht nur im Falle einer Identifikation mit dem Ziel (Stufe 5), sondern auch im Falle fehlinformierter Introjektion (Stufe 4) angegeben werden.

Gemäß der 2. Modulationsannahme der PSI-Theorie, wenn starker, negativer Affekt perseveriert, ohne herabreguliert werden zu können, ist der Zugang zum Selbstsystem erschwert. Dieser Verlust des Selbstzugangs in negativer Stimmung ist von entscheidender Bedeutung für die Verwechslung eigener und fremder Wünsche, wenn fremde Wünsche und Ziele ausgeführt werden mit der Überzeugung, dass diese die eigenen, selbstgewollten sind (fehlinformierte Introjektion). In einer Untersuchung von Baumann (1998) zeigte sich, dass die Neigung zur fehlinformierten Introjektion deutliche Zusammenhänge mit Selbsthemmungskomponenten aufweist wie Grübeln

über eigene Misserfolge, belastungsabhängige Lähmung, perzeptive Rigidität und übermäßige Selbstdisziplin (überfordert zu sein). Diese Komponenten der Selbsthemmung korrelieren positiv mit der Rate falscher Selbstzuschreibungen fremdinduzierter Optionen. Baumann (1998, 2003) konnte auch weiterhin experimentell den postulierten Einfluss des negativen Affekts nachweisen (der den Selbsthemmungskomponenten zugrunde liegen soll). Ein signifikanter Anstieg der Rate falscher Selbstzuschreibungen (fehlinformierte Introjektion) wurde bei Lageorientierten (LOM) nur nach Induktion negativen Affekts (durch einen traurigen Dokumentarfilm) beobachtet.

Man kann vermuten, dass Sinnlosigkeitsgefühle eine Ableitung oder natürliche Folge der fehlinformierten Introjektion sind. Bei einem gehemmten Zugang zum Selbst werden Ziele verfolgt, die nicht selbstgewollt sind, deshalb entsteht das Gefühl, dass man nicht wirklich das will, was man tut und alles, was man tut, als sinnlos erlebt wird. Bei einem gehemmten Selbstsystem weiß man auch nicht genau, worin die eigenen Wünsche und Werte liegen, deren Umsetzung den Lebenssinn vermittelt. Wenn es also zu einem gehemmten Selbstzugang bei suizidgefährdeten Menschen käme, welchen Einfluss hätte das dann auf das erhöhte Suizidrisiko oder auf die korrespondierenden Symptome wie Hoffnungslosigkeit und Depressivität?

1.5 Depressivität in der PSI-Theorie und Suizidalität

Depression ist eher durch eine Hemmung positiven Affekts als durch eine Überaktivierung negativen Affekts charakterisiert. Dass depressive Personen (d.h. mit unipolarer Depression mit Handlungslähmung, Lustlosigkeit, Triebverlust u.a.) auf schmerzhaft Erfahrungen mit der Hemmung positiven Affekts reagieren, ohne dass sie gleichzeitig eine Erhöhung negativer Gefühle (z.B. Angst) aufweisen, ist empirisch festgestellt worden (Higgins, 1987; Watson & Tellegen, 1985).

Gemäß der 1. Modulationsannahme der PSI-Theorie sollte diese Hemmung positiven Affekts zu einer Überaktivierung des Absichtsgedächtnisses führen, die bei depressiven Patienten wie auch bei Gesunden, mit einer starken Ausprägung der prospektiven Lageorientierung, empirisch demonstriert werden konnte (Goschke & Kuhl, 1993; Kuhl & Helle, 1986). Lageorientierung wird damit als nichtpathologische Entsprechung der depressiven Persönlichkeitsstörung in der PSI-Theorie aufgefasst,

weil beide Kategorien durch eine starke Beibehaltung von Absichten (auch unrealistischen) gekennzeichnet sind (Kuhl & Kazén, 1997, S. 103).

Kuhl (1984) stellt die mentale Repräsentation von Absichten als ein Netzwerk, von vier Komponenten dar. (1) Die Kontextkomponente bezeichnet die Bedingungen (z.B. Zeit, Ort), unter denen die beabsichtigte Handlung ausgeführt werden kann. (2) Die Subjektkomponente verweist auf das Selbst als den Agenten der beabsichtigten Handlung. (3) Die Relationskomponente spezifiziert den motivationalen Status, d.h. den Grad der Verbundenheit (mit dem Selbst), der für Absichten beispielsweise größer ist als für Wünsche. (4) Die Objektkomponente spezifiziert Handlungen, die zu dem angestrebten Zielzustand führen. Sind eine oder mehrere dieser Komponenten schlecht oder gar nicht spezifiziert, dann handelt es sich um eine degenerierte Absicht. Wenn beispielsweise ein junger Mann schon alle verfügbaren Handlungsoptionen ausgeschöpft hat, um eine Trennung von seiner Freundin zu verhindern (z.B. durch neue Begegnungsversuche, Blumen und Geschenke, Entschuldigungen und Versprechungen neuer glücklicher Zukunft etc...), sollte er seine Absicht nach einem wiederholten Misserfolg (mit der Freundin weiter zusammen sein) normalerweise einfach aufgeben. Wenn die Verbundenheit zu dieser Absicht jedoch extrem hoch ist oder die Person sich der Degeneration der Absicht nicht bewusst ist, kann es vorkommen, dass die Absicht perseveriert, obwohl sie gar nicht zu realisieren ist (Kuhl & Helle, 1994).

Trennung, Verlusterlebnisse wie Liebesverlust, Kontrollverlust als Antezedenzien der Depressivität münden erst dann in einer depressiven Stimmung, wenn sie zu der überstarken Aufrechterhaltung von degenerierten Absichten führen und mit der Ausführung neuer, realistischer (d.h. vollständig definierten) und emotional unterstützter Absichten interferieren. Diese Absichten blockieren den Arbeitsspeicher des Kurzzeitgedächtnisses (Kuhl & Helle, 1994) und lösen perseverierende Gedanken über vergangene Misserfolge, die gegenwärtige Situation und den angestrebten Zustand aus. Die Befunde stimmen mit denen von Johnson überein, dass depressive Patienten sich besser an unerledigte Absichten erinnern, während Nichtdepressive Erledigtes besser behalten als Unerledigtes (Johnson et al. 1983).

Durch unerledigte Absichten wird das Absichtsgedächtnis belastet, und wenn positiver Affekt gehemmt ist, kommt es zur Hemmung der Verbindung zwischen Absichtsgedächtnis und der intuitiven Ausführungssteuerung und zum Nichtausführen von

explizit beabsichtigten Handlungen, d.h. zu der für Depression typischen Willenslähmung (Kuhl & Kazén, 1999). Eine Störung der Fähigkeit zur Selbstmotivierung (Anreizmotivation durch Aktivierung des EG), die die bei Bildung einer schwierigen Absicht entstehende Reduktion positiven Affekts wieder rückgängig macht, kann das Depressionsrisiko erhöhen. Das häufige „Vergessen“ der Ausführung von Absichten (Ausführungshemmung) lässt sich als ein indirekter Hinweis auf eine Selbstmotivierungsschwäche („Umsetzungswünsche“) interpretieren (Kuhl & Helle, 1986).

Das Leiden der depressiven Personen hängt unmittelbar damit zusammen, dass ihnen die Energie zum Handeln um so mehr fehlt, je stärker sie über das Unerledigte (nichtrealisierende Absichten) nachdenken (Kuhl & Helle, 1986; Kuhl & Kazén, 1998). Solange depressive Patienten täglich erleben, dass ihnen die Energie zum Handeln fehlt und sie unfähig sind, die perseverierenden Affekte willentlich zu unterbinden, wird man ihnen kaum einreden können, dass sie über gute Handlungskontrollkompetenzen verfügen, wie es allzu einseitige Interpretationen kognitiver Theorien der Hilflosigkeit nahe legen (vgl. Beck, 1979, Seligman, 1975, zit. nach Kuhl, 2001).

Leistungsbeeinträchtigungen, die Lagorientierte nach Misserfolg zeigen („erlernte Hilflosigkeit“), ebenso wie die Handlungslähmungen depressiver Patienten, sind dementsprechend nicht primär durch ein motivationales Defizit (Seligman, 1975) oder reduzierte Selbstwirksamkeitsüberzeugungen (Bandura, 1982) zu erklären, sondern durch ein funktionales volitionales Defizit, z.B. durch die Interferenz unkontrollierbarer Gedanken über Misserfolg, seine Ursachen und seine emotionalen Konsequenzen und durch die Unfähigkeit, die Konzentration willentlich auf aufgabenrelevante Gedanken und Gefühle zu lenken, was sekundär durchaus zu pessimistischen kognitiven Inhalten und zu motivationalen Defiziten führen kann (Brunstein & Olbrich, 1985; Kuhl, 1981, Kuhl & Weiß, 1994).

Negative Denkmuster (Beck, 1967) sind in diesem Modell nur die Auswirkungen bzw. die phänomenologischen Begleiterscheinungen nicht zu realisierender Absichten (Kuhl & Kazén, 1994). Eine mangelnde Fähigkeit, sich von unrealistischen, degenerierten Absichten zu lösen, führt zwangsläufig zu wiederholten Misserfolgserlebnissen und zur Frustration von Bedürfnissen und Wünschen, so dass der negative Affekt chronifizieren und in Interaktion mit entsprechenden biologischen Komponenten zu Depression führen kann. Eine depressive Symptomatik (über das Beck-Depressions-

Inventar, dem BDI gemessen) sollte neben der depressiven Persönlichkeitsstörung, die mit dem im PSSI-K gemessen wird, mit einer erhöhten Neigung zur Suizidalität bzw. wiederholten Suizidversuchen korrelieren.

Der Zusammenhang zwischen der Suizidalität und Depressivität ist nicht so klar, wie man erwartet. Viele depressive Personen begehen keinen Selbstmord, und nicht depressive Personen versuchen, sich das Leben zu nehmen (Frederick, 1977; Achte, 1977; Pohlmeier, 1978). In seinen früheren Untersuchungen stellte Pohlmeier (1971) fest, dass nicht jede Depression zu einem Selbstmord führt, aber ein Selbstmord ohne Depression nicht zustande kommt. Dass der Suizid immer etwas mit Depression zu tun habe, hält Pohlmeier in seinen Studien von 1978 im Gegensatz zu seiner früheren Meinung, nicht aufrecht (Poustka, 1985).

In der Fachliteratur wird betont, dass im Adoleszenzalter die Depression oft einen unspezifischen Charakter hat und damit schwer zu erkennen sein könnte. Gould (1965) ist der Meinung, dass bei Adoleszenten eine Depression öfters versteckt ist, sei es in unkontrollierbaren Reaktionen oder in einer Tendenz zur Apathie, somatischen Symptomen, im Weglaufen von zu Hause oder Schuleschwänzen sowie antisozialem Verhalten oder einer rebellischen Einstellung gegenüber Anderen. Die Depression sinkt meistens nach einem Suizidversuch. Gould (1965) hat innerhalb der suizidalen Gruppe auch klassische Depressionssymptome feststellen können wie das Gefühl der inneren Leere, Apathie, Einsamkeit, verminderte Aktivität und geringes Interesse an anderen Menschen, sexuelles Desinteresse und Appetitlosigkeit. Bakwin (1964, 1966) fand heraus, dass 40% der jungen Menschen, welche sich das Leben nehmen wollten, eine Depression hohen oder mittleren Grades aufwiesen. Kreitman (1977) findet bei 40% der weiblichen Probanden und 28% der männlichen nach dem Parasuizid eine depressive Störung.

Goldberg (1981) fand heraus, dass ein Zusammentreffen mit hoher Ausprägung solcher Faktoren wie depressive Symptomatik, schlechter allgemeiner Gesundheitszustand, offene Aggression und Trennungserfahrungen von der eigenen Mutter vor dem 16. Lebensjahr, einen Risikofaktor für Suizidgedanken bildet, der zu suizidalen Handlungen führen kann. Birtchel (1981) argumentiert, dass die Beziehungen zwischen einer frühen Trennungserfahrung und depressiver Symptomatik (abgesehen von der kurzfristigen, depressiven Stimmung im Stadium des präsuizidalen Syndroms)

aber auch Persönlichkeitsvariablen (wie z.B. Abhängigkeit, Unreife, Aggressivität) diejenigen Faktoren sind, die sich gegenseitig beeinflussen und auch bei verschiedenen anderen psychiatrischen Syndromen im Zusammenhang mit suizidalen Verhalten eine Rolle spielen können.

Serwer und Foner (1969) stellten in ihren Studien fest, dass bei depressiven Personen ein Aggressionsausbruch ein Indikator für das Suizidrisiko ist. Friedman (1970), Klerman und Gershon (1970) belegten, dass eine nach außen ausgedrückte Aggressivität mit einer verminderten Depressivität nicht korreliert. Die Depression kann sich durch eine offene Feindseligkeit manifestieren und zu einem Suizidverhalten führen (Pohlmeier, 1978). Ebenso belegten Weissman und Paykel (1974), dass suizidale und depressive Patienten durch eine Feindseligkeit in Zusammenhang mit Suizidgefühlen charakterisiert werden können. Farberow und Mc Evoy (1970) untersuchten 43 suizidale Patienten mit einer reaktiven Depression und Angst. Diese Patienten zeigten im Vergleich zur nichtsuizidalen Kontrollgruppe eine ausgeprägtere Depressivität, Angst, Spannungen und Feindseligkeit sowie Hoffnungslosigkeitsgefühl und autodestruktive Gedanken. Diese Variablen könnten zusammen einen Risikofaktor für das suizidale Verhalten der depressiven Patienten darstellen. Birtchnell (1981) sieht in seiner Untersuchung in Bezug auf einen Suizidversuch keinen Unterschied zwischen neurotischer und endogener Depression.

Es gibt verschiedene Theorien über die Genese der Depressivität in Zusammenhang mit suizidalem Verhalten. Beck (1967, 1974, 1975, 1979) weist darauf hin, dass außer dem Verlust des Anreizobjektes (wie das Freud bezeichnete), die unrealistischen negativen Gefühle gegenüber sich selbst und der eigenen Zukunft in der Entstehung der Depressivität eine wichtige Rolle spielen. Ausgehend von kognitiven negativen Denkweisen bei Depressionen mit selektiven Abstraktionen, willkürlichen Schlussfolgerungen, Übergeneralisierungen und Verzerrungen der relativen Wichtigkeit bestimmter Ereignisse, kommt es zur Attribution externer, negativer Ereignisse auf sich selbst durch eine Reihe von kognitiven Irrtümern (kognitive depressive Triade). Die negativ verzerrte Interpretation der Zukunft und der Selbsteinschätzung führen in verstärktem Ausmaß zu Selbstunsicherheit, Selbstvorwürfen bis hin zur häufigen Beschäftigung mit Suizidgedanken (Beck, 1991, 1967; Young, Beck & Weinberger, 1993).

Das Empfinden von Hoffnungslosigkeit und Hilflosigkeit bzgl. der persönlichen Zukunft spielt dabei eine größere Rolle als eine depressive Stimmung alleine. In ihren Studien (Beck, 1967; Loster & Beck, 1975; Beck, Kovasc & Weiseman, 1975) stellten Beck und Mitarbeiter fest, dass das psychosomatisch und klinisch gemessene Hoffnungslosigkeitsgefühl, einen stärkeren Zusammenhang mit der Suizidabsicht zeigte als Depressivität. In weiteren Untersuchungen (Wetzler, 1976) korrelierte die Hoffnungslosigkeit wesentlich höher mit Suizidabsichten als mit Depressivität. Das ausgeprägte Gefühl der Hoffnungslosigkeit suizidaler Menschen, eine pessimistische Überzeugung, dass ihre gegenwärtigen Umstände, Schwierigkeiten und negative Stimmung sich nicht ändern werden (Klingman & Hochdorf, 1993; Ellis & Ratliff, 1986; Holden et al., 1985), halten manche Kliniker für den sensibelsten Indikator einer Suizidabsicht (Weishaar & Beck, 1992; Holden et al., 1985). Ähnlich wie die Bedeutung der Eingengung in Ringels präsuizidalen Syndrom sieht Beck im Eliminieren alternativer Lösungen (weil sie starke, nichtbewältigbare Angst hervorrufen) in schweren Fällen das suizidale Verhalten als höchste Konsequenz des negativen kognitiven Grundmusters und als extremen Ausdruck der Flucht vor unlösbar erscheinenden Problemen, an. Manche Kliniker und Suizidforscher sind der Meinung, dass es derzeit schwierig zu ersehen ist, inwieweit eine depressive Symptomatik bei Deprivationserfahrungen in Verbindung mit einer Störung des Sozialverhaltens (antisoziale Persönlichkeitsstörung) eine häufige Verbindung zu suizidalen Handlungen, zumindest bei Jugendlichen, darstellt, wie dies implizit bei den meisten Untersuchungen vermutet wird (Poustka, 1985). Der Zusammenhang zwischen Depressivität und suizidalem Verhalten lässt vermuten, dass nicht jeder Suizidversuch mit einer depressiven Symptomatik verbunden ist, sondern dass auch andere Stile oder Störungen der Persönlichkeit (wie z.B. Borderline-Störung, negativistischer Persönlichkeitsstil) außer dem depressiven bzw. depressiv-antisozialen Stil einen Risikofaktor für das suizidale Verhalten darstellen können (siehe die Persönlichkeitsstile der PSI-Theorie, Kap.4.2). Im Allgemeinen müssten die Übersteigerungen dieser Persönlichkeitsstile bzw. Persönlichkeitsstörungen wegen der damit verbundenen Ich-Schwäche nach den Erläuterungen von Ringel (1984) und Henseler (1974) eine besondere Suizidgefährdung darstellen.

2. Von der Neurobiologie zur Persönlichkeitsforschung der Suizidalität

Die Fortschritte der experimentellen Psychologie und die neueste neuropsychologische Suizidforschung eröffnen die Möglichkeit einer ganzheitlichen Erfassung des Suizidphänomens. Diese holistische Erfassung führt von der neurobiologischen Hirnforschung der Suizidalität über das Phänomen der persönlichen Erfahrung zu ihrer psychologischen Betrachtung durch die Persönlichkeitsforschung. Die Phänomenologie des suizidalen Verhaltens wurde oft von verschiedenen Autoren als so genanntes präsuizidales Syndrom (Ringel, 1974) oder suizidaler Geisteszustand („suicidal state of mind“, Shneidman 1976; Hendin, 1976; Weinberg, 2000) zusammengefasst. Sie umfasst verschiedene (z.B. emotionale, kognitive, motivationale) Aspekte persönlicher Erfahrung der suizidgefährdeten Menschen, bevor sie einen Selbstmord begehen.

Ein holistischer Ansatz der Suizidforschung bietet ein systematisches und integratives Verständnis des suizidalen Geisteszustandes, der nicht ohne Bezug zu verschiedenen emotionalen, kognitiven, neurochemischen und morphologischen Prozesse, die mit ihm im Zusammenhang stehen (Weinberg, 2000), verstanden werden kann. Die Interaktion dieser Prozesse bildet den suizidalen Geisteszustand, der sich in verschiedenen Formen suizidalen Verhaltens ausdrücken kann (Suizidgedanken, Suizidversuche, vollendete Suizide). In diesem Kapitel werden neurobiologische Forschungsergebnissen mit einigen persönlichkeitspsychologischen in Zusammenhang gebracht.

2.1 Die neurobiologische Komponente der Suizidalität: Hemisphärische Asymmetrie

Es gibt eine Vielfalt von neurobiologischen und experimentalpsychologischen Befunden, welche darauf hinweisen, dass die rechte und die linke Hemisphäre an der Verarbeitung verschiedener Informationen beteiligt ist. Die rechte Hemisphäre ist stärker an nicht-sprachlichen, ganzheitlichen Verarbeitungsleistungen beteiligt (wie z.B. Melodien, Bilder, Phantasie), welche mit den holistischen Aspekten des Fühlens verbunden sind, während die linke Hemisphäre sich stärker mit den sprachlichen, logisch-analytischen Verarbeitungsphasen beschäftigt, die dem analytischen und sequentiellen Denken zugeschrieben werden (Bradshaw, 1989; Ley & Bryden, 1982; Springer & Deutsch, 1993). Hemisphärischer Asymmetrie entsprechen Unterschiede in

der Verarbeitung von Emotionen. Der Emotionsausdruck von dargebotenen Bildern kann besser identifiziert werden, wenn sich die Bilder im linken Gesichtsfeld befinden (das zunächst in die rechte Hemisphäre projiziert wird), als wenn sie dem rechten Gesichtsfeld dargeboten werden. Werden gesprochene Sätze ins linke Ohr eingespielt, wird die Endtönung besser identifiziert, als wenn die Worte über das rechte Ohr wahrgenommen werden (Ley & Bryden, 1979; 1982). In einer EEG-Untersuchung, dominierte die Aktivität der rechten Hemisphäre während Geschichten gelesen wurden; die linke Hemisphäre in der Zeit, als wissenschaftliche Texte vorgelesen wurden (Ornstein, Herron, Jonstone & Swencionis, 1979).

Das linkshemisphärische Modell des Denkens basiert auf probabilistischen Prognosen und sucht eindeutige, monosemantische, kausale Lösungen (Meerson, 1986). Im Gegensatz dazu ist die rechte Hemisphäre in der Lage, die Realität in polysemantischer Weise zu sehen. Der polysemantische Kontext ist eine Basis für die Wahrnehmung und Integration von Paradoxen und Widerständen. Eine solche Integration von Mehrdeutigkeiten erfordert die Fähigkeit, kreativ zu denken (Rotenberg, 1993). In EEG-Untersuchungen zeigte sich, dass kreative Aktivität mit einer erhöhten alpha-Aktivität in der rechten Hemisphäre verbunden ist (Ornstein, 1972; Whitton, 1978). Versuchspersonen, die in hohem Maße in der Lage sind, polysemantischen Kontext zu generieren, weisen eine hohe alpha-Aktivität in der rechten Hemisphäre auf. Im Gegensatz dazu weisen Personen mit eher unterdurchschnittlichen Fähigkeiten in polysemantischer Kontextbildung rechtshemisphärisch dyssynchronisierte Muster im EEG auf. Die Fähigkeit der rechten Hemisphäre, den polysemantischen Kontext zu generieren, ist also mit der ausgeprägten alpha-Aktivität in der rechten Hemisphäre verbunden (Rotenberg, 1991).

In einer neurolinguistischen Untersuchung belegten Coney und Ewans (1990), dass die rechte Hemisphäre in einer umfassenden Form, verschiedene Bedeutungen, die mit einem Wort assoziiert sind, aktiviert. In diesem Sinne geht es um die Mehrdeutigkeit von Symbolen und Metaphern. Nur die rechte Hemisphäre ist fähig, lexikalische Metaphern und Symbole in ihrer Mehrdeutigkeit zu verstehen und zu interpretieren (Anaki, Faust & Kravetz, 1998). Schon frühere Untersuchungen mit Patienten nach Hirnschädigungen weisen darauf hin, dass rechtshemisphärische Schädigungen zu

einer verminderten Fähigkeit des Verstehens von metaphorischem Textmaterial führen (Winner & Gardner, 1997; Brownell, Simpson, Bihle, Potter & Gardner 1990).

2.1.1 Die rechtshemisphärische Hemmung und die Suizidalität

Aus der neurobiologischen Suizidforschung ist bekannt, dass suizidgefährdete Menschen den Zugang zu den vorderen Regionen der rechten Hemisphäre verloren haben und immer einseitiger auf die linke Hemisphäre (LH) reduziert sind (Weinberg, 2000). Die EEG alpha-Asymmetrie bei weiblichen Adoleszenten untersuchten Graae und Mitarbeiter (1996). Eine Gruppe von 16 jungen Frauen nach einem Suizidversuch zeigte größere alpha-Aktivität in der linken Hemisphäre (LH), als in der rechten Hemisphäre (RH), während bei den 22 gesunden Personen der Effekt umgekehrt war. Auch nicht-depressive, suizidale Jugendliche hatten größere alpha-Aktivität in der LH, als in den vorderen Regionen der RH. Diese Ergebnisse bestätigen die Annahme, dass alpha-Asymmetrie im EEG einen Zusammenhang mit der Suizidgefahr und nicht mit der Depressivität zeigt.

Rotenberg und Mitarbeiter (Rotenberg & Arshavsky 1991; Rotenberg & Weinberg, 1999) belegten, dass eine niedrigere alpha-Aktivität in der rechten Hemisphäre ein Hinweis auf eine gering ausgeprägte Fähigkeit, einen polysemantischen Kontext zu bilden, darstellt. Weinberg (2000) argumentiert weiter, dass suizidgefährdete Personen eine verminderte Fähigkeit besitzen, den polysemantischen Kontext zu generieren, der für die Selbstwahrnehmung unvermeidbar ist.

Viele Befunde sprechen für die hemisphärische Asymmetrie der Serotoninfunktion bei suizidalen Personen (Arora & Melzer, 1991; Arato et al., 1991). Arato und Mitarbeiter verglichen die Bindung von Imipramine als Maß für die Aktivität der Serotonin – Autorezeptoren in der rechten und in der linken Hemisphäre von 23 suizidalen Opfern und 23 nicht suizidalen Personen. Suizidale Opfer zeigten höhere Bindung in der linken als in der rechten Hemisphäre, während die gesunden, nicht-suizidalen Personen eine höhere Bindung in der rechten, als in der linken Hemisphäre zeigten. Andere Studien belegten, dass in Gehirnen von Suizidopfern sich halb so viele Imipraminbindungsstellen als bei anderen Toten befinden (Stanley et al., 1982, 1986; Raul et al., 1984).

Den Zusammenhang zwischen niedrigem Serotoninspiegel und erhöhtem Suizidrisiko zeigten auch viele andere Studien. Asberg und Mitarbeiter (1976, 1984) belegten, dass depressive Patienten mit einem Serotoninmangel apathischer und suizidaler waren und häufigere und brutalere Suizidversuche als depressive Probanden mit normalem Serotoninspiegel unternahmen. Andere Forschungsarbeiten bringen eine niedrige Serotoninaktivität mit starker aggressiven Impulse in Verbindung und darüber könnte sich der Zusammenhang von Serotonin und Suizid ergeben (Linnoila & Virkkunen, 1992; Brown et al., 1992; van Praag 1986). Brown und Mitarbeiter stellten fest, dass sehr aggressive Männer eine signifikant niedrigeren 5-HIAA-Spiegel aufweisen (5-Hydroxyindolessigsäure – ein Metabolit des Serotonins im Gehirn) als weniger aggressive Männer (Brown et al., 1992, 1982, 1979). Außerdem fand man niedrige 5-HIAA-Spiegel bei Menschen, die Feuerwaffen und andere gewalttätige Suizidmethoden benutzten, als bei solchen, die zu weniger brutalen Methoden griffen (Edman & Asberg, 1986; van Praag 1983, 1982). Schließlich ergab die Studie von van Praag (1986), dass depressive Patienten mit niedrigen 5-HIAA-Spiegel sowohl häufiger Suizidversuche unternehmen, als auch in verschiedenen Persönlichkeitsfragebogen einen höheren Wert für Feindseligkeiten erhielten als depressive Patienten mit höheren 5-HIAA Konzentrationen. Diese Ergebnisse weisen darauf hin, dass ein niedriger Serotoninspiegel aggressive Gefühle und impulsives Verhalten erzeugt (Bourgeois, 1991; Stanley et al., 1986). Bei klinisch depressiven Menschen kann eine niedrige Serotoninaktivität auch aggressive und impulsive Tendenzen hervorrufen, die sie besonders anfällig für suizidales Handeln machen. Menschen mit niedrigem Serotoninspiegel, auch ohne depressive Störung, können starke, aggressive Gefühle entwickeln und sich selbst und andere gefährden.

In neuroanatomischen Untersuchungen des Gehirns suizidaler Opfer zeigten sich strukturelle Anomalien. In der anatomischen Untersuchung von Altshuler und Mitarbeitern (1990) zeigten die suizidalen Opfer ein kleineres Volumen des rechten Parahippocampus als die Kontrollgruppe. Außerdem war der Umfang von Hippocampus und Parahippocampus in der rechten Seite des Gehirns kleiner als auf der linken Seite. Stressbeladene Ereignisse und emotionale Traumata erhöhen den Kortikosteroidspiegel, der die Hippocampuszellen beschädigt, welche gegenüber dieser Substanz besonders sensitiv sind (Sapolsky 1996, 1985). Nach einem kurzzeitigen Stress ist die

Atrophie von Hippocampuszellen reversibel, der langanhaltende Stress führt aber zu einer irreversiblen Zerstörung des Hippocampus (McEwen 1998). Die Schädigung des Hippocampus sollte aufgrund des langen Reifeprozess der rechten Hemisphäre und ihrer hohen Aktivität während der ersten Lebensjahre, in der rechten Hemisphäre verstärkt sein. Neurobiologische Befunde bestätigen die Hypothese, dass suizidale Personen mehr Beschädigungen im rechten Hippocampus aufzeigen (Altshuler, 1990). In der Untersuchung der Hirnanatomie sowie der Funktionen von Neurotransmittern ergaben sich ebenso Hinweise auf eine hemisphärische Asymmetrie der suizidalen Personen. Diese Studien bestätigten den Zusammenhang von Anomalien der rechten Hemisphäre mit suizidalen Tendenzen.

2.1.2 Linkshemisphärische Charakteristika psychischer Prozesse (kognitive Rigidität, emotionale Impulsivität und Körperentfremdung)

Menschen haben während eines suizidalen Zustands eine rein linkshemisphärische Wahrnehmung der Realität (Weinberg, 2000). Die linke Hemisphäre hat keine Fähigkeit, Mehrdeutigkeiten zu registrieren und Paradoxe zu bemerken, weil die niedrige kognitive Flexibilität eindeutige Lösungen sucht. Suizidgefährdete Personen zeigen allgemein ein rigides, inflexibles und dichotomes Denken.

Neuringer untersuchte als Erster mehrfach die Rigidität der Denkprozesse in Zusammenhang mit dem Suizidrisiko (1968, 1967, 1964, 1961). Er belegte, dass suizidale Personen häufiger kognitive und soziale Rigidität und Inflexibilität aufweisen als nicht suizidale Personen und weniger fähig waren, strategisch ambigüe Probleme zu lösen. Diese Befunde bestätigte Levenson (1974) und stellte fest, dass die suizidalen Personen in einem Test des kreativen Denkens Schwierigkeiten hatten, eine alternative Verwendbarkeit für verschiedene Objekte zu finden. Neuringer (1964) belegte experimentell, dass sich kognitive Rigidität in dichotomem Denken manifestiert. Inflexibles Denken zwingt suizidale Personen, die Welt nur in zwei extremen Optionen zu sehen. Bei den suizidgefährdeten Menschen ist alles polarisiert: Gefühle, Gedanken und Wahrnehmungen, sie leben in einer Welt zwischen „alles“ und „nichts“. Die rigide Denktendenz der suizidalen Menschen wurde auch durch spätere Studien bestätigt, welche verschiedene psychologische Richtungen repräsentieren (Shneidman, 1961, 1957; Binswanger, 1958; Menninger 1938; Dublin & Bunzel

1933). Edwin Shneidman (1985) stellte fest, dass die Rigidität des Denkens sich durch eine kognitive Konstruktion eines „Tunnel-Blicks“ („tunnel thinking“) manifestiert und dadurch die Schwierigkeit entsteht, neue bzw. alternative Lösungen zu existierenden Problemen zu entwickeln.

Die Reduktion auf linkshemisphärische Verarbeitung bedeutet außer der Rigidität des Denkens, dass die Menschen Schwierigkeiten haben, sich genauer an Episoden aus ihrer Biographie zu erinnern. Das episodische Gedächtnis mit der emotionalen Bewertung von Erinnerungen ist mit der Aktivierung der rechten Hemisphäre verbunden. Wenn die rechte Hemisphäre gehemmt ist, sind die Erinnerungen aus der Biographie emotional flach, prosaisch und unspezifisch. Williams und Broadbent (1986) fragten in ihrem Experiment die Probanden (nach einem Suizidversuch, gesunde Probanden und nicht-suizidale Patienten) nach ihren Erinnerungen an Lebensereignisse, welche mit verschiedenen, dargebotenen Wörtern verbunden sind (wie *fröhlich*, *glücklich*, *verletzt*). Sie haben herausgefunden, dass suizidale Probanden die Tendenz zu weniger emotionellen und sehr allgemeinen Erinnerungen haben. Diese Befunde wurden auch durch spätere Studien bestätigt (Evans, 1992). Das ist ein interessantes Ergebnis in dem Sinne, dass, wenn die Vergangenheit keine positiven Affekte auslöst, die Menschen keine Motivation aus der Vergangenheit ziehen können, da ihr autobiographisches Extensionsgedächtnis gehemmt ist. Gemäß der PSI-Theorie, kommt es zu einem Einstieg der motivationalen Selbstprozessen, die für die Affektregulation unverzichtbar sind, wenn das Extensionsgedächtnis aktiviert ist.

Die linkshemisphärische eindimensionale Verarbeitung der Realität verstärkt die Erfahrung von negativer Emotionalität. Während des suizidalen Zustandes erleben die Menschen starke negative Gefühle. Mentale Angst, bedingt durch die rechtshemisphärische Insuffizienz, führt wiederum zu diesen Störungen und zu späterer Vertiefung der hemisphärischen Asymmetrie. Die häufigste affektive Veränderung im Zusammenhang mit Suizid ist Traurigkeit (McGuire 1982; Tishler, McKenny & Morgan 1981). Verstärkt sind auch Gefühle von Angst, Wut oder Scham (Pine, 1981; Weisman et al. 1973). Suizidale Personen erleben auch stärker solche negativen Affekte wie Schuld (Motto, 1990), Einsamkeit (Joiner & Rudd, 1996), Depression und Angst (Ohring et al., 1996; Pinto & Whisman, 1996) als nicht suizidale Menschen.

Die suizidalen Personen entwickeln ein Gefühl der Hoffnungslosigkeit – eine pessimistische Überzeugung, dass ihre gegenwärtigen Umstände, Schwierigkeiten und negativen Stimmungen sich nicht ändern werden (Klingman & Hochdorf, 1993; Ellis & Rotliff, 1986; Holden et al., 1985). Manche Kliniker halten das Gefühl von Hoffnungslosigkeit für den sensibelsten Einzelindikator einer Suizidabsicht (Beck et al., 1993; Weishaar & Beck, 1992; Holden et al., 1985; Beck, 1967). Shneidman (1996, 1993, 1991, 1985) charakterisiert den Kernpunkt des Suizides als „Seelenschmerz“ (Pain-psychache), als eine Empfindung psychischen Schmerzes, der von unerfüllten psychischen Bedürfnissen verursacht ist und als unerträglich erlebt wird (Comer, 1995). Seelenschmerz wird als der Schmerz der Schuld, Scham, Einsamkeit, Erniedrigung und Furcht empfunden. Je stärker der Seelenschmerz ist, desto höher ist das Suizidrisiko.

Die rechtshemisphärische Fähigkeit, einen polysemantischen Kontext zu generieren, ermöglicht die Bearbeitung und Hemmung des schmerzhaften Affekts. Die Defizite der rechtshemisphärischen Funktion verhindern die Bearbeitung des negativen Affekts und führen zur Verwendung nichteffizienter Strategien der Affektregulation (Schore, 1994, 1996). Für die Bearbeitung des mentalen Schmerzes benötigt man effektive Bewältigungsstrategien sowie die effiziente Regulation der Affekte und kognitive Flexibilität. Affektregulation bezieht sich allgemein auf bewusste und unbewusste Mechanismen, die zur Maximierung der angenehmen und Minimierung der unangenehmen Emotionen führen (Westen, 1994). Schore (1994) belegte neurobiologisch, dass die Affektregulation eine Funktion der rechten Hemisphäre ist. Insbesondere der rechte orbitofrontale Cortex reguliert autonome Aspekte der emotionalen Erregung (Schore, 1994).

Die Unfähigkeit, negativen Affekt zu regulieren, kann zu einem Suizid führen. Maltzberger (1986) stellte fest, dass suizidale Menschen unfähig sind, negative Emotionen wie Einsamkeit, Wut oder Selbstverachtung zu regulieren. Der Zusammenhang von suizidalem Verhalten und mangelnder Affektregulation wurde auch durch andere Studien bestätigt (Westen et al., 1997; Zlotnik et al., 1997). Eine Folge der schwachen Affektregulation ist impulsives Verhalten. Andere Studien zeigten, dass suizidale Personen durch hohe Impulsivität charakterisiert sind (Apter et al., 1993). Impulsivität ist besonders bei der Borderline Persönlichkeitsstörung zu beobachten.

Diese Persönlichkeitsstörung weist auf ein hohes Suizidrisiko hin (Duberstein & Conwell, 1997; Raczek, 1989; Rohde-Dachser, 1989; Soloff et al., 1994).

Joseph (1996) nennt viele neurobiologische Studien, die darauf hinweisen, dass die rechte Hemisphäre für die Selbst- und Körperrepräsentationen verantwortlich ist. Eine Schädigung der rechten Hemisphäre trägt zu negativen und entfremdeten Haltungen der suizidalen Personen gegenüber ihrem Körper bei. Auch andere Autoren beschreiben eine negative Haltung gegenüber dem Körper, symbolisierten Hass, mangelnde Hemmung von Autoaggressionen, mangelnde Befriedigung körperlicher Bedürfnisse und unzureichende Sorge um den eigenen Körper, sowie ein gestörtes Körperbild und Körperentfremdung (Orbach, 1996; Laufer, 1996, 1991). Maltzberger (1993) behauptet, dass Ablehnung, Missbrauch oder Akzeptanzmangel während der ersten Lebensjahre die Tendenz in einer dissoziierten Körperwahrnehmung zur Folge hat, d.h. dass der Körper nicht als Teil des Selbst erlebt wird.

Ein anderes interessantes Problem ist die Sensibilität gegenüber körperlichem Schmerz. Orbach und Mitarbeiter (1996, 1997) stellten in ihren Studien eine negative Korrelation zwischen mentaler Angst und physischer Schmerztoleranz fest. Bei den suizidalen Personen war intensive mentale Angst mit einer niedrigen Sensibilität für körperlichen Schmerz verbunden. Diese Ergebnisse stehen im Widerspruch zu den Erfahrungen von körperlichem Schmerz bei den Personen direkt nach ihren Suizidversuch. Die Personen aus dieser Untersuchung meldeten oft starke Schmerzen, welche sie immer noch nach den Rettungsmaßnahmen in ihrem Körper gespürt haben (z.B. manche Personen mussten ihre Testdurchführung mehrmals kurz unterbrechen, da sie starke Schmerzen nach den Infusionen auf beiden Händen hätten, andere gaben ironisch zu, dass „wenn sie gewusst hätten, wie weh das tut, hätten sie das nicht getan“). Angesichts der klinischen Beobachtung könnte man die experimentellen Befunde so interpretieren, dass die Menschen während der Suizidkrise einen so großen mentalen Schmerz empfinden, dass sie ihren physischen Schmerz möglicherweise unterdrücken und nicht mehr bewusst empfinden. Dann aber, wenn der Suizidversuch vorbei ist, kommen die unterdrückten Gefühle aus der neurotischen Einengung in die bewusste Ebene zurück. In der suizidalen Krise und der „Hitze des Moments“ werden die Schmerzen verdrängt. Das scheint ein umgekehrter, aber sehr ähnlicher, Abwehrmechanismus wie bei den psychosomatischen Erkrankungen zu sein. Diese

Patienten haben echte psychische Probleme, welche sie aber nicht bewusst empfinden, sie spüren lediglich körperliche Schmerzen. Ringel (1984) reihte diese psychosomatischen Erkrankungen wegen ihrer ähnlichen Symptomatik mit den autoaggressiven Störungen in ein Kontinuum ein, an dessen letzter Stelle das Suizidverhalten steht.

2.1.3 Ätiologie der rechtshemisphärischen Defizite und die Suizidalität

Der Zugang zum Gedächtnis für vergangene Episoden mit allen erlebten, selbst-relevanten Anteilen (eigene Gefühle und Bedürfnisse, bestimmte persönliche Werte und Ziele, Handlungsabsichten etc.) ist die wichtigste Voraussetzung für die Bildung eines integrierten Selbstrepräsentationssystems (Wheeler et al., 1997; Neisser, 1988). Kindheitsbedingungen (wie z.B. schwere Infekte in der Kindheit, elterlicher Streit, Überforderung der Mutter, Trennungserlebnisse – siehe Flinn & England 1995) führen zu einer andauernden Erhöhung des Cortisolspiegels (durch vermehrte Ausschüttung des Stresshormons), was eine Schädigung des Hippocampus zur Folge haben kann. Dieser ist eine zentrale Struktur des episodischen Gedächtnisses (Squire, 1992; Sapolsky, 1992). Dem zufolge kann die zu hohe Cortisolkonzentration somit auch die Entwicklung des Selbstsystems, einschließlich seiner stressreduzierenden Funktionen beeinträchtigen (Kuhl, 2001; Linville, 1987).

Besonders frühere Traumata wirken sich sehr nachteilig auf diese Verursachungskette aus, weil affektbewältigende Strukturen wie der Hippocampus (Spitzer, 1996; Schmajuk & DiCarlo, 1992) und der präfrontale Cortex (Rosahl, et al., 1993; Fauster, 1989) im Vergleich zu affektgenerierenden Strukturen wie den Mandelkernen (LeDoux, 1995) später reifen (Steinmetz, 1994). Häufige kleine oder wenige schmerzhaft erlebte Erlebnisse, die vor Ausreifung des Hippocampus (d.h. in den ersten 3 – 4 Lebensjahren) auftreten, etablieren konditionierte Angstreaktionen, die beim Auftauchen von (äußeren oder inneren) Auslösern immer wieder aktiviert werden, ohne dass die Angstreaktionen mit angstbewältigenden Strukturen (HC und PFC) verknüpft werden, und somit nicht dauerhaft gedämpft werden können (Jacobs & Nadel, 1985).

Durch den langen Reifeprozess der rechten Hemisphäre und ihre hohe Aktivität während der ersten 3 - 4 Lebensjahre, sollte die Zerstörung des Hippocampus mehr in der rechten Hemisphäre ausgeprägt sein. Mit dieser Annahme stimmen auch die

neurobiologischen Befunde überein, dass suizidale Personen mehr Schädigungen im rechten Hippocampus zeigen (Altshuler, 1990).

Der neurobiologische Suizidforscher Igor Weinberg (2000) ist der Meinung, dass frühere, negative emotionale Erfahrungen einen Einfluss auf die Entwicklung der funktionalen Defizite der rechten Hemisphäre haben, welche zur Steigerung der suizidalen Tendenzen beitragen. Messungen der EEG - Aktivität bei Kindern weisen darauf hin, dass die rechte Hemisphäre mehr aktiv ist während der ersten 4 Lebensjahre als die linke. Chiron und Mitarbeiter (Chiron et al., 1997). belegten in ihren Studien experimentell, dass bei Kindern die rechte Hemisphäre des Gehirns dominiert. Diese Dominanz ist funktionell und anatomisch unterstützt. In diesem Zusammenhang haben gerade die frühen negativen Erfahrungen einen großen Einfluss auf die funktionale Effizienz der rechten Hemisphäre (Weinberg 2000).

Es gibt eine Vielzahl von Faktoren, die einen chronischen Einfluss auf die Entwicklung von Defiziten in der rechten Hemisphäre haben. Field und Mitarbeiter (1997, 1995) untersuchten die EEG – Aktivität in den vorderen Regionen der rechten Hemisphäre bei 1 – 3 und 6 – monatigen Kindern depressiver Mütter. Sie stellten fest, dass diese Kinder einen verminderten alpha-Index in der vorderen Region der rechten Hemisphäre zeigten (Jones, Field, Davalos, 1997; Field et al., 1995). Dieses Muster entsteht im 1. Lebensmonat (Jones et al., 1997c) und bleibt noch im 3. Lebensjahr konstant (Jones et al., 1997b). Die Autoren dieser Studien untersuchten auch Mutter-Kind-Beziehungen und entdeckten, dass eine ablehnende Haltung (withdrawn style of mothering) der Mutter gegenüber ihrem Kind einen Zusammenhang mit dem verminderten alpha-Index in den vorderen Regionen der rechten Hemisphäre zeigte (Jones, 1997b). Emotionale Unerreichbarkeit (Unzugänglichkeit) der Mutter, wenig Empathie und wenig affektive Resonanz auf emotionale Äußerungen des Kindes sowie Störungen in der Familienumwelt führen zur Nichtentwicklung von Neuronen und letztendlich zu neuronalen Defiziten in der rechten Hemisphäre (Schore, 1994).

Das Erleben von positivem oder negativem Affekt spiegelt sich in der Gehirnfunktion wieder. Positiver Affekt geht mit der Ausschüttung von Dopamin und Norepinephrin einher, welche das Wachstum von neuronalem Gewebe stimulieren, die Verbindungen zwischen Corticolzellen erhöhen und die Reifung des rechten Cortex ermöglichen. Andererseits führen wiederholter emotionaler Stress oder Traumata zur Dominanz des

negativen Affekts, der die Ausschüttung von den Corticosteroiden erhöht, welche die Inhibierung von Dendritenzweigen erhöhen und die Synthese der Nucleinsäuren des Gehirns reduzieren und schließlich zum axonalen Tod führen können (Schore, 1997). Eine hohe Sensibilität der suizidalen Personen gegenüber negativem Affekt kann schnell einen wiederholten Stress zulassen, welcher im Endeffekt zur funktionalen Insuffizienz der rechten Hemisphäre führen kann.

Es gibt eine Vielfalt von Befunden von gestörter Familienumwelt, früheren negativen emotionalen Erfahrungen und Lebensereignissen während der Kindheit, welche in der Ätiologie der suizidalen Tendenzen einbezogen sind. In einer Untersuchung mit Adoleszenten stellte Wagner (1997) fest, dass wenig Empathie und elterliche emotionale Unzugänglichkeit zum suizidalen Verhalten führt. Suizidale Adoleszenten beschrieben ihre Eltern als emotional weniger warm (Wagner & Cohen 1994). Die Familien von suizidalen Adoleszenten haben weniger zusammengehalten und kommunizierten weniger untereinander mit ihren Eltern (Wagner, 1997). Psychologische Auffälligkeiten der Eltern wie Alkohol, Drogenabhängigkeit, affektive und Persönlichkeitsstörungen sind ebenfalls mit suizidalem Verhalten der Kinder verbunden. Niedriger Stand der Familienorganisation, der Unabhängigkeit und der affektiven Ausdrucksfähigkeit hängen mit Suizidalität zusammen (Meneese, Yutzenka, 1990). Zusätzlich wurde ein starker Zusammenhang von physischer, emotionaler sowie sexueller Gewalt mit suizidalem Verhalten der Adoleszenten nachgewiesen (Grillo et al., 1999; Lipschitz et al., 1999, Shannese, 1993). Ein anderer wichtiger Faktor des Suizidrisikos ist der Verlust der Bezugspersonen. Verlust durch Tod, Trennung oder Scheidung der Eltern und am stärksten durch einen Suizid innerhalb der Familie, wurden mit suizidalem Verhalten in Verbindung gebracht. Außerdem wirkt sich der Verlust während der frühen Jahre auf spätere Verluste aus und erhöht deutlich das Suizidrisiko (Adam, in Blumental & Kupfer, 1990).

Psychoanalytisch argumentiert sind Suizidversuche die Folge einer längeren Konfliktentwicklung. Es folgt eine Entwicklung zum Selbstmord hin, wenn diese nicht rechtzeitig unterbrochen wird, stellte Ringel fest (1953, 1984). Die Entwicklung hänge von der Länge und Intensität der Traumatisierung durch ungünstige familiäre Einflüsse ab. Solche Traumatisierungen führen zu Neurotisierungen auf die 3 früheren Phasen der Entwicklung (orale, anale oder ödipale). Im Endeffekt kommt es bei einem

solchem Kind zur Unsicherheit des Ich, was sich in Gehemmtheit, Kontaktstörungen und Ängstlichkeit ausdrücken kann. Eine reaktiv verstärkte Egozentrität zum Beispiel, führt zur narzisstischen Verwundbarkeit und solchen Kontakten, die als Mittel zur Selbstbestätigung benötigt werden. Bei Fehlschlägen solcher labiler Beziehungen droht Entfremdung und Isolierung (Ringel, 1984).

Die Entwicklung wird auch konsequent nach der Kindheit um so mehr fortgesetzt, je eher eine andere typisch neurotische Symptomatik fehlt (z.B. phobische, histrionische, anankastische etc.). Wenn die Selbstmordtendenzen dominieren, spricht Ringel von neurotischer Lebensgestaltung mit Entmutigung, Fixierung auf starre Verhaltensmuster, Resignation und Passivität, was letztendlich zur zunehmenden Isolierung und Verzweiflung schließlich zu einem präsuizidalen Syndrom führt (Ringel, 1953, 1969, 1978, 1984). „Ein Selbstmörder ist man schon lange, bevor man einen Selbstmord begeht“, sagte der Klassiker in der psychoanalytischen Suizidforschung, Karl Menninger (1938).

Die Symptomatik der neurotischen suizidalen Entwicklung ist allgemein auf das experimentelle Systemkonditionierungsmodell übersetzbar (Kuhl, 2001). Reagiert eine Person (z.B. Vater, Therapeut) prompt und angemessen auf die Selbstäußerungen von Frustration und Entmutigung oder Kummer und Angst des Kindes mit einer gegenregulatorischer Reaktion (Ermutigung oder Beruhigung, die im limbischen System wirksam wird) so wird die gegenregulatorische Aktivität des limbischen System auf die Aktivierung des Selbstsystems konditioniert: Das heißt, in späterem Alter wird diese Person gute selbstregulatorische Kompetenzen entwickelt haben (Selbstmotivierung bei Entmutigung und Selbstberuhigung bei Angst oder Schmerz).

Obwohl einige Autoren (Schmidtke, 1981; Poustka, 1985) das Fehlen eines umfassenden verhaltenstherapeutischen Ansatzes zur Erklärung des suizidalen Verhaltens bemerken (da Unterschiede zu anderen destruktiven Verhaltensweisen, wie etwa der Sucht, voneinander nicht differenziert begründet werden können), gibt es bestimmte Verhaltenstheorien, die das Suizidrisiko als konsequenzgesteuertes Verhalten, z.B. mit dem Lernen am Modell (z.B. sog. Werther-Effekt, Phillips, 1981) oder der Bewältigung einer Krisensituation, verbinden (Katsching, 1976). In diesem verhaltenstheoretischen Erklärungsmodell der Suizidalität überwiegt die Tendenz zur Beseitigung des unangenehmen Zustandes in einer Krisensituation, d.h. einer negativen Verstärkung,

und als positive Verstärkung spielen verschiedene, irrealer Wunschvorstellungen in Bezug auf den Tod die dominierende Rolle (als Ruhezustand, Ort der Wiedervereinigung), wird es eher zu einer Suizidhandlung mit hoher Tötungsabsicht kommen. Wenn das soziale Umfeld als positive Verstärkung wirkt und von einer Bezugsperson positive Reaktionen erwartet werden können, wird die Suizidhandlung mit einer geringeren Letalitätsabsicht unternommen werden. Gleichfalls können Suizidgedanken als konsequenzgesteuertes Verhalten verstanden werden. Sie führen eher dann zu einer suizidalen Handlung, wenn keine Person mehr vorhanden ist, von welcher positive Reaktionen oder Veränderungen erwartet werden können.

Aus den Modulationsannahmen der PSI-Theorie ist bekannt, dass schwierige Ziele und unerledigte Absichten oder Wünsche, zur Frustration und Entmutigung führen können und andererseits, unbewältigter Schmerz und Angst den Zugang zum Selbst hemmen (Kuhl, 2001). Gerade die fehlende Herabregulierung von negativem Affekt wie Angst, chronischem Stress oder frühe Traumata hemmen, wie schon neurobiologisch argumentiert wurde, den Zugang zur rechtshemisphärischen Aktivierung, welcher mit der Effizienz der Selbstprozesse verbunden ist. Die neue neurobiologische Suizidforschung zeigt, dass Menschen während suizidaler Krisen eine rein linkshemisphärische Verarbeitung haben und die rechte Hemisphäre kollabiert unter dem emotionalen Stress (Rotenberg & Weinberg, 2000). Alle diese Studien weisen darauf hin, dass es keine isolierte, widersprüchliche Auffassung zur Suizidalität unter den verschiedenen Disziplinen gibt. Ganz im Gegenteil gibt es offensichtlich Wege von der Neurobiologie und Psychoanalyse zur Funktionsanalyse der Persönlichkeit, welche die experimentellen und theoretischen Grundlagen des Phänomens der Suizidalität in einer sehr umfassenden Form zu verstehen ermöglichen.

2.2 Die Phänomenologie der suizidalen Erfahrung

Wenn wir von einem Phänomen des suizidalen Verhaltens sprechen, ist die persönliche, existentielle Erfahrung des Menschen in einem suizidalen Zustand gemeint. Es wird damit die individuelle Auffassung der Person von eigenen Erlebnissen und Emotionen und ihre ganzheitliche, subjektive Erfahrung des suizidalen Zustandes erfasst. (Die psychische Erfahrungen der suizidalen Menschen fanden ihren spezifischen Ausdruck in der psychologischen Literatur). Wenn man

einen langfristigen, psychologischen Zustand der suizidalen Personen darstellen will, beschreibt man ihn oft durch Metaphern wie „Seelenschmerz“ (Shneidman, 1993, 1987, 1985), „Tunnelblick“ (Shneidman, 1985, Weinberg, 2000), „psychische Einengung“ (Ringel, 1953, 1978, 1984), „suizidaler Geisteszustand“ (Shneidman, 1976, 1985; Hendin, 1976; Weinberg, 2000).

Dieser Zustand kann sowohl verbal als auch nonverbal zum Ausdruck kommen: In einem Interview oder in einer schriftlichen Form (z.B. Abschiedsbriefe, Gedichte) in nicht-verbale Ausdrucksformen wie: Körpersprache oder verschiedene Erzeugnisse (z.B. Bilder, Musik, Symbole verschiedener Art etc.). Eine Interpretation solcher Ausdrucksformen ermöglicht es ein umfassendes klinisches Bild von den suizidalen Personen zu erreichen, und ist für die Diagnose der Intensität der Depression oder des Suizidrisikos unverzichtbar.

2.2.1 Polysemantischer Kontext und Sinnerleben

Warum erleben suizidale Menschen ihr Leben als sinnlos? Warum wirkt alles, was auf sie zukommt, sinnlos, nutzlos und wird als schmerzhaft erlebt?“ Diese Fragen kann man angesichts neuerer neuropsychologischer Befunde (Rotenberg & Weinberg, 1999, Weinberg, 2000) mittels der hemisphärischen Asymmetrie und der spezifischen Realitätswahrnehmung in einem polysemantischen Kontext umfassend beantworten. Selbstmordgefährdete Menschen haben auf Grund verschiedener Stresssituationen oder anderen Entwicklungsdefiziten den Zugang zu den vorderen Regionen der rechten Hemisphäre verloren und sind immer einseitiger auf die linke Hemisphäre reduziert. Die rechte Hemisphäre ist nicht nur für die Selbstwahrnehmung, sondern ganz allgemein für das „polysemantische Erleben“ verantwortlich.

Polysemantisch bedeutet, dass jedes Erlebnis, jede Person, der man begegnet, jedes Wort und jeder Gedanke, nicht auf nur einen Aspekt und nur auf eine Bedeutung reduziert wird, sondern in vielen Bedeutungsaspekten gleichzeitig erlebt wird. Die Begegnung mit einem lachenden alten Bekannten zum Beispiel hat eine Bedeutung für verschiedene eigene Bedürfnisse und Werte (z.B. Freundschaft, Freude), sowie für die Bedürfnisse anderer (z.B. soziale Kontakte, soziale Unterstützung) für die eigene Zukunft (Zukunftspläne, langfristige Ziele etc.). Dieses vielfältige Verbindungsnetz

ist notwendig, um ein Erlebnis oder eine Tätigkeit als sinnvoll zu erleben. Sinnverlust steht im Zentrum des inneren Zustandes selbstmordgefährdeter Menschen.

Die polysemantischen Netzwerke der rechten Hemisphäre sind die Voraussetzung für das Selbsterleben: d. h., dass man sich selbst mit allen Anteilen der eigenen Identität als Urheber des eigenen Erlebens und Handelns wahrnimmt. Geht der Zugang zu diesen neuro-psychischen Systemen verloren, kann man sich selbst nicht mehr als Urheber erleben, so dass alle Gedanken und Gefühle, als wie von außen kommend wahrgenommen und empfunden werden. Menschen mit einem gehemmten Zugang zum Selbst haben das Gefühl, als ob sie selbst nicht das tun, was sie wollen, sondern, das sie das tun, was sie nicht wollen und nur nichtgewollte Ziele verfolgen. Das Selbst wird an ihrem Handeln nicht beteiligt und ist wie von einer „fremden Kraft“ auf die Außenseite gedrängt. Suizidale Menschen spüren, dass sie sich irgendwie von Introjekten leiten lassen und alles was sie tun, wird als sinnlos und nutzlos erlebt. Sie fühlen sich auch in ihrem eigenen Körper wie gefangen und alle Körperteile erscheinen in ihrem Handeln irgendwie fremd.

Solche Dissoziationsprobleme und Entfremdungserlebnisse haben weniger mit einer Psychose als mit einer Identitätskrise zu tun. Der suizidgefährdete Mensch weiß und spürt, dass er ein Problem mit seinem Körper und sich selbst hat, kann es aber nicht genau identifizieren. Dieser Zustand ist mit einem jungen Menschen in der Adoleszenzkrise vergleichbar, welcher nur soviel weiß, dass er sich in seinem Selbst irgendwie verloren und verwirrt fühlt und daraus keinem Ausweg finden kann.

Neurobiologische Forschungsergebnisse zeigen, dass die Menschen während suizidaler Zustände eine rein linkshemisphärische Verarbeitung haben, die nicht in der Lage ist die Realität in einer polysemantischen Weise zu sehen. Sie haben kein kreatives Potential die Mehrdeutigkeit zu registrieren, und suchen eindeutige Lösungen. Die Menschen in der suizidalen Krise fragen nach dem Sinn der einfachsten und alltäglichen Handlungen, welche für gesunde Menschen selbstverständlich erscheinen (z.B.: Warum treffen sich die Leute? Warum lachen sie? Warum machen sie Zukunftspläne und verabreden sich wieder?). Für die suizidalen Menschen wirken alle solche Situationen und diese Verhaltensweisen wie nutzlose und furchtbare Schemata und jede Alternative scheint ebenso wertlos und bedeutungslos zu sein. Das Gefühl der inneren Leere gibt keine Basis für mögliche Veränderungen.

Der Unterschied zwischen einem depressiven und einem suizidgefährdeten Menschen liegt in einer unterschiedlichen Reaktion auf positive Ereignisse und Emotionen. Der depressive Mensch wird zum Beispiel nach einer fröhlichen Nachricht, dass seine ganze Familie ihm zu Ostern besuchen kommt traurig, weil er nicht in der Lage ist, sich auf die schöne Zeit vorzubereiten und sämtliche Arbeiten zu Hause zu erledigen. Der suizidale Mensch wird auch traurig und auch dazu äußerst beunruhigt, weil er nicht mehr weiß, warum sich die Leute treffen, warum sie feiern und wozu man ein fröhliches Osterfest braucht. Bei den depressiven Patienten ist der Wille gelähmt (man will sich freuen, kann aber nicht), bei den suizidalen - ist der Wille gefährdet. Er begreift den Sinn nicht und will gar kein fröhliches Treffen, und die Tatsache, dass er sich nicht mehr freuen kann, macht ihm Angst. Die Unfähigkeit, verschiedene Lebensereignisse als sinnvoll zu erfahren sowie erlebte Frustration, wenn man verschiedene Absichten oder Aufgaben nicht umsetzen kann, erwecken gleichzeitig die Angst. Erwin Ringel (1978) beschreibt die existentielle Angst der jungen Menschen, welchen er in ihrer suizidalen Krise begegnete, folgendermaßen: Angst, dass sie sich nicht bestätigen, dass sie die Erwartungen nicht erfüllen, Angst vor Versagen, vor den Anderen, vor der Zukunft und vor sich Selbst.

Die existentielle Angst spiegelt sich auch sehr deutlich in der heutigen Kultur und Philosophie wieder. Besonders in der existentiellen Philosophie - von Kierkegaard, Heidegger bis zum Sartre - die Antworten auf die Grundfragen der heutigen Existenz gesucht hat. Bei Heidegger (1927) ist Angst die Antwort auf die Erfahrung der Absurdität der Existenz mit ihren Niederlagen und letztendlich dem Tod. Die konstruktive Antwort auf *Angst* ist die *Sorge* um das eigene *Dasein*, welches mit seiner *Entschlossenheit* den Sinn (z.B. in der Liebe) und die *Wahrheit* über die Existenz zu entdecken versucht.

Zum Vergleich ist bei dem französischen Existentialisten Paul Sartre (1943/1962), die Absurdität der Existenz nicht mehr zu bewältigen und führt von Angst zu Verzweiflung: „Ein Absurdum ist, dass wir geboren wurden und Absurdum, dass wir sterben“ – schreibt er in seinem philosophischen Traktat „L'Être et Neant“ (1943/1962). In diesem Sinne ist der Weg auf der Suche nach dem Lebenssinn und damit dem Zugang zum Selbst und Sinnerleben geschlossen worden. Die menschliche Existenz steckt zwischen dem Absurdum und dem Nichts. Sartre (1943) sagte viel

früher, bevor er sich das Leben nahm: „Der Mensch ist eine nutzlose Leidenschaft“, (*L'homme est une passion inutile*). Die existentielle Philosophie des Absurden scheint ein interessantes Spiegelbild des verlorenen Zugangs zum polysemantischen Kontext darzustellen.

2.2.2 Metaphorisches Denken, Symbolsprache und der Bezug zum Selbst

Der polysemantische Kontext ermöglicht die persönliche Erfahrung in einer multidimensionalen Weise, mit all ihrer inneren Komplexität, Paradoxen und affektiven Nuancen zu erkennen. Die verlorene Fähigkeit, die Realität in der polysemantischen Weise zu sehen und Mehrdeutigkeiten zu registrieren, ist auch in der Auffälligkeit der Sprache suizidaler Menschen zu sehen, besonders bei der Interpretation von Symbolen und Metaphern.

Metaphern und Symbole sind keine einfachen Sprachzeichen wie viele andere, die man sprachlich eindeutig versteht. Sie haben eine mehrfache, mindestens doppelte Bedeutung (ersten und zweiten Grades). Nehmen wir die Metapher von Sartre: *Der Mensch ist eine (nutzlose) Leidenschaft*. In einer einfachen Deutung ersten Grades spüren wir einen Widerspruch: Der Mensch ist ein Wesen aus Fleisch und Blut, aber keine Leidenschaft oder Passion. Nur dann, wenn wir die erste Deutung fallen lassen, kommen wir zur Deutung zweiten Grades (Ricoeur 1986). Es geht hier um eine Eigenschaft des Menschen, die mit Leidenschaft oder Passion verglichen wird. Die zweite Deutung bezieht sich auf den neuen Kontext der Metapher. Es geht um solche Auffassungen des Menschen die spannend, leidenschaftlich und auch sehr persönlich und wichtig für den Interpretierenden sind, wie eine Passion, die man mag und der man sich widmet.

Aus diesem Grund sind die Metaphern im polysemantischen Kontext zu sehen. Was macht aber Sartre? Er bringt die polysemantische Mehrdeutigkeit wiederum zum Absurdum! Er sagte: Der Mensch ist eine *nutzlose* Leidenschaft (Passion). Die Interpretation zweiten Grades wurde abgewiesen und eindeutig (durch das Wort *nutzlos*) reduziert. Der Mensch ist also nutzlos, wertlos und uninteressant. Diese Einstellung wird durch den metaphorischen Vergleich stilistisch noch verstärkt und eigentlich gewinnt man den Eindruck der Absurdität und des Unsinn der menschlichen Existenz. Diese Selbstäußerungen in der reduzierten Deutung der

Metapher sind psychologisch betrachtet, emotional sehr negativ beladen, kognitiv inflexibel und auf eine rigide Eindeutigkeit reduziert. In ihrer Bedeutung sind sie offensichtlich von autodestruktiven Absichten geprägt.

In der suizidalen Krise benutzen die Menschen oft solche Metaphern, die in einem negativen Sinne interpretiert werden. Ringel (1984) nennt einige: „Mein Leben ist auf Sparflamme eingestellt“ (d.h. sie verbrennt langsam); „Das Schicksal wirft mich auf den Müll für Lebensreste“ (d.h. soviel wie: mein Leben ist nutzlos und geht zu Ende); „Glück ist für mich ein Fremdwort“ (ich verstehe Glück nicht, ich habe kein Glück). Die Aussagen von den Probanden aus diesen Studien sind z.B. solche: „Ich bin eine fehlgeborene Leibesfrucht, die in Schmerzen nicht reifen konnte“ oder „Ich bin ein im Boden verfaulten Samen“.

Die lexikalischen Teile der Metaphern wie „Flamme“, „Glück“, „Leibesfrucht“, kann man auch im positiven Sinne verstehen: z.B. dass eine Geburt immer durch Schmerzen erfolgt, und dass die Flamme brennt, um überall Licht und Wärme auszubreiten. Durch die Erfahrung von Schmerzen und anderen negativen Gefühlen und eine bewusste Auseinandersetzung mit den schmerzhaften Erfahrungen kann man einen positiven Affekt wieder herstellen und etwas Positives in den eigenen Entwicklungsprozess hineinbringen. Suizidgefährdeten Menschen schaffen einfach die emotionale Dialektik und die selbstbeteiligte Auseinandersetzung mit den negativen Erlebnissen nicht mehr. Sie bleiben bei der negativen Bedeutung und bei der Interpretation von Metaphern in ihren rein reduktionistischen Einschränkungen hängen. Dieses reduktionistische Verständnis der Metaphern weist darauf hin, dass suizidgefährdete Menschen auch die Mehrdeutigkeit des Symbols als eine andere Sprachfigur nicht mehr verstehen.

Die hermeneutische Theorie des Symbols und der Metapher hilft durch qualitative Analyse der Aussagen die Sprache der suizidgefährdeten Menschen in Bezug auf einige psychologische und Selbstaspekte zu verstehen. Hier greift die neurolinguistische Auffassung, dass die einseitig negative Deutung von Metaphern und Unfähigkeit, die Mehrdeutigkeit von Symbolen zu interpretieren, rein linkshemisphärische Funktionen sind, dagegen die Symbolsprache eine Verarbeitung des polysemantischen Kontextes bedarf.

„Das Symbol ist ein konkretes Zeichen, welches durch eine natürliche Beziehung etwas Abwesendes oder Unmögliches wahrzunehmen, herbeiruft“ (Laland, 1956,

Vocabulaire technique et critique de la philosophie, Paris, S. 1079). Diese Definition betrifft zwei Funktionen des Symbols. Erstens ist ein Symbol ein Zeichen, das seine sprachliche Komponente auf etwas anderes bezieht, was in der Tat unübersetzbar und unausdrücklich ist. Zweitens, zwischen dem Symbol und dem, was es symbolisiert (die Realität, die es bezeichnet) tritt eine Beziehung, einer besonderen „Verwandtschaft“ auf. Diese zwei Eigenschaften bestimmen eine eigenartige Dialektik des Symbols, die es zu einem einzigartigen Zeichen machen (Strozewski, 1990). Das Symbol eröffnet uns einerseits die Realität des Symbolisierten, die unendlich und unausdrücklich ist, und andererseits konfrontiert das Symbol uns mit dieser Realität. Eine Solche symbolische Aktivität ermöglicht dem Menschen in der Kommunikation durch das Symbol unter anderem eine bessere Selbstwahrnehmung, und Selbstäußerung.

Paul Ricoer (1976, 1981) differenziert in seinem Symbolkonzept einen semantischen (sprachlichen) von einem nichtsemantischen (nichtsprachlichen) Aspekt. Wenn ich einen Menschen sehe, der für ein kurzes Schweigemoment in sich selbst geht und eine Kerze anzündet, habe ich keine Zweifel, dass die Kerze etwas symbolisiert. In der Grundebene des Symbols sehe ich aber nur das Objekt der Kerze und eine Feuerflamme. Nachdem ich diese Deutung ersten Grades verworfen habe, erreiche ich die nächste Ebene des Symbols, die Idee vom Kerzenlicht, das „Licht als Licht“ – die Deutung zweiten Grades. Meine Intuition sagt mir aber auch, dass es um etwas anderes geht, und wenn ich auch diese zweite Ebene der Deutung verneine, erreiche ich die wesentliche, nichtsemantische Deutung des Lichtes als Reinheit, Durchdringungsfähigkeit, Kraft, oder als Weisheit, Leben (das Licht des Lebens, welches aus der Finsternis ins Leben führt), wie es in vielen Kulturen gedeutet wird. Durch doppelte Verneinung in der Symbolstruktur, erreiche ich eine „andere“, symbolisierte Wirklichkeit. Diese Beziehung zwischen dem Symbol und dem, was es symbolisiert ordnet sich in einem Kontinuum von Analogie bis zur Partizipation (starke Symbole), wo der interpretierende Mensch mit der Wirklichkeit des „Anderen“ partizipiert, die das Symbol überhaupt erst verständlich macht.

Sym-ballein in der griechischen Etymologie bedeutet so etwas wie „gemeinsam streben“, „zusammen werfen“, „gleichzeitig sich begeben“, „zusammenlegen, alles, was geteilt ist“. In diesem Zusammenhang werden Symbole verschiedene, wichtige, persönliche Souvenire, gesammelte Photos oder Briefe der Familienangehörigen,

welche eine starke emotionelle Bindung mit diesen Personen (Liebe, Respekt, Treue etc.) repräsentieren. Ein Ring wird ein Symbol, das an eine innere Bindung mit der geliebten Person erinnert. Religiöse Requisiten, wie z.B. ein Kreuz, symbolisiert die (emotionale) Dialektik von Tod und Auferstehung. In seiner Grundfunktion ist ein Symbol ein Kommunikationsereignis. Durch das Symbol partizipiert man mit dessen Wirklichkeit (Kloczowski, 1993). Man beteiligt sich persönlich an der *Kraft* und der *Unendlichkeit* des Symbols – wie es die Symboltheoretiker beschreiben (Durand, 1986; Ricoeur, 1986).

Als Beispiel, um die Symboldeutung der suizidgefährdeten Menschen zu zeigen, nehmen wir einen bekannten (in der suizidologischen Literatur vielzitierten) Zitat der Anna Karenina des Leo Tolstoi: „Ich kann mir keine Situation vorstellen, in welcher das Leben nicht eine Qual wäre... Warum die Kerze nicht löschen, wenn der Anblick des Ganzen den Ekel erregt? Aber wie?...“ (Und gleich weiter folgen die Schwierigkeiten, die Realität in dem polysemantischen Kontext zu verstehen). „Warum ist der Schaffner über die Stange gelaufen? Warum schreien die jungen Leute in dem anderen Wagon? Warum sprechen, warum lachen sie? Alles ist Falschheit, Lüge, Betrug. Alles ist Böse!“ (Zit. aus Tolstoi, *Anna Karenina*, Teil 7, Kap. XXXI).

Die Antwort auf die nichtverstandene Realität ist wieder einmal das Erleben von Absurdität, Unsinn und starken negativen Affekten. Dass es um ein Symbol geht, sagt uns der Kontext. Die Kerze bedeutet in diesem Zusammenhang gerade kein Zimmerlicht, aber das Leben, das eine unerträgliche Qual ist. Die Kerze ausmachen, bedeutet aber indirekt, sich das Leben zu nehmen. Diese Symboldeutung beinhaltet keine nichtsemantische Ebene. Die Idee, sich das Leben zu nehmen, wurde metaphorisch mit dem Bild „Kerze löschen“ verglichen. Die symbolisierte Wirklichkeit des Lebens im Licht (wo man aus der Finsternis des Todes in das Licht des Lebens, in eine neue Dimension hereintritt) ist durch das Symbol nicht gegeben, d.h. eine solche Deutung führt wieder zum Absurdum, wo alles eklig, schmerzhaft und unangenehm ist. Das Licht der Kerzen zeigt nur eine, auf negative Gefühle reduzierte Realität. Die suizidalen Menschen sind nicht fähig, ihren negativen Affekt herabzuregulieren oder sich mit ihren schmerzhaften Erlebnissen auseinander zu setzen wie das die emotionale Dialektik ermöglichen könnte

Der polysemantische Kontext ist für suizidale Menschen unverständlich und die auf ihm beruhende oder bezogene symbolisierte Wirklichkeit unerreichbar, deshalb bedeutet auch eine derartige Symbolsprache keine Kommunikation mit dem Selbst. Normalerweise sind Symbole stark mit Repräsentationen des Selbst verbunden. Das Selbst partizipiert, nimmt Teil an der symbolisierten Wirklichkeit, so wie sie erscheint. Durch die Kommunikationsfunktion des Symbols, entsteht eine starke emotionale Bindung mit dem symbolisierten Inhalt (der wichtigen, selbstkongruenten Ziele, Werte, Bedürfnisse etc.). Eine schwache Symbolkommunikation bedeutet gleichzeitig eine schwache Selbstbeteiligung und auch schwache Differenziertheit des Selbst, da die verschiedenen Selbstaspekte mit ihren Werten oder Zielen nicht berücksichtigt werden. Die Symbolsprache der suizidalen Menschen beinhaltet keine selbstrelevanten wichtigen Werte, Bedürfnisse und Ziele und damit kann die selbstkongruente Zielbildung nicht fortgesetzt werden, was zu einer niedrigen Selbstbestimmung führt. Eine niedrige Selbstbestimmung wird als ein Suizidrisikofaktor betrachtet.

Ein gehemmter Zugang zu den Selbstprozessen, welche auf der polysemantischen Ebene arbeiten, führt zu einer rein reduktionistischen, linkshemisphärischen Aktivierung von negativ ausgeprägten Selbstrepräsentationen. Deshalb haben die suizidalen Personen ihre eigene, spezifische Symbolsprache, die auf dem ersten Blick durch viele absurde Lösungen, wenig verständlich sein kann. Suizidgefährdete Personen können aber ihre Symbolsprache analytisch ganz kompakt erklären und sich damit sehr umfassend ausdrücken (im Gegensatz zu psychisch erkrankten Personen). Als Beispiel dazu dient das Bild der ersten 15-jähriger Patientin aus dem biografischen Teil (siehe Kap. I). In ihrem Gedicht sind auch deutliche Schwierigkeiten in der polysemantischen Wahrnehmung zu bemerken („Was ist Finsternis und was ist hell, was ist das in mir Tod oder Schmerz“...). Auf ihrem Bild war Folgendes zu sehen: ein Kreuz mit einer empor rankenden, weinenden Schlange, die in eine blutrote Pfütze weinte, mit dem Text: „Mutter verzeih mir, aber ich konnte nicht mehr“. Ihre Interpretation war folgende: „Die Schlange, das bin ich und sie weint mit Blut, weil das Böse kann auch traurig sein und um Verzeihung bitten“.

Die funktionsanalytische Deutung zeigt einige Besonderheiten dieser Symbolsprache. Erstens, die emotionale Dialektik, die das Kreuz normalerweise symbolisiert („durch Leid zum Leben“) wurde gar nicht berücksichtigt, stattdessen nur das Böse, die

Schlange. Zweitens, das Symbol beinhaltet rein negative Emotionsausdrücke und Selbstäußerungen: die böse Schlange, die traurig ist und weint. Ihre Trauer tut weh, sie blutet deswegen aus und stirbt langsam. Drittens, sie hat aber noch ein einziges selbstrelevantes Ziel – die Verzeihung erreichen. Würde dieses junges Mädchen nach mehrfachen Suizidversuchen doch noch zum Selbst finden? Die Möglichkeit, das Selbst zu aktivieren und zu stärken, ist immer gegeben. In einem Suizidversuch sind die Selbstprozesse offensichtlich von zentraler Bedeutung und diese kann man durch verschiedene Interventionsstrategien stärken (Ressourcenaktivierung, Sinnstiftung, Selbstäußerung etc.). Deshalb spielen auch symbolreiche Erzählungen wie Märchen, Mythen, Gleichnisse durch den Umgang mit Symboldeutungen eine besondere Rolle für die Selbstentwicklung im Erziehungsprozess. Man spricht nicht umsonst von der therapeutischen Rolle der Märchen und den besonderen Bedeutungen von Gleichnissen.

2.2.3 Kognitive und emotionale Einengung – der psychische Suizid

In der Ätiologie der Suizidalität können bestimmte Störungen der kindlichen Entwicklungsprozesse (neurotische Entwicklung bzw. falsches frühkindliches Konditionierungsmodell) zur Reihe von Symptomen der späteren Suizidkrise führen. Als ein *präsuizidales Syndrom* hat der Psychoanalytiker und Suizidforscher Erwin Ringel (1953) eine dauerhafte und fortschreitende Suizidtendenz genannt. Danach wurde im Rahmen der experimentellen Psychologie öfters über einen suizidalen Geisteszustand (*suicidal state of mind*) gesprochen (Shneidman, 1996, 1993, 1985, 1976; Hendin, 1976; Weinberg, 2000), wenn man einen langfristigen psychologischen Suizid darstellen wollte. In allen diesen Darstellungen geht es um eine gewisse Einengung oder rigide Einschränkung der Lebensmöglichkeiten, welche offensichtlich die Konsequenz der einseitigen linkshemisphärischen Verarbeitung sind.

In einer *situativen Einengung* (Ringel, 1953/1986) wird eine bestimmte Situation für eine Person so bedrohlich erlebt, dass es zum Verlust der Balance zwischen äußeren Umständen und inneren Möglichkeiten kommt. Die suizidale Person fühlt sich in der Realität ohnmächtig und wie ausgeliefert (Ringel zitiert oft als Beispiel dazu das berühmte Gedicht von Rilke über ein gefangenes wildes Tier - „Der Panther“). Die eigene Person wird als von allen Seiten umzingelt und in die Enge getrieben empfunden.

Im Stadium der *dynamischen Einengung* kommt es zu rigiden, starren Verhaltensmustern sowie Wiederholungen von Gedankenabläufen. Der neurobiologische Suizidforscher Igor Weinberg (2000) sagte zur Beschreibung der psychischen Einengung, dass sie eine Folge der rein linkshemisphärischen Verarbeitung ist: „Die Person mit Tunnelblick lebt in einer stets verengten Welt mit immer weniger verfügbaren Handlungsoptionen“ (Weinberg, 2000, S. 206). Dieser Tunnelblick bedeutet unter anderem eine linkshemisphärisch determinierte kognitive Rigidität. Diese kognitive Organisation ist nicht in der Lage, die Realität in polysemantischer Weise wahrzunehmen und hat Schwierigkeiten, alternative Lösungen für existierende Probleme zu entwickeln. Die rigide kognitive Einschränkung der suizidalen Person in einer unerträglichen Situation wird als ausweglos wahrgenommen und erlebt. In Stadium der dynamischen Einengung werden die Geschehnisse im negativen Sinne verzerrt und tendenziös apperzipiert. Die Person sieht alle Geschehnisse verzerrt, als ob sie sich eine „schwarze Brille“ aufgesetzt hätte. Sie hat den Eindruck, dass alles, was geschah und noch geschehen wird, und alles, was sie erlebt und empfindet, ständig in eine negative Richtung gehen wird. Da die negativen Erlebnisse und Erfahrungen kein Ende haben werden, bringen sie jetzt einen nur noch größeren Schmerz. Die Empfindung eines großen „Seelenschmerzes“ (mental painpsychache) wird von unerfüllten psychischen Bedürfnissen verursacht. Wenn dieser Seelenschmerz unerträglich wirkt, ist die Person suizidgefährdet. Edvin Shneidman betont: „Kein Suzid erwächst aus einem Hochgefühl. Der Feind des Lebens ist der Schmerz. Der Schmerz ist es, dem die suizidale Person zu entkommen versucht“ (Shneidman, 1987, S. 56). In der *affektiven Einengung* versagen die beruhigenden Gegenregulationsmöglichkeiten. Es dominiert ein bestimmtes affektives Muster, wie Ringel (1953) in seinen klinischen Studien feststellte: Angst und Depressivität. Depressivität ist mit dem Gefühl der Hoffungslosigkeit verbunden: mit der pessimistischen Überzeugung, dass alle gegenwärtigen Umstände, Schwierigkeiten und negativen Affekte sich nicht mehr ändern werden. Die Angst resultiert aus verschiedenen Frustrationsgefühlen und Versagenserlebnissen. Am Ende führt diese Angst zur Verzweiflung und wird für die Ich-Struktur bedrohlich, da die Affektregulation und typische Ich-Abwehrmechanismen nicht mehr effizient eingesetzt werden können (Ringel, 1953).

Als nächstes kommt eine *Einengung der Wertewelt*, der persönlichen Interessen und persönlichen Kontaktbeziehungen. Diese Einengung ist mit den geschwächten Selbstprozessen, wie z.B. selbstrelevante Zielbildung, direkt verbunden. Eine solche Einengung zeigt sich in der Vermeidung früher geliebter Situationen und Tätigkeiten, dem Aufgeben von Hobbys und Interessen, letztlich Initiativlosigkeit. Das Abbrechen zwischenmenschlicher Beziehungen verstärkt das Gefühl der Einsamkeit und des absoluten Unverstandenseins. Die Einengung der Wertewelt drückt sich oft in der Ablehnung, früher überzeugt vertretener Werthaltungen und selbstrelevanter Werte, sowie einer nihilistischen Grundhaltung aus (Ringel, 1953).

Akute Angst sowie frühkindliche Traumata erhöhen noch mehr die rechtshemisphärische Dysfunktion, die mit einem unerträglichen mentalen Schmerz verbunden ist. Rechtshemisphärische Defizite zeichnen sich durch eine Desintegration der Selbstrepräsentationen und durch verschiedene Dissoziationsprobleme aus. Die Affektregulation fehlt und die Personen sind überflutet von schmerzvollen Gefühlen der Verletzung, Ablehnung, Scham, Schuld und Angst. Das Fehlen der Affektregulation erhöht die Impulsivität. Die Verschiebung zur linkshemisphärischen Verarbeitung manifestiert sich in der kognitiven Rigidität und Unflexibilität bei der Problemlösung. Unerträglicher, mentaler Schmerz in Verbindung mit rechtshemisphärischer Dysfunktion, führt zum Höhepunkt des suizidalen Aktes und ist als einzige Flucht vor der intolerablen Angst zu sehen (Weinberg, 2000).

Eine solche Argumentation des suizidalen Aktes muss jedoch um einige Punkte ergänzt werden: d.h. 1. um die Umkehrung der Aggression als Folge einer impulsiven Handlung und 2. um eine autodestruktive Entwicklung bzw. die Schwäche der Selbstprozesse. Die eigenen Prozesse des Selbst sind nämlich das Ziel dieser Aggression in einem Suizidalakt, wenn die Selbstprozesse lediglich über schwache selbstregulative Kompetenzen (Selbststeuerung) verfügen. Den ersten Punkt kann man am besten mittels der psychoanalytischen Theorien erläutern, den zweiten – mittels der Funktionsanalyse der PSI-Theorie.

2.3 Umkehrung der Aggressivität gegen die eigene Person

Die früheren, psychoanalytischen Theorien (Freud, 1917; Menninger, 1938) weisen auf zwei antagonistische Grundtriebe des Menschen hin: den Lebenstrieb („Eros“) und den

Todestrieb („Thanatos“). Das Ziel des Lebenstriebes ist immer größere Einheiten schaffen und aufrechterhalten und das Ziel des Todestriebes ist der Zustand der absoluten Ruhe (Freud, 1940). Der Todestrieb tritt in Form von Aggression und Destruktion in Erscheinung und kann sowohl nach außen, gegen andere Menschen (Trennung, Abstoßung, Hass, Vernichtung), als auch nach innen, gegen die eigene Person gerichtet sein (Selbsthass, Selbstvernichtung). Zwischen Todes- und Lebenstrieb besteht eine Beziehung, in welcher entweder der Todes- oder der Lebenstrieb dominant ist. Der Grund für die Dominanz des Todestriebes liegt dabei im Hinblick auf den Objekt-Trieb in einer verstärkten Frustration der Liebeswünsche und auf den Ich-Trieb in einer verstärkten Hemmung der Aggression durch das Über – Ich.

Forschungsarbeiten stützen Freuds Auffassung des Suizides. Dabei geht es um den Zusammenhang von Verlusten in der Kindheit (z.B. Erfahrung des Elterntodes) und späterem suizidalen Verhalten (Paykel, 1991). Bei einem Vergleich von Familiengeschichten (Adam, Bouckoms & Steiyen, 1982), stellte sich heraus, dass von den Probanden, die Suizidversuche unternommen hatten, deutlich mehr bereits als Kinder einen Elternteil verloren hatten (48%) als von den nichtsuizidalen Kontrollpersonen (24%). Häufigste Ursachen der Verluste waren entweder Tod oder Trennung der Eltern (während der frühen Kindheit, bis 5 Jahre oder während der späteren Adoleszenz, 17 bis 20 Jahre).

In der Neopsychoanalyse von Horney (1975) führt eine starke Diskrepanz zwischen dem idealen und realen Selbstbild zu einer Alienation und Schwäche des Selbst. Ein Symptom der Diskrepanz ist ein Impuls von Hass und Aggression gegen sich selbst, welcher keinen Ausweg nach außen findet. Wenn zusätzlich die Abwehrmechanismen scheitern, kann dieser Impuls zu einem Selbstmord führen.

Litman (1970) findet, dass ein wichtiger Faktor des suizidalen Verhaltens das „acting out“ Verhalten ist, welches als ein Lösungsversuch der inneren unbewussten Konflikte durch eine nichtverbale, unkontrollierbare Handlung definiert worden ist.

Andere psychoanalytische Konzepte der Suizidalität (Bender & Schilder, 1937; Moss & Hamilton, 1956; Schechter, 1957) nahmen an, dass eine Aggressivität durch Frustration der Liebeswünsche entsteht. Ein dominierendes Motiv, die Aggression nach innen zu richten, ist die Wut und der Wille sich zu rächen. Kinder und Jugendliche sind mehr von ihrem Liebesobjekt abhängig als Erwachsene. Wenn die Gefahr des Verlustes einer geliebten Person entsteht, löst dies Wut zunächst gegenüber der frustrierenden Person, in Verbindung mit Hilflosigkeit, Wertlosigkeit und Depression aus. Wenn die Spannung zu

groß ist und Abwehrmechanismen nicht mehr eingesetzt werden können, kann es durch einen impulsiven Aggressionsausbruch („acting out“ Verhalten) zum Selbstmord kommen. Nach Adler (1910) müsse der Selbstmord individuell begriffen werden und man sollte auch die sozialen Voraussetzungen und Folgen des Selbstmordes berücksichtigen, ebenso wie die „unglaublich empfindliche Natur des Selbstmörders“. Dies habe entwicklungsgeschichtliche Wurzeln in der Doppelrolle des Kindes zwischen Anlehnung, Unterstützung, Unterwerfung einerseits und Eigenwille und Streben zur Selbstständigkeit andererseits. Eine gestörte Entwicklung könnte Auswirkungen auf spätere Handlungen haben, so dass eine solche Person sich als Erwachsener tendenziell früh auf die Hilfe anderer angewiesen fühlt. Der Zweifel an den eigenen Fähigkeiten verstärkt sich um so mehr, je größer der Ehrgeiz und die Größenideen sind, weil sich damit auch das Gefühl der Unerfüllbarkeit verstärkt, und ebenso das Minderwertigkeitsgefühl, welches sowohl die Neurose, als auch das Selbstmordrisiko kennzeichnet. Adler trennt die neurotische Entwicklung und das Suizidrisiko nicht voneinander (Poustka, 1985). Selbstmord und Neurosen stellen Reaktionen auf kindliche Überschätzungen dar. Der Selbstmord stellt einen Schutz dar, um Auseinandersetzungen im Kampf um das Leben mit den daraus resultierenden Beeinträchtigungen zu entgehen. Im Grunde genommen, finden sich Weiterentwicklungen dieser Gedankengänge in den Beschreibungen Ringels (1953, 1978, 1984) wieder.

Ringel (1984) schließt sich den Überzeugungen von Freud (1937) an, dass ein Selbstmord auf Grund aggressiver Impulse (Triebe), die sich gegen die eigenen Prozesse des Ich wenden, zustande kommen kann. Destruktive Autoaggressivität ist eine Folge einer neurotischen Konfliktstruktur. Eine unterdrückte, gehemmte Aggressivität entsteht aus Frustration, welche weiterhin zur destruktiven Deformation neigt (Ringel, 1984). Tiefenpsychologisch kann man nachweisen, dass besonders unter dem Einfluss einer enttäuschenden Sehnsucht nach Liebe der Aggressionsausdruck steigt, welcher in eine destruktive Richtung geht. Nicht die zahlreichen Verbote provozieren eine kindliche Aggressivität, da ein Kind langsam lernen muss, auf viele Wünsche, welche früher sofort erfüllt wurden, zu verzichten. Wenn ein Kind (aus der Notwendigkeit seiner Entwicklung) auf verschiedene Sachen verzichten muss, dann bekommt es, als eine großzügige Rekompensation, die Liebe der Eltern (dies stimmt mit dem frühkindlichen Konditionierungsmodell überein). Die Aggressivität wird nicht durch Verbote provoziert, sondern durch einen Mangel an Zuneigung und Liebeserklärungen und durch Familienspannungen, da

ein Kind gegenüber solchen Erfahrungen besonders sensibel ist (Ringel, 1984). Frühkindliche Traumata und Stresssituationen, verbunden mit der Frustration der Liebeswünsche und anderer Bedürfnisse, sind neurobiologisch für die rechtshemiphrische Hemmung und entwicklungspsychologisch für die Entstehung der präsuizidalen Symptomatik verantwortlich. Das erste Symptom jeder Neurose, auch der zum Selbstmord, ist eine starke und unerklärliche Angst. Der Moment der Entstehung jeder Neurose ist aber die Verdrängung der Aggressivität. Diese Aggressivität hat die Tendenz, immer wieder in das Bewusstsein einzudringen. So wird ein ununterbrochener, stetiger Drang, durch diejenige Person, als eine Bedrohung der eigenen Integration empfunden und die Antwort darauf ist erneute Angst (Ringel, 1984).

Die negativen Affekte und Aggressionsgefühle werden zuerst durch Abwehrmechanismen des Ich kontrolliert und es wird die Unterdrückung dieser Gefühle aktiviert. Die immer wieder unterdrückten negativen Affekte werden später sehr impulsiv und unkontrollierbar sein. Die Angst entsteht, wenn die Ich-Struktur aufgrund eines Konfliktes (Aggressionslust und Hemmung, Unterdrückung der Aggression) durch diese impulsiven, unkontrollierbaren Affekte bedroht wird. Zu einem präsuizidalen Syndrom führt das Entstehen einer sehr intensiven Aggressivität und ihrer starken Hemmung. Die gehemmten Aggressionsimpulse sind die entscheidende Bedingung, um die Aggressionen letztendlich gegen die eigene Person zu wenden. Ringel vergleicht die Situation mit einem physikalischen Prozess, in welchem eine überschüssige Kraft ein Ziel finden muss. Das letzte Ziel, welches zur Verfügung steht, ist im Sinne seiner psychoanalytischen Theorie die eigene geschwächte Ich-Struktur (Ringel, 1984). Die gehemmte und gegen die eigene Person gerichtete Aggression stellt ein entscheidendes Element des suizidalen Verhaltens dar. Äußere Umstände wie fehlende zwischenmenschliche Beziehungen oder die Persönlichkeitsstruktur wirken so mäßig hemmend auf die Entladung intensiver Aggressionspotentiale, dass die angestaute und hohe Aggression, wenn keine Ich-Abwehrmechanismen eingesetzt werden können, als Ziel nur die eigene Person findet (Adler 1910; Ringel, 1978).

Obwohl die Aggression des Selbstmörders gegen ihn selbst gerichtet wird, sind die anderen Personen oft das eigentliche Ziel. Dies ist die sog. „Rache des Selbstmörders“, von welcher Adler (1910) und später Ringel (1978) sprachen. Freud (1917) und Abraham (1916, 1911) vermuten, dass die suizidalen Menschen bei einem realen oder symbolischen Verlust eines geliebten Menschen, die verlorene Person schließlich „introjizie-

ren“, d.h. sie integrieren diese Person unbewusst in ihre eigene Identität und verspüren sich selbst gegenüber, die gleichen Gefühle wie früher gegenüber der anderen Person. Für kurze Zeit werden negative Gefühle gegenüber den anderen Menschen als Selbsthass erlebt. Nach Pohlmeier (1978) ist die wechselnde Richtung der Aggression, welche von außen (von Feindseligkeit gegenüber den anderen) nach innen (Hass gegen sich selbst) wechselt, ein Beweis für den sogenannten „erweiterten Suizid“ (Wolfgang, 1958; West, 1967; Stengel, 1969). In extremen Fällen kommt es dadurch zu einem Mord mit anschließendem Selbstmord. Das Motiv des Suizidversuches bei jungen Menschen, nach Rache und Bestrafung des anderen (Eltern, Lehrer) oder „das Töten der anderen Personen in sich selbst“, betonen auch andere Suizidforscher (Soubrier, 1974; Feigel, 1966; Meerloo, 1962). Brenier und Burger (1976) haben über einen Zeitraum von 10 Jahren, 438 Fälle von jungen Suizidenten (12 – 25 Jahre alt), in Zürich, untersucht. Ihre Befunde lassen darauf schließen, dass in dieser Gruppe Rache ein häufiges Suizidmotiv war, besonders dann, wenn Eifersucht auf eine andere Person mit im Spiel war. West (1967) untersuchte die Motivation des erweiterten Suizides. Er belegte, dass folgende Indikatoren wichtig waren: Gefühl der Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit bei älteren Suizidenten und impulsive Aggressivität bei jüngeren, die eine Frustration in einer Liebesbeziehung erlebten, oder nach einem finanziellen- bzw. aufgedeckten Liebesbetrug, nicht mehr fähig waren, weiter zu leben.

Die Aggressionsimpulse sind durch *Selbstmordphantasien* begleitet. Diese haben eine unterschiedliche Intensität: von dem Wunsch zu sterben bis hin zu einem genauen Plan mit vielen Einzelheiten des Selbstmordversuches. Selbstmordgedanken sind intrusive Gedanken, die man nicht mehr ablenken kann. Suizidgedanken sind wie ein Filter, durch welchen jeder Gedanke zuerst gehen muss, sagen die suizidgefährdeten Menschen. Vor dem Suizidakt werden andere Gedanken und Gefühle abgeschaltet und man denkt nur noch an das Ausführen des Suizidaktes. Die selbstregulatorischen Kompetenzen gegenüber dem starken negativen Affekt versagen und als letzter Akt, des Willens, bleibt nur die Umkehrung der Aggression gegen die eigenen Prozesse des Selbst. Es wurde auch experimentell bewiesen, dass suizidale Menschen ihre negativen Affekte nicht mehr regulieren können und damit auch ihre Aggressivität steigt. Die neurobiologischen Befunde zeigen (Weinberg, 2000), dass eine niedrige Affektregulation durch die Hemmung der rechthemisphärischen Verarbeitung verursacht wird. Deshalb

können die Kompetenzen der Selbstregulation nicht mehr eingesetzt werden. Welche Selbstprozesse eine besonders wichtige Rolle als Schutz vor der Suizidalität spielen können, wurde in diesen Studien durch die experimentellen Methoden der PSI-Theorie erforscht.

2.4 Funktionsanalyse des Selbst, hemisphärische Asymmetrie und Suizidrisiko

Aus der neurobiologischen Suizidforschung ist bekannt, dass suizidgefährdete Menschen den Zugang zu den vorderen Regionen der rechten Hemisphäre verloren haben. Ihre psychischen Prozesse sind immer einseitiger auf die linke Hemisphäre reduziert. Die rechte Hemisphäre ist nicht nur für die Selbstwahrnehmung verantwortlich, sie ist auch für das sinnstiftende polysemantische Erleben unverzichtbar (Rotenberg & Weinberg, 1999). Mit dem Begriff des Selbst wird eine hochinferente Form der impliziten Repräsentation eigener Zustände bezeichnet, die viele einzelne Selbstaspekte integriert und bei jeder Aktivierung („Selbstwahrnehmung“) simultan für die Steuerung kognitiver Prozesse, des emotionalen Erlebens und des zielgerichteten Verhaltens diese Aspekte verfügbar macht (Kuhl, 2001, S.132).

Gerade in der Adoleszenzkrise haben viele Jugendliche Schwierigkeiten mit den Veränderungen der Selbstwahrnehmung (Depersonalisation). Identitätsprobleme, Entfremdungserlebnisse (Depersonalisation und Derealisation), Selbstwertkrisen, sowie narzisstische Krisen kann man im Rahmen der Adoleszenzkrise primär aus der Überspitzung normaler Entwicklungsvorgänge erklären (Remschmidt, 1992). Remschmidt (1979, 1992) unterscheidet in der Adoleszenz die Reifungskrise oder Adoleszenzkrise von der Suizidkrise, die mit dem präsuizidalen Syndrom (Ringel, 1953, 1978, 1984) verbunden ist. Leichte Depersonalisationserscheinungen vorübergehender Art weisen 30-70% junger Erwachsener auf und 50% erleben Suizidgedanken zu irgendeinem Zeitpunkt (Remschmidt, 1992). Diese Statistiken weisen darauf hin, dass nicht bei allen Adoleszenten Veränderungen der Selbstwahrnehmung sowie Suizidgedanken zu einem ernsthaften Selbstmordversuch führen. Bei den suizidgefährdeten Jugendlichen geht es um die Dysfunktion solcher spezifischen Selbstprozesse, welche im Zusammenhang mit anderen Risikofaktoren direkt das Suizidrisiko erhöhen.

Was trägt die Theorie der Persönlichkeits-System-Interaktionen zur Erklärung der Suizidalität bei? Die neurobiologische Suizidforschung zeigt, dass Menschen während

suizidaler Zustände eine rein linkshemisphärische Verarbeitung aufweisen: die rechte Hemisphäre kollabiert unter dem emotionalen Stress. Wann führt Angst, Stress oder reduzierte Selbstwahrnehmung zu dieser suizidgefährdeten Übersteigerung der einseitigen Aktivierung der linken Hemisphäre? Anhand der PSI-Theorie werden die Komponenten der Selbststeuerung überprüft. Die Frage nach selbstbezogenen willentlichen Mechanismen lautet: Welche Selbststeuerungsprozesse wirken besonders effizient gegen die Entwicklung in Richtung Suizidalität und Depressivität? Eine zweite Frage, die wir untersuchen wollen, lautet: Wodurch unterscheiden sich suizidgefährdete Personen von anderen bzgl. der Selbststeuerung?

Die antidepressive Wirkung von Selbststeuerungsprozessen haben Biebrich und Kuhl (2001) anhand einer Pfadanalyse untersucht. Verglichen wurden zwei Persönlichkeitsgruppen hoch- und niedrigneurotischer Personen. Es wurden die effizientesten Selbststeuerungsprozesse für jede der beiden Gruppen ermittelt. Bei den niedrigneurotischen Personen war es eine schnelle und kraftvolle Zielumsetzung (*Initiative*) die vor der Depressivität schützt. Gemäß der 1. Modulationsannahme verhindert Verhaltensbahnung durch positiven Affekt (A+), der durch hohe Extraversion der Probanden gekennzeichnet wurde, das Depressivitätsrisiko. Bei den hochneurotischen Personen wirkte die selbstkongruente Zielgenerierung („Selbstbestimmung“) präventiv. In dieser Gruppe hemmt die Angst (A-) die Selbstbestimmung und damit auch den Selbstzugang was der 2. Modulationsannahme der PSI-Theorie entspricht. Das Depressivitätsrisiko wird dann erhöht.

Die Analysen der Befunde werfen vor allen Dingen folgende Fragen auf: Warum werden hochneurotische Personen nicht suizidal? Was ist bei ihnen anders? Gibt es bei diesen Personen spezifische Risikofaktoren? Die Antwort auf diese Fragen liegt vermutlich in einem Zusammenhang zwischen Stress, Angst, reduzierter Selbstwahrnehmung und einer einseitigen Aktivierung der linken Hemisphäre (da die rechte Hemisphäre ständig unter dem emotionalen Stress kollabiert). Bei suizidalen Menschen wird die hemisphärische Asymmetrie vermutlich durch eine Konfundierung von zwei verschiedenen Affekten verursacht (z.B. dem gehemmten positiven, A(+) und dem negativen Affekt, A-). Die „Affektkonfundierungs-Hypothese“ lautet: Wenn negativer Affekt (A-) mit der Hemmung positiven Affekts (A(+)) gekoppelt wird, oder umgekehrt, dann werden einseitige Hemisphärenaktivierungen chronifiziert.

Aufgrund der Modulationsannahmen der PSI-Theorie ergeben sich folgende Fragen: Wird der Selbstzugang entgegen den üblichen Befunden durch *Belastung* (A(+)) blockiert? Wird z.B. Liebesverlust (A(+)) Angst (A-) aktivieren, wenn er mit Bestrafung oder Bedürfnisdruck verbunden ist, was wiederum zur Selbsthemmung führt (2 MA) während es ohne die automatische Kopplung von A(+) und A-, also ohne Affektkonfundierung zwar zur Aktivierung des Intention Gedächtnisses (1.MA), nicht aber zur Hemmung des Selbstzugangs kommt?

Zweitens ist folgende Frage möglich: Wird bei suizidalen Menschen das Intention Gedächtnis durch Bedrohung (A-) oder Angst aktiviert, statt dass es zur Hemmung des Selbstzugangs wie bei Gesunden kommt? Wird Angst (A-) durch die Kopplung (Konfundierung) mit A(+) das Absicht Gedächtnis aktivieren, das heißt schwierige Aufgaben und große Ziele ins Bewußtsein rufen und idealisierte Forderungen (A(+)) aktivieren?

Die persönlichkeitspsychologische Folge dieser Affektkonfundierung wäre ein starker Antagonismus zwischen der Ausführung von Intentionen aus dem Absicht Gedächtnis und denen des Selbst, welches gehemmt ist. Eine Hemmung des Selbstzugangs (rechte Hemisphäre) ist dann immer mit einer extrem einseitigen Aktivierung des Absicht Gedächtnisses (linke Hemisphäre) verbunden, so dass Ziele verfolgt werden, die nicht zu den Bedürfnissen und Motiven passen. Bedürfnisse werden dann auf die „falsche“ Weise verfolgt, z.B. Beziehungsbedürfnisse mit linkshemisphärischem Planen und Nutzenoptimierung. Das nächste wichtige Problem ist die Selbstkompetenz zur Regulierung starker negativer Affekte wie Aggressivität und Angst. Es wird vermutet, dass in einem Suizidakt die Umkehrung der Aggressivität gegen die eigenen Prozesse des Selbst wegen einer niedrigen Affektregulierung des Selbst zustande kommt. Die Frage nach der Willensstärke des Selbst ist: Wie erlangt das Selbst die Fähigkeit zur Affektregulierung? Aneignung selbstregulativer Fähigkeiten (die Kompetenzen des Selbst zur Affektregulierung) wird durch die Entwicklungshypothese erläutert.

Die Kopplung von Affekten („Affektkonfundierung“) beruht z.T. auf der Unfähigkeit affektive Zustände selbstgesteuert zu regulieren (Lageorientierung). Dieses Defizit entsteht durch unzureichende Außenregulation bei Affektäußerungen in früheren Entwicklungsphasen (Systemkonditionierungsmodell).

Gemäß dem Systemkonditionierungsmodell (Kuhl, 2001), kommt es zu einem Wiederanstieg des positiven Affektes bzw. zur Reduktion des negativen Affektes im limbischen System, wenn eine Bezugsperson hinreichend oft auf die Selbstäußerungen (von Entmutigung oder Kummer) eines Kindes mit einer gegenregulatorischen Maßnahme (Ermutigung oder Beruhigung) reagiert hat. Die gegenregulatorische Aktivität des limbischen Systems wird auf die Aktivierung des Selbstsystems konditioniert (die Verbindung zwischen dem affektregulierenden limbischen System und dem Selbstsystem im rechten präfrontalen Cortex wird verstärkt). In der weiteren Entwicklung wird die Person gute selbstregulatorische Kompetenzen entwickeln. Sie kann Selbstmotivierung bei Entmutigung und Selbstberuhigung bei Angst oder Schmerz einsetzen.

In der Psychoanalyse nannte Freud eine der Selbstmotivierung vergleichbare Fähigkeit des Ichs, affektive Besetzungen von Objekten zu verändern (so dass z.B. die durch traumatische Objekte oder Triebkonflikte ausgelöste Angst abnehmen konnte), indem in der Therapie das Bewusstsein auf die zugrundeliegenden Konflikte oder Erfahrungen gelenkt wird (Kuhl, 2001). Systemkonditionierung mag auch dem Begriff der Widerspiegelung von Selbstäußerungen des Kindes in der psychoanalytischen Theorie zugrunde liegen. Ringel (1984) sagte, dass weniger Frustration der primären Bedürfnisse als viel mehr Frustration der Elternliebe, durch mangelnde Antwort auf die Äußerungen des Kindes bei Frustration oder Kummer beim Entstehen von Angst und Aggressivität entscheidend ist. Reagiert eine Bezugsperson inhaltlich angemessen auf die Selbstäußerung der Frustration des Kindes, nämlich mit Ermutigung und Liebe, so wird die Wiederherstellung einer positiven Emotionalität des Kindes ermöglicht (Ringel, 1984). Nach Stress oder Bedrohung wird diese Person zu einem späteren Zeitpunkt die negativen Affekte leicht regulieren können, d.h. selbstregulatorische Kompetenzen (z.B. Selbstmotivierung, Selbstberuhigung) entwickelt haben. Diese effizienten selbstregulatorischen Kompetenzen zur Affektregulierung sind für die Stärke der selbstbezogenen willentlichen Prozesse verantwortlich und damit als Schutz vor Suizidgefahr (die starke impulsive Aggressivität gegen die eigenen Prozesse des Selbst einsetzen kann) unverzichtbar.

3 Die Methoden der Suizidforschung: Der Rorschachtest

Der Rorschachtest ist eines der am häufigsten im klinischen Bereich zur Persönlichkeitsdiagnostik angewendeten projektiven Verfahren. Seine Grundannahme ist die Beziehung zwischen Wahrnehmung und Persönlichkeit (ein „Form-deute-Verfahren“). Es wird aus der Art und Weise wie ein Proband die unstrukturierten Klecksbilder als Stimuli wahrnimmt, auf dessen Persönlichkeit geschlossen. Seine Deutungen sind einerseits durch seine „projizierten“ Bedürfnisse, Erfahrungen und habituellen Reaktionsmuster, andererseits durch die physikalischen Eigenschaften der Klecksbilder determiniert. Der Proband erzählt, was er auf den Tafeln „sieht“ und projiziert so seine eigenen Gefühle und Gedanken auf das Bild, weil die Tafeln keine sozial standardisierten, eindeutigen Objekte darstellen, auf die es kulturell vorgeschriebene „richtige“ Antworten gibt.

Das Rorschach-Verfahren gibt über die nicht angelegte Art des Fühlens oder Verhaltens Aufschluss und trägt zum Verständnis des beobachtbaren Verhaltens bei, da es die tieferen, der Persönlichkeit zugrundeliegenden Strukturen erschließt (Klopfer & Davidson 1967). Das suizidale Verhalten, d.h. die „...Absicht sein Leben zu beenden oder das Verhalten sich selber töten“... wird als „impulsives Handeln“ eines Menschen definiert, das durch eine hohe Intensität der autoaggressiven Komponente verstärkt ist (Stengel 1974; Beck 1975).

Zu klinischen Zwecken im Suizidbereich wurde der Rorschachtest schon seit über 50 Jahren angewendet. Von Suizidindices von Herz (1948) und Martin (1951) über Piotrowski (1968), Exner und Wylie (1977) bis zu den neuesten Studien von Affra (1982), Hansell et al., (1988), Frank (1994) oder dem von Silberg und Armstrong (1992). 1921 veröffentlichte Hermann Rorschach sein Formdeuterverfahren, das aus 10 standardisierten Tafeln mit Tintenklecksen besteht. Die Tafeln sind teilweise nur schwarz-grau (I, IV, V, VI, VII), teilweise mit roten (II, III) und mehrfarbigen Anteilen (VIII, IX, X) gestaltet. Der Proband wird gefragt, was er auf jeder Tafel sieht. Seine Antworten werden vom Versuchsleiter wörtlich protokolliert und ferner signiert und verrechnet (siehe Instruktion und Versuchsdurchführung Kap. II). Die Signierung, Verrechnung und Interpretation können nach verschiedenen Schulen erfolgen, die sich

in der Nachfolge Rorschachs gebildet haben. Zu dem wichtigsten gehören die Systeme nach Bohm (1951), Beck (1948), Klopfer (1967), Piotrowski (1951) und Exner (1969).

3.1 Die Signierungskategorien

In dieser Arbeit wird das Signierungssystem nach Klopfer (1954, 1956, 1967) angewendet. In folgenden wird die Signierung und die Interpretationsregeln, die in der vorliegenden Arbeit nach einigen neuen Studien (Vogel, 1992; Braun-Ga»kowska, 1985) erweitert und bearbeitet wurden, vorgestellt. Jede Antwort wird nach 5 Hauptkategorien signiert:

- Erfassungsmodus
- Erlebnismodus
- Inhalt
- Popularität und Originalität
- Formniveau

1.1. Erfassungsmodus

1.1.1) Die Lokalisation der Antworten (welcher Klecksteil gedeutet wird) steht im allgemeinen zu der Art der Auffassung und der Logik des Denkens des Probanden in Beziehung: ob er deduktiv oder induktiv, oberflächlich oder genau vorgeht.

W - Ganzantwort: Der gesamte Klecks stellt etwas dar (durchschnitt 6-8 bzw. 20-30% aller Antworten). Wenn bei der *W*-Antwort das Konzepts mit dem Klecksbild übereinstimmt und die Antwort gut differenziert und integriert ist, dann hat die *W*-Antwort ein gutes Formniveau (*W+*), anderenfalls, ein schlechtes Formniveau (*W-*). Viel *W+* steht für ein hohes Anspruchsniveau (der Proband muss ziemlich viel Phantasie aufbringen, um alle Klecksteile in einem Konzept zu integrieren, alles im Überblick zu haben). Denken und Handeln wird auf die Erreichung umfassender, schwieriger Ziele und Leistungen gerichtet. Die eigene Energie wird in umfassende und anspruchsvolle Unternehmungen investiert. *W* zeigt die Tendenz, Nahziele und Fernziele zu ordnen und eigene Wünsche durch Willenskraft zu stärken, eine theoretische Intelligenz und gute Leistungsfähigkeit.

W' - Fastganzantwort: kann eine kritische Einstellung bedeuten (der Proband lässt all das weg, was seiner Meinung nach nicht in sein Deutungskonzept passt), auf der

anderen Seite kann *W'* für eine übertriebene, kritische Haltung indikativ sein, die leistungshemmend wirkt.

DW - konfabulatorische Ganzantwort: eine schlechte Formniveauantwort, steht für Schwächen in der Realitätskontrolle und Kritikfähigkeit (weil der Proband ein Detail deutet und dann diese Deutung auf das ganze Klecksbild überträgt, ohne dabei die Eigenschaften der verbleibenden Klecksteile mit seinem Konzept in Einklang zu bringen (z.B. bei Taf.I „Wie eine Spinne, am vorderen Ende befinden sich die Fühler...das übrige ist der Körper“.). Bei Kindern ist das normal, bei Erwachsenen ein „Störungszeichen“.

D – Großdetail: gedeutet wird ein Klecksteil, der durch einen Zwischenraum, durch die Schattierung oder die Farbe leicht vom übrigen Klecksbild abgegrenzt werden kann (eine Zusammenstellung dieser Klecksteile nach Klopfer & Davidson s.68-78). Diese Antworten zeigen, dass der Proband an Detailfragen und konkreten, praktischen Dingen interessiert ist. Bei einem Durchschnitt von 45-55% aller Antworten können die *D*-Antworten als Indikator der praktischen Intelligenz und des gesunden Menschenverstandes interpretiert werden. Zu wenig *D* steht für fehlenden Realitätssinn, zu viel für geringes Interesse an Organisation und Integration, kann aber auch Unsicherheit und Angst bedeuten, den Boden zu verlieren, wenn man sich nicht an die Tatsachen hält.

Dd – Kleindetail: ein kleineres Detail stellt etwas dar. Der Durchschnitt der Kleindetailantworten soll nicht größer als 15% aller Antworten sein und steht ebenso für das Festhalten am Alltäglichen, Praktischen. Ein *d*-Anteil über 15% ist oft mit Pedanterie, einem Bedürfnis nach Genauigkeit, Korrektheit verbunden und kann ein Zeichen für zwanghaftes Festhalten an Kleinigkeiten sein. Es gibt auch andere Unterkategorien der *Dd*-Antworten: *de* - Randdetaildeutungen, *di* - Innendeteildeutungen, *dr* - seltenes Detail. Diese Antworten kommen selten vor und können entweder ein starkes Interesse an außergewöhnlichen Dingen bedeuten oder auf unterdrückte Gefühle und paranoide Angststörungen hinweisen.

S - Zwischenantwort: das vom Klecks umschlossene Weiße (oder Umkehrung von Figur und Hintergrund). 1-2 reine *S*-Antworten bedeuten eine kritische Urteilsfähigkeit, Ich-Stärke und ein gesundes Maß an Durchsetzungsvermögen. Wenn es zu

viele *S* gibt, ist das Symptom einer Oppositionstendenz, einer aggressiven Einstellung oder Negativismus.

Die Reihenfolge, in der die Lokalisationskategorien für jede Tafel auftreten, nennt man Sukzession. Eine solche Sukzession *W-D-d- Dd (oder S)* wird eine Systematische Sukzession genannt (es müssen nicht alle Kategorien der Lokalisation erscheinen). Es gibt vier folgende Kategorien der Sukzession:

Straffe Sukzession: 10 systematische Sukzessionen – bedeutet eine stark zwanghafte Systematik im Denken, eine Besessenheit, alles „richtig zu machen“, durch welche die Gefühle und die Elastizität in Beziehungen beeinträchtigt wird.

Geordnete Sukzession: 7 – 9 systematische Sukzessionen - charakteristisch für logisch-geordnetes Denken bei intelligenten Probanden.

Gelockerte Sukzession: 3 – 6 systematische Sukzessionen – etwas flüchtiges, unsystematisches Denken bei euphorischen, gutgelaunten Menschen und auch bei Künstlern.

Zerfahrene, ungeordnete Sukzession: weniger als drei systematische Sukzessionen – fehlende logische Disziplinierung und Realität der Denkprozesse, häufig bei Manikern und schizophrenen Patienten.

1.1.2. Erlebnißmodus

Die Determinanten (welche Charakteristika des Tests die Antwort bestimmen) beziehen sich im allgemeinen auf die emotionalen Aspekte der Persönlichkeit, auf die Erlebnis- und Handlungstendenzen. Zwischen den Determinanten gibt es folgende Subkategorien: die Formantworten, Bewegungsantworten, Schattierungsantworten und Farbantworten.

2.1) *F* - die Formantwort: eine Deutung ist ausschließlich formdeterminiert. Die *F*-Antworten zeigen im allgemeinen den Grad der Kontrolliertheit des Denkens, die Sachlichkeit. Der Normalbereich, in dem sich die *F*%-Werte befinden, liegt zwischen 20-50% aller Antworten. Das *F*% ist bei genügend hohem Formniveau ein Ausdruck des Grades der Kontrolliertheit. Je höher das *F*% ist, in desto mehr ist der Proband imstande, affektfrei und sachlich zu reagieren. Niedriges *F*% steht für mangelnde Kontrolliertheit und einem zu individualistischen Verhalten.

Der *F*+% zwischen 80-95% (Anteil der Antworten mit FN 1.0 und höher an der Gesamtantwortzahl) zeigt außer der Kontrolliertheit des Denkens ein hohes

Intelligenzniveau und weist auf die Ich-Stärke hin. (Je höher das $F^{+}\%$ ist, desto höher ist die Intelligenz des Probanden einzuschätzen).

2.2) Bei den Bewegungsdeutungen zeigt sich allgemein die Einstellung und gefühlsmäßige Haltung des Probanden zum eigenem Ich und seinem Einfühlungsvermögen gegenüber anderen Menschen.

M – Menschbewegung: steht für Phantasietätigkeit (die Projektion einer Menschbewegung auf ein statisches Klecksbild), differenzierte Wahrnehmung, Einfühlungsvermögen (Deutungskonzept beinhaltet eine Vorstellung von menschlichen Attributen), Besonnenheit und damit verbundene hochdifferenzierte und integrierte Ich-Funktionen bei $M > 2$ und guten Formniveau.

FM – Tierbewegung. Die *FM*-Deutungen unterscheiden sich von *M* in einem geringeren Grad an intellektueller Differenziertheit und einem geringeren Grad an Empathie. Mehrere *FM* Deutungen repräsentieren die weniger bewussten Triebimpulse eines Menschen, die eine unmittelbare Befriedigung fordern und unter Kontrolle gehalten werden müssen. Wenn keine *FM*-Deutungen vorhanden sind, werden die Triebimpulse verdrängt.

Fm - Objektbewegung, passive Bewegung, wie z.B. „im Winde wehende Flaggen“

mF - unbelebte Bewegung in der Natur, wie z.B. „Feuer und Flammen“, „Explosion“.

m – abstrakte psychische oder übersinnliche Kräfte und symbolische Deutungen, wie z.B. „unsichtbare Kraft zieht sie immer wieder zusammen“, „Fäulnis“, „Tod“ stehen für unkontrollierbare Impulse, die dem Wertsystem des Probanden widersprechen und als bedrohlich erlebt werden. Bei den Kindern ist die Anzahl der *m* größer, bei Erwachsenen sollten nicht mehr als 1 höchstens 2 *m* gegeben werden. Viele *m* zeigen Spannungs- und Konfliktgefühle an, Konflikt zwischen Impulsen und Werthaltungen, Spannung auf Grund des Wunsches nach Impulshemmung. Die *m*-Deutungen zeigen Schwierigkeiten in der Zielumsetzung und ein Gefühl von Hilflosigkeit gegenüber bedrohlichen Umwelteinflüssen. Die Integration der Ich-Struktur kann durch das Eindringen von Impulsen oder Außenreizen bedroht werden.

2.3) Bei den Farbdeutungen geht es um die emotionale Empfänglichkeit des Probanden auf äußere Umweltreize in Beziehung (im Gegensatz zu den Schattierungsantworten, die innere Reize darstellen). Es wird angenommen, dass es sich bei diesen

Umweltreizen um die mitmenschlichen Beziehungen handelt und dass die Farbantworten daher ein Indikator für das emotionale Verhalten im Sozialkontakt ist.

FC – Formfarbantworten (Integration der Farbe in ein formdeterminiertes Deutungskonzept), wie z.B. T. III in der Mitte „Roter Schmetterling“, bedeuten eine gut funktionierende Steuerung und situationale Anpassung der emotionalen Reaktionen auf Umweltreize, so dass der Proband mit anderen Menschen gut zu recht kommt.

CF – Farbformantworten (die Farbe ist nicht in ein klares Formkonzept eingepasst) z.B. T. VIII in der Mitte unten „Eiscreme“, stehen für spontane Gefühlsreaktionen, die wenig kontrolliert werden. Bei unzureichender Steuerung kann dies eine labile Affektivität anzeigen.

Im Rorschach-Protokoll (siehe Anhang I) werden alle gegebene C-Antworten der Hauptuntersuchung (ohne C in Nachbefragung) summiert und durch zwei dividiert ((*FC* + 2*CF* + 3*C*):2). Die durchschnittliche Summe C beträgt 2-3 und zeigt den Grad der guten Ansprechbarkeit auf Außenreize an. Bei C geringer als 3 liegt eine herabgesetzte Reizansprechbarkeit vor.

C – reine Farbdeutungen (Deutungen sind farbdeterminiert und lassen den Formaspekt völlig außer acht) z.B. T. II das Rot oben „Blut“, sind für ein explosives und emotional unkontrolliertes Verhalten charakteristisch. Es gibt auch andere *C*-Antworten wie: *C_{des}* - Farbdeskriptionen z.B. T.VIII: „Eine Menge heller Farben hier ist Rot, Blau, Rosa und Orange“, *C_n* - Farbnennungen z.B. T. IX: „Das Grün fließt in das Orange und verschmilzt mit Rosa. Ein Aquarell“, *C_{sym}* - Farbsymboldeutungen, z.B. T. IX: „Sommer, verschiedene Farben und das Grüne ist Hoffnung“

FC'-, *C'F*- und *C'*-Antworten: achromatische, differenzierte Formfarbantwort („Schwarze Fledermaus“ - T.I), wenig differenzierte Farbformantwort („Schwarz wie eine schmutzige Pfütze“ - T.II) und reine Grau- oder Schwarzantwort („Grauer Nebel“ - T.IV). Die Deutung von Schattierungen wird als achromatische Farbe verwendet. Diese Antworten stehen für eine „gedämpfte“ Farbreaktion, Zurückhaltung und zögernde Reaktion auf Außenreize.

2.4 Die Schattierungsantworten reflektieren den Umgang des Probanden mit seinen primären Sicherheitsbedürfnissen (Bedürfnis nach Geborgenheit, Zuwendung, Liebe, körperlich-seelischer Nähe, Zusammengehörigkeit, Zärtlichkeit, Versorgtwerden). Die Reaktion des Ich auf wirkliche oder vermeintliche Gefahr und Bedrohung der

Sicherheit (Verlassenheitsängste, Schuld- und Strafüngste, depressive Stimmung) und resultierende Verhaltenstendenzen (passive Abhängigkeit, Angriff/Reizbarkeit und Flucht/Ängstlichkeit).

a) Oberflächen- oder Strukturdeutungen sind Deutungen, die sich auf die Hell-Dunkel-Nuancen der achromatischen, bzw. der chromatischen Klecksteile beziehen.

Fc – differenzierte Oberflächen und Strukturdeutungen: Antworten, mit klaren Schattierungsqualitäten, dessen Form klar umrissen ist als glatt, rau, weich, hart, gekerbt oder transparent, z.B. T.IV „Ein angenehmes Bärenfell in schwarz-grau“ Eine optimale Anzahl von *Fc*-Antworten würde auf Takt, Feingefühl und Sensibilität schließen lassen, und dass der Proband sowohl um seine Zuwendungswünsche weiß und sie akzeptiert (er ist in ihre Nähe), als auch auf die Wünsche und Gefühle der Mitmenschen einzugehen vermag. Zu viele *Fc*-Antworten können Unselbständigkeit bedeuten zu wenige oder ein Fehlen von *Fc*-Deutungen weisen darauf hin, dass der Proband seine Zuwendungsbedürfnisse nicht akzeptiert (oder dass er nicht fähig ist sie zu empfinden).

cF - weniger differenzierte Oberflächen- und Strukturdeutungen: eine Oberflächen-differenzierung, bei welcher der Schattierungseffekt nicht sehr ausgeprägt ist wie z.B. T.VI: „Ein altes Stück Stoff, weich wie Samt“. In den Antworten zeigt sich ein verhältnismäßig primitives und unreifes Bedürfnis nach Geborgenheit und eine Abhängigkeit von sinnlichen Gefühlen, mit dem Wunsch nach sexuellem Kontakt.

c - undifferenzierte Oberflächen- und Strukturdeutungen: Die Kontur der Schattierung wird völlig außer acht gelassen und die Klecksschattierung in undifferenzierter Weise gedeutet wird z.B. in T.VI: „Etwas Weiches, Schwammiges. Die Schattierung des Kleckses erinnert daran“. Diese Schattierungsdeutungen sind sehr selten. Die *c*-Antworten deuten auf infantiles, undifferenziertes und unreifes Verlangen nach körperlichem Kontakt hin.

b) Perspektiven-, Tiefen-, und Diffusionsdeutungen. Die helleren und dunkleren Grauabstufungen erwecken bei dem Probanden einen räumlichen Tiefeneindruck.

FK - differenzierte Perspektiven- oder Tiefendeutungen: die klar umrissene, dreidimensionale Deutung der Schattierung des Kleckses, wie z.B: „Eine grüne Landschaft mit vielen Bäumen und einer Burg dahinter“, oder „Am Rande des Flusses steht ein Tier, schaut ins Wasser und spiegelt sich im Wasser wider“. Die Schattierung

wird zur Herstellung von räumlicher Tiefe verwendet. Der Proband stellt eine Distanz zwischen sich und seinem Liebesbedürfnissen her, indem er sie „objektiviert“ und aus der Distanz beobachtet. Er versucht, seine Ängste vor Liebesverlust durch introspektive Einsicht zu kontrollieren.

KF- weniger differenzierte Perspektiven- oder Tiefendeutungen: die Form bei diesen räumlichen Schattierungsantworten ist weniger gut bestimmt z.B. „Wolken am Himmel, die aussehen wie Schafe“, „Dichter Rauch wie eine Spirale“, „Ein dunkles Zimmer“. Die Antworten stehen für diffuse Ängste die nicht abgewehrt werden können, depressive Stimmung auf Grund der Versagung der Liebes- und Geborgenheitsbedürfnisse.

K - undifferenzierte Perspektiven- oder Tiefendeutungen: Antworten, die die Schattierungsqualitäten als unstrukturierte, raumfüllende diffuse Stoffe wie Nebel, Dunst oder Rauch deuten. Sie stehen ebenfalls für Angst und depressive Verstimmung im Zusammenhang mit Liebesverlust und Verlassenheit.

Alle *K*-Antworten in Verbindung mit *m*-Antworten stehen für Angst auf Grund Versagung der Geborgenheitsbedürfnisse, mit Tendenz zu Verzweiflung, weil die Gefahr nicht mehr unter die Kontrolle des Ich gebracht werden kann (häufig bei Suizidgefahr).

c) Dreidimensionale Objekte, die auf Flächen projiziert werden.

Bei diesen Antworten „bemüht sich“ der Proband die Schattierungseffekte dreidimensional zu deuten, es gelingt ihm aber nur eine zweidimensionale Interpretation des Kleckses. Die Deutung wird zunächst objektiviert, dann aber auf Zweidimensionalität transformiert.

Fk - differenzierte Objekte in Flächen: die Deutung zunächst objektiviert wird, dann aber auf Zweidimensionalität transformiert wird, bei Antworten wie „Landkarten“, „Röntgenbilder“.

kF - weniger differenzierte Objekte in Flächen: Solche Antworten wie: „Ein Röntgenbild, man sieht die Knochen durchscheinen“, „Röntgenbild mit Lungenflecken“.

k - undifferenzierte Objekte in Flächen: Antworten wie: „Vielleicht ein Röntgenbild wegen der Schattierungsunterschiede“.

Alle diese drei Subkategorien bedeuten, dass der Proband hinsichtlich seiner Zuwendungswünsche Angst hat, was er durch Rationalisieren zu verdecken sucht. Die

Geborgenheitsbedürfnisse existieren als Konzepte im Kopf. Die k -Signaturen sind Anzeichen von Angst vor Frustration der Liebesbedürfnisse, die hinter einer mehr (Fk) oder weniger (kF , k) gut funktionierenden, intellektuellen Kontrolle verborgen sind. Die Angst vor Liebesverlust wird hinter einer intellektualisierenden Haltung verborgen, wie bei vielbeschäftigten Menschen vom „Managertyp“. Die zwanghafte Geschäftigkeit und Neigung zur Intellektualisierung stellt oft eine Abwehr gegen Ängste vor Verlassenheit und Liebesverlust dar. Manche solcher Personen können auch genau erklären, was ihnen fehlt, sind aber nicht in der Lage, sich weiter zu helfen, weil es an emotionale Einsicht mangelt.

1.1.3. Inhalt

Der Inhalt der Deutungen (d.h. was der Proband in den Klecksgebilden sieht) liefert wichtige Informationen über die symbolische Bedeutung der Deutungskonzepte des Probanden, gibt eine Auskunft über die Breite und die Art der Interessen des Probanden. Eine optimale Verteilung der Inhaltskategorien machen die Mensch- und Tierantworten in der Höhe von etwa 75% aller Antworten. Die restlichen 25% der Antworten sollten die anderen Inhaltskategorien bilden, und dabei in mindestens drei Subkategorien verteilt sein.

Die Hypothesen bezüglich der qualitativen Inhaltsanalyse stützen sich auf eine dynamische Persönlichkeitstheorie und auf klinische Erfahrung und werden als Arbeitshypothesen vorgetragen (Klopfer 1967).

H - Menschenantwort. In dem gesamten Tafelklecks oder auf einem Teil des Kleckses werden ein oder mehrere Menschengestalten gesehen. Sie steht für soziale Kontakte und allgemeines Interesse an anderen Menschen. Werden kämpfende, streitende oder angreifende Menschen gesehen, dann schließt man auf eine feindselige oder konkurrierende Einstellung (bei passiven Formantworten wie Waffen auf Erwartung feindseliger Aktion von Seiten der anderen). Die Deutung von Menschen die sich verbeugen, die lauschen oder sitzen und sich unterhalten, zeigt eine submissive Haltung an, lachende und tanzende Menschen bedeuten, dass sich der Proband zufrieden, aktiv und tatkräftig fühlt. In gleicher Weise können auch die Deutungen von hässlichen, schönen oder drohenden Menschen als eine Projektion der eigenen Gefühle und Gedanken über andere Leute gefasst werden, obwohl diese Gefühle bewusst unterdrückt werden.

Hd- Menschendetailantwort. Nur ein Körperteil wird auf dem ganzen - oder nur auf einem Teil des Kleckses gesehen. Die wiederholte Deutung von Köpfen und Gesichtern kann eine rationale Geisteshaltung anzeigen oder die Neigung, in Abwehrsituationen zu rationalisieren. Gesichtsprofile stehen für Schwierigkeiten im Kontakt mit anderen Menschen.

Der normale Durchschnitt der *H* + *Hd* Antworten liegt zwischen 10 – 25% aller Antworten, und weist darauf hin, dass der Proband über gute soziale Kontakte verfügt und sich für andere Menschen interessiert.

Bei $H + Hd < 10\%$ – zeigt der Proband wenig Interesse für andere Menschen. Wenn $H + Hd > 25\%$ beträgt, dann ist das Interesse an anderen mit Angst verbunden.

Es gib auch Antworten mit menschlichen Figuren, die in irgendeiner Form verkleidet oder als den Menschen ähnlich gesehen werden (*H*) oder (*Hd*) wie z.B. Ungeheuer, Gespenster, Clowns, Engel, etc.... Diese Antworten können als Hinweise dafür gewertet werden, dass sich der Proband nur schlecht mit wirklichen Menschen identifizieren kann. Hexendeutungen sind zum Beispiel im Hinblick auf die Mutter-Kind Beziehung besonders auffällig.

A- Tierantworten. Die Anzahl der Tierantworten ist der „Stereotyp-Faktor“ in Vorstellung und Denken. Qualitativ gesehen können Tierdeutungen auch potenzielle Anpassungstechniken repräsentieren (z.B. wilde Tiere als aggressive Tendenzen, Haustiere als Passivität, friedliche Tendenzen). Als optimale A%-Werte gelten zwischen 20 – 35%, die eine sozial gut angepasste intellektuelle Flexibilität zeigen. Höhere A%-Werte weisen auf beschränkte intellektuelle Interessen und Stereotypes Denken hin.

Ad - Tierdetailantworten. Der normale Durchschnitt der *A* + *Ad* Antworten liegt zwischen 25 - 40% aller Antworten, und weist darauf hin, dass der Proband nicht zu einer stereotypen Haltung neigt, sondern intellektuell flexibel aber sozial gut angepasst ist.

Wenn die Proportion von (*Ad* + *Hd*) mehr als halb so groß wie (*H* + *A*) ist, kann es auf eine überkritische Haltung hinweisen (mit Ängstlichkeit oder Aggressivität verknüpft).

Es gibt eine Vielfalt von verschiedenen Inhaltsdeutungen (siehe Signierungssymbole nach Klopfer im Anhang dieser Arbeit). Zu diesen gehören: Anatomieinhalte (*At*), abstrakte Inhalte (*Abs*), Architekturdeutungen (*Arch*), Geografieantworten (*Geo*), Kunstdeutungen (*Art*), Naturdeutungen (*N*), Pflanzendeutungen (*Pl*), Sexualdeutun-

gen (*Sex*) oder Objektdeutungen (*Obj*) wie: *Masken, Tierfelle, Landkarten, Bilder* und andere wie z.B. *Blut, Nahrungsmittel, Feuer*. Die Inhaltsanalyse wurde von manchen Rorschachexperten genauer bearbeitet (siehe Schafer, Phillips und Schmith 1954).

1.1.4. Popularität und Originalität der Antworten.

4.1) Populärantworten. Eine Antwort wird als populär klassifiziert, wenn sie sich in der Liste der 10 am häufigsten vorkommenden Antworten befindet.

P- ist die Signatur für Populärantworten. Im Signierungssystem nach Klopfer werden folgende 10 Antworten, als Populärantworten signiert:

1. Tafel I - „Schmetterling“, „Fledermaus“ oder jedes Lebewesen, als *W* oder *W'* signiert
2. Tafel II - jede Tierfigur oder Teil eines Tieres (Hund, Bär, Kaninchen etc...), die schwarzen Klecksteile als *D*, oder *W'* (mit dem schwarzen *d* in der Mitte) signiert werden
3. Tafel III - zwei Menschen in einer Haltung (auch verkleidete Tiere gelten als *P*), die schwarzen Kleckse werden als *W'*, *M* signiert
4. Tafel III - „Schmetterling“, „Krawatte“, „Haarschleife“, Rot in der Mitte, als *D* (*F* oder *FC*) signiert
5. Tafel V - „Fledermaus“, „Schmetterling“, oder ein Geflügeltes Lebewesen, auch in umgekehrter Tafelstellung die Deutung wird als *W* oder *W'* (*F*, *FM*, *FC'*) signiert
6. Tafel VI - „Tierfell“, die Deutung wird als *W* (*Fc*, *cF*) oder ohne oberen Teil als *D* signiert
7. Tafel VIII - jedes vierbeinige Tier, das sich irgendwie bewegt. Seitliches *D* wird als *D*, *FM* signiert (bei *FC* als zusätzliche Signatur wird die Antwort als Original berücksichtigt)
8. Tafel X - „Spinnen“, „Krebse“ oder irgendein Vielbeiniges Tier. Blaues seitliches Großdetail auf beiden Seiten, wird als *D F* signiert (bei *FC*, als Originalantwort)
9. Tafel X - „Raupe“, „Blindschleiche“, oder irgendein längliches, grünes Tier. Mittleres, unteres, grünes Großdetail wird als *D FC* (oder auch *FM*) signiert.
10. Tafel X - „Kaninchen“, „Esel“, „Ziege“, oder der Kopf eines Tieres mit langen Ohren oder Hörnern. Hellgrünes, unteres, mittleres *D*. Wenn diese

Populärantwort mit der oben genannten Populärantwort zusammenkommt, dann gibt diese Kombination eine Originalantwort

In Bezug auf die Populärantworten muss man anmerken, dass sie eigentlich bei anderen Signierungssystemen gleich sein sollten. In Signierungssystem von Piotrowski entfallen aber die zwei letzten Populärantworten auf Tafel 10, zusammen gelten sie aber ebenso als Originalantwort. In Piotrowskis Liste der 10 Populärantworten (1957) erscheinen anstatt dieser 2 Populärantworten auf Tafel 10 folgende 2 andere Populärantworten:

Tafel VI - „Tierfell“, als *W* (auch in umgekehrter Tafelstellung) signiert.

Tafel VII - „Frauen“, „Kinder“ als Ganzantwort, werden als *W* signiert oder „Köpfe von Frauen bzw. Kindern“, die obere Großdetails werden als *D*- signiert.

Für Rorschach-Experten, die beide Signierungsschulen gut kennen und mit Rorschachtests viel praktische Erfahrung gesammelt haben, scheint der Vorschlag der 10 Populärantworten von Piotrowski wahrheitsgetreuer zu sein. In diesen Studien werden die Populärantworten von Piotrowski berücksichtigt.

Die meisten Probanden können mindestens 3 bis 8 der 10 Populärantworten erkennen. Das weist darauf hin, dass der Proband fähig ist, die Welt in der gleichen Weise wie die andere Menschen wahrzunehmen. Zu viele *P* sind ein Zeichen, dass der Proband ein ausgeprägtes Bedürfnis hat, so zu denken wie andere. Eine geringe Anzahl von *P* deutet darauf hin, dass er unfähig ist, die Umwelt wie die anderen Menschen zu sehen, in extremen Fällen kann es eine schwache Realitätsbeziehung bedeuten.

4.2) Originalantworten. Eine Antwort wird als originell klassifiziert, wenn sie (nach der Erfahrung des Untersuchers) in 100 Rorschachprotokollen nur einmal vorkommt.

O- ist die Signatur für Originalantworten. Da sie so seltene Antworten sind, bedeuten solche Originalantworten mit einem guten Formniveau (*O*+) Überlegenheit, Individualität und eine geistige Unabhängigkeit. Zu viele *O*-Antworten (über 50%) deuten einen exzentrischen Gedankengang an und bei schlechtem Formniveau (*O*-), eine ungenügende Realitätskontrolle. Ein hochintelligenter Proband neigt dazu, zweimal so viele *O* wie *P*- Antworten und zweimal so viele Zusatz- Hauptantworten zu geben.

1.1.5. Formniveau.

Das Formniveau bedeutet die Übereinstimmung der Deutung mit dem benutzten Klecksmaterial. Eine Einstufung der Antwort auf einer Skala (von -2.0 bis +5.0) nach

dem Grade, in dem sie zu dem benutzten Klecksbereich passt, zeigt wie gut (hoch) oder schlecht (niedrig) das Formniveau ist. Für jeden Formniveauwert werden die Haupt- und die Zusatzwerte (von den zusätzlichen Determinanten, die aus Zusatzantworten kommen) summiert.

Jede Einzelantwort wird als $FN = 1.0$ beurteilt, wenn die Übereinstimmung von Deutung und Klecksfigur auf Grund von mindestens 3 Spezifizierungen (jeder +0.5) des Kleckses vorhanden ist, jede Populärantwort hat ebenso $FN = 1.0$.

Es gibt folgende Grundeinstufung des Formniveaus:

$FN = 0.0$ bei formunbestimmten Konzepten (C, C_{des}, C_n, C_{sym}, C', c, K, k, m)

$FN = 0.5$ bei vager Formbestimmtheit (cF, CF, C'F, KF, kF, mF).

$FN = 1.0$ bei formbestimmten Konzepten (F, FC, Fc, FC')

$FN = 1.5$ bei Bewegungsantworten (M, FM, Fm)

$FN + 0.5$ als Zusatzpunkt zu den oben genannten Grundeinstufungen gilt für jede zusätzliche Spezifizierung, Organisation oder Integration zwischen Konzept und Klecks.

$FN - 0.5$ gilt für Desorganisation der Übereinstimmung. Ein schlechtes Formniveau gibt es bei besonderen Verbalisierungsweisen:

$FN = -1.0$ bei *fabulierten Kombinationen* (unmögliche Verknüpfung zweier Klecksteile),

$FN = -1.5$ bei *Konfabulationen* (vermittelnde Schritte zwischen Percept (die wahrgenommenen Stimuli des Kleckses) und Denken nicht anzusehen),

$FN = 2.0$ bei *Kontaminationen* (Bedeutungsverschmelzung unterschiedlicher Konzepte), und *Perseverationen* (Antwortwiederholung auf der nächsten Tafel ohne zu Deuten)

Im Rorschachprotokoll werden folgende Formniveaus eingetragen:

a) *durchschnittliches ungewichtetes Formniveau* – ergibt sich aus der Summe aller Formniveauwerte, geteilt durch die Anzahl der Antworten, ist ein Indikator der allgemeinen, durchschnittlichen „Leistungswirklichkeit“ oder tatsächlichen Leistungsfähigkeit.

b) *durchschnittliches gewichtetes Formniveau* – errechnet sich aus der Summe aller Formniveauwerte, von 2,5 und höher mal zwei, plus der Summe aller Formniveauwerte, die unter 2,5 liegen; der gesamte Betrag wird durch die Gesamtzahl der

Antworten geteilt. In beiden Formniveauewerten werden sowohl die Haupt- als auch die Zusatzwerte (Zusatzantworten mit FN = 0,5) von jeder Antwort berücksichtigt. Dies ist ein Indikator für potentielle Leistungsfähigkeit.

Weichen diese beiden Größen (gewichtete und ungewichtete Formniveau) nicht wesentlich voneinander ab, dann ist die Leistungsbeständigkeit gut. Eine deutliche Diskrepanz zwischen den beiden legt die Vermutung nahe, dass wichtige Faktoren die geistige Leistungsfähigkeit teilweise blockieren.

c) $F+\%$ - Anteil der Antworten mit FN 1.0 und höher zu der Gesamtantwortzahl. Je höher $F+\%$ ist, desto höher ist die Intelligenz des Probanden einzuschätzen. Normale intelligente Menschen haben einen Anteil von 80 – 95% der $F+\%$ Antworten.

Unter 70% haben minderbegabte, oder Menschen mit Intelligenzdefekt.

Über 95% haben Menschen mit einer sorgfältigen und zwanghaften Persönlichkeit

d) *minimales Einzelniveau* ist ein Ausmaß für die intellektuellen Fehlfunktionen oder den Grad des Versagens unter den durchschnittlichen Belastungen, bzw. des Versagens der intellektuellen Kontrolle

e) *maximales Einzelniveau* ist ein Hinweis auf das Intelligenzpotenzial, bei FN = 4.0 – sehr hohe Intelligenz, FN = 3.0 - hohe Intelligenz, FN = 2.0 - durchschnittliche Intelligenzhöhe, FN = 1.0 – unterdurchschnittliches Intelligenzpotenzial.

Das Formniveau ist einer der wichtigsten Indikatoren der Intelligenzbeurteilung. (Bezüglich des Intelligenzniveaus in Vielfalt der Formniveauewerte der wichtigste Indikator bleibt der innere Ausgleichseffekt).

Am Ende der Versuchsdurchführung werden die Zahl der Antworten und die Gesamtzeit für die Hauptuntersuchung notiert und schließlich die durchschnittliche Antwortzeit (die Zeit für jede Antwort) ausgerechnet.

R - die Antwortzahl steht für die Produktivität des Denkens, Antrieb, Äußerungsbereitschaft und Kooperation. Der Durchschnitt für die Zahl allen Rorschachantworten liegt zwischen 20 – 30.

$R < 15$ - niedrige Antwortzahl bedeutet, dass die Sicherheit und Freiheit der Äußerungen beeinträchtigt ist als Äußerungstunlust, Widerstand aus Angst vor den Folgen der Äußerungen, möglicherweise auf Grund bewusster oder unbewusster Phantasien („Übertragungen“) über Person und Rolle des Untersuchers oder aus Angst sich zu „entblößen“. Einen Verminderten Antrieb und dysphorische Stimmung gibt es

bei depressiven Patienten oder bei solchen mit hirnrorganischen Schädigungen, die mit beeinträchtigten perzeptiven und kognitiven Ich-Funktionen verbunden sind.

$R > 50$ – eine hohe Antwortzahl weist auf gute Produktivität, Äußerungsbereitschaft und Kooperation hin. Sehr hohe Antwortzahlen mit $R > 100$ bedeuten manchmal Abwehr der Angst durch „Flucht nach vorn“, hysterische Tendenzen oder eine unterdrückte aggressive Tendenz, den Untersucher „fertig zu machen“ und könnten mit Verlust der Realitätskontrolle verbunden sein, die oft bei Borderline-Patienten zu beobachten ist. Gesteigerter Antrieb und euphorische Stimmung kommt bei hypomanischen, expansiven und enthemmten Personen vor.

Die Gesamtzeit (T) der Hauptuntersuchung wird durch die Anzahl der Antworten dividiert und die Deutungszeit pro Antwort (T/R) festgestellt.

Die durchschnittliche Zeit für jede Tafel (T/R) beträgt 30 – 60 Sekunden, steht für eine gute Geschwindigkeit der Wahrnehmungs- und Denkprozesse. Niedrigere Deutungszeit bedeutet Unruhe, Schnelligkeitsehrgeiz und bei psychotischen Patienten Ideenflucht. Längere Deutungszeit zeigt langsame Wahrnehmungsprozesse und Denkhemmungen bei depressiven oder hirnrorganischen Erkrankungen an.

Die durchschnittliche *Reaktionszeit auf die chromatischen Tafeln* (II, III, VIII, IX, X) wird mit der durchschnittlichen *Reaktionszeit auf die achromatische Tafel* (I, IV, V, VI, VII) verglichen. Ist die Reaktionszeit bei den bunten Tafeln (VIII, IX, X u.a.) um mehr als zehn Sekunden länger als bei den unbunten Tafeln, kann dies ein Hinweis sein, dass der Proband durch emotionale Erregung durch äußere Reize in seiner Anpassung leicht zu stören ist. Ist die Reaktionszeit auf die unbunte Tafel (IV, VI VII u.a.) länger, so ist es möglich, dass der Proband durch Umweltreize, die seine Wünsche nach Zuwendung betreffen, gestört wird.

Verlängerte Reaktionszeit auf einzelne Tafeln gibt es dann, wenn die Reaktionszeit auf eine bestimmte Tafel doppelt so lang ist, wie die durchschnittliche Reaktionszeit auf alle Tafeln oder die Antwort durch affektive Äußerungen eingeleitet wird, wobei wir mit einem so genannten „*Schock*“ auf bestimmte Tafel zu tun haben. Die „*Schocks*“, also affektive Äußerungen, fabulierte Antworten und andere Verbalisierungsweise gehören zur Kategorie der *besonderen Phänomene* (Piotrowski 1957, Bohm 1967) und werden als letzte Kategorie im Rorschach-Protokoll berücksichtigt.

3.2 Die Analyse des Rorschachs-Verfahren

Die Interpretation des Rorschachtests stützt sich auf die Merkmalskombinationen. Bis jetzt wurden die einzelnen Signierungskategorien separat betrachtet, obwohl auch schon das Verhältnis der einzelnen Antworten zu einander beachtet wurde. Der nächste Schritt der quantitativen Analyse ist, die Bezeichnung der einzelnen Variablen (Signaturen) zu einander zu betrachten und mathematisch auszurechnen. Diese Ergebniskonfigurationen (anstatt der Ergebnissummen der Komponenten) sind der Ausgangspunkt für bestimmte Deutungshypothesen. Auf Grund der vielen verschiedenen Deutungshypothesen wird ein Rorschach-Protokoll zum Zweck der Persönlichkeits-Diagnostik interpretiert. Die Interpretation betrifft folgende Aspekte der Persönlichkeit, welche in drei Subkategorien gegliedert sind:

1. Intellektuelle Aspekte (intellektuelle Kontrolle, Begabung, Leistungsfähigkeit)
2. Emotionale Aspekte (Affektkontrolle, Erlebnistyp, Befriedigungsbedürfnisse)
3. Soziale Kontakte und Selbstwertgefühl (soziale Anpassung, Ich-Kontrolle)

Das Rorschachverfahren versucht anders als objektive Testverfahren, den Probanden eher zu *beschreiben* als zu *messen* und „zwar als ein dynamisches Gefüge von wechselseitig untereinander in Beziehung stehenden Funktionen oder Variablen.“ (Klopfer 1967, S.35).

Als nächstes werden die Ergebniskonfigurationen zwischen den Rorschach-Variablenkombinationen interpretiert und die Deutungshypothesen aufgestellt. Neben den 19 Proportionen aus dem Rorschachprotokoll (siehe Klopfer & Davidson, 1967, S.159-165), welche die Deutungshypothesen bilden, werden auch alle übrigen Variablenkombinationen berücksichtigt die in neueren Rorschach-Studien angewendet wurden (Vogel, 1992), um die drei Persönlichkeitsaspekte umfassend zu beschreiben.

Proportionen, die zu den intellektuellen Variablen in Beziehung stehen

a) *Intellektuelle Kontrollfunktionen des Denkens (Proportionen 6, 7; siehe Anhang I)*

Zwei Größen stehen mit der intellektuellen Kontrolle in Beziehung:

F% - zeigt im allgemeinen den Grad der Kontrolliertheit des Denkens, die Sachlichkeit. Der Normalbereich in dem sich die *F%* Werte befinden liegt zwischen 20-50% aller Antworten. Das *F%* ist bei genügend hohem Formniveau ein Ausdruck des Grades der Kontrolliertheit, ein *F(-)* –Wert zeigt an, dass die Kontrollfunktionen

wegen eines mangelhaften Realitätssinnes zu versagen drohen können. Je höher das $F\%$ ist, in desto größerem Ausmaß ist der Proband imstande, affektfrei und sachlich zu reagieren. Niedriges $F\%$ steht für mangelnde Kontrolliertheit und ein zu individualistisches Verhalten.

$(FK + F + Fc) \%$ ist ein anderer Indikator für die intellektuelle Kontrolle. Wenn dieser Wert im normalem Durchschnitt zwischen 50–75% liegt und $F\%$ etwa 50% beträgt, dann kann der Proband sehr kontrolliert und verschlossen sein, also eher zurückhaltend im Umgang mit anderen. Wenn $F\%$ etwa 30-40% beträgt, dann ist der Proband trotz guter intellektueller Kontrolle spontaner und aufgeschlossener gegenüber den anderen. Ein neurotischer Mangel an Spontaneität und neurotischer Einengung liegt vor, wenn der Wert die obere Grenze von 75% überschreitet. Andere Kontrollfaktoren wie $M : (FM + M)$ - die Ich –Kontrolle (der inneren Impulse und Spannungen) und $FC : (CF + C)$ - die emotionale Kontrolle (Ansprechbarkeit auf Außenreize) werden an anderer Stelle besprochen.

b) *Quantitativer und qualitativer Aspekt der Denkprozesse und Störungen in der Intelligenzfunktion.*

Indikatoren für Geschwindigkeit der Denkprozesse, Wahrnehmungsschnelligkeit oder Störanfälligkeit des Denkens, sind die Größen T/R (durchschnittliche Reaktionszeit) und Reaktionszeit auf achromatische und chromatische Tafeln (Proportionen 3, 4).

Die durchschnittliche Antwortzeit für jede Tafel (T/R) beträgt 30–60 Sekunden und steht für eine gute Beweglichkeit der Denkprozesse. Niedrigere Deutzeit bedeutet Unruhe, Schnelligkeitsehrgeiz, bei psychotischen Patienten – Ideenflucht. Längere Deutzeit zeigt langsame Wahrnehmungsprozesse und Denkhemmungen bei depressiven oder hirnorganischen Erkrankungen an.

Ist die Reaktionszeit auf die bunten Tafeln (VIII, IX, X u.a.) um mehr, als 10 Sekunden länger als bei den unbunten Tafeln, kann dies ein Hinweis sein, dass der Proband durch emotionale Erregung (durch äußere Reize) in seiner Anpassung leicht zu stören ist („Farbschock“). Ist die Reaktionszeit auf die unbunte Tafel (IV, VI, VII u.a.) länger, so ist es möglich, dass der Proband durch Umweltreize (besonders Bezugspersonen wie Vater, Mutter, Partner), die seine inneren Wünsche nach Zuwendung betreffen, gestört ist („Dunkelschock“).

Der „Stereotyp-Faktor“ in Vorstellung und Denken dient der Anteil der A%-Tierantworten (Proportion 7). Optimale A%-Werte liegen zwischen 20–35% und zeigen eine sozial gut angepasste intellektuelle Flexibilität an. Höhere A%-Werte wiesen auf beschränkte intellektuelle Interessen und Stereotypie des Denkens hin. Werte über 50% - ein hohes Tierprozent bedeuten ein stereotypes, wenig flexibles und einfallsarmes Denken bei Minderbegabten (mit wenig W+, M, O+ und schwachem FN), bei Probanden mit Intelligenzdefekten, bzw. Intelligenzabbau als Folge einieger psychotischer und organischer Defekte (mit W-, O-, niedrigen FN, Konfabulationen, Perseverationen), bei Zwangskranken (Hohes F%, dd, Objektkritik) oder Depressiven (hohe F%, D und dd, verlängerte Deutungszeit, Störungen im Umgang mit den Schattierungsqualitäten).

Ein niedriges Tierprozent weist auf eine einfallsreiches, umstellungsfähiges Vorstellen und Denken hin; es ist typisch für Begabte und Künstler (mit viel W+, O+, M, und guten FN und F+%), kann aber auch ein Zeichen für Konzentrationsschwäche, Ablenkbarkeit oder verschiedene Störungen sein (meist mit schlechtem FN, niedrigen F+%, wenig O+, Konfabulationen), bei Alkoholikern, hypo- und manischen Patienten. Intellektuelle Kritikfähigkeit wird durch die Proportion (8) gemessen. Diese Proportion betrifft das Verhältnis der Indikatoren für Menscheninhalt und Tierinhalt zu den Menschendetailinhalten und Tierdetailinhalten $(H + A) : (Ad + Hd)$. Die Proportion sollte 2:1 sein. Wenn $(Ad + Hd)$ mehr als halb so groß wie $(H + A)$ ist, kann dies auf eine überkritische Haltung hinweisen (mit Ängstlichkeit oder aggressiven Tendenzen verknüpft).

c) Intellektuelle Leistung, Begabung und Anpassung (Proportionen 1, 3, 4, 5, 7, 13).

Das Umsetzungsvermögen des intellektuellen Anspruchsniveaus wird durch das Verhältnis $W : M$ (Proportion 13) angezeigt. Das Verhältnis entscheidet, ob die produktive und schöpferische Energie (M) mobilisiert werden kann, um die intellektuellen Interessen und Ambitionen (W) des Probanden umzusetzen.

$W:M = 2:1$ mit $M > 2$ und $W > 5$ ist das optimale Verhältnis und weist auf echtes Leistungstreben hin. Das hohe Anspruchsniveau geht nicht über die vorhandenen produktiven Kräfte des Probanden hinaus.

W:M > 3:1 – zu hohes Anspruchsniveau: Der Ehrgeiz ist größer als die verfügbaren produktiven Kräfte. Die Kluft zwischen Anspruch und Leistungsfähigkeit (auch bei niedrigem FN oder *W*-), kann Frustrationsgefühle verursachen.

W:M < 2:1 – die vorhandene produktive Energie wird nicht entsprechend genutzt. Das Leistungstreben wird eingeschränkt, weil die Person entweder anderes höher schätzt als Leistung und Erfolg oder keine günstige Lebensumstände hat, um ihre schöpferischen Kräfte im Leistungstreben einzusetzen. Wenn die M vorwiegend (H) und (A) sind, so kann die Leistung durch Wunschphantasien ersetzt werden.

Die Produktivität der Denkprozesse wird durch die Variable *R*- gemessen (Proportion 1). *R*, die Antwortzahl, steht für die Produktivität des Denkens, für Antrieb, Äußerungsbereitschaft und Kooperation (Durchschnitt zwischen 20–30 Antworten).

R < 15 - niedrige Antwortzahl bedeutet niedrige Produktivität, Äußerungsunlust, Widerstand aus Angst vor den Folgen der Äußerungen oder aus Angst, sich zu „entblößen“. Verminderter Antrieb und dysphorische Verstimmung gibt es bei depressiven Patienten oder bei hirnganischen Schädigungen mit beeinträchtigten perzeptiven und kognitiven Ich-Funktionen.

R > 50 – hohe Antwortzahl weist auf gute Produktivität, Äußerungsbereitschaft und Kooperation hin. Sehr hohe Antwortzahlen *R* > 100 - hysterische Tendenzen oder unterdrückte aggressive Tendenz können mit Verlust der Realitätskontrolle verbunden sein, wie es bei Borderline-Patienten zu beobachten ist. Gesteigerter Antrieb und euphorische Stimmung ist für hypomanische, expansive, enthemmte Personen typisch. Das Formniveau ist einer der wichtigsten Indikatoren der Intelligenzbeurteilung.

Das Intelligenzniveau der Probanden zeigt *F*+. Liegt der Wert zwischen 80-95%, dann ist die Intelligenz durchschnittlich bis hoch. Je höher *F*+, desto höher ist die Intelligenz des Probanden einzuschätzen, aber ein *F*% Wert über 95% weist jedoch auf eine sorgfältige, zwanghafte Haltung hin. Ein anderer Anzeiger des Intelligenzpotenzials ist das *maximale Einzelniveau*, bei einzelnen Antworten. Ein Wert von FN = 4.0 – zeigt sehr hohe Intelligenz an, FN = 3.0 - hohe Intelligenz, FN = 2.0 – durchschnittliche Intelligenzhöhe, FN = 1.0 – unterdurchschnittliches Intelligenzpotential.

Ein Indikator für eine potentielle Leistungsfähigkeit ist das *durchschnittlich gewichtete Formniveau* (Summe aller Formniveauwerte von 2.5 und höher mal zwei plus Summe aller Formniveauwerte, die unter 2.5 liegen, geteilt durch die Gesamtzahl der Antwort-

ten). Ein Wert von 1.0 bis 1.4 zeigt eine durchschnittliche bis überdurchschnittliche Intelligenz an, ein Wert zwischen 1.5 und 1.9 – überdurchschnittliche bis hohe Intelligenz, Werte über 2.0 – sehr hohe Intelligenz.

Ein Indikator des allgemeinen Leistungsniveaus oder Leistungswirklichkeit ist das *durchschnittliche ungewichtete Formniveau* (Summe aller Formniveauwerte geteilt durch die Anzahl der Antworten).

Weichen diese beiden Größen für die potentielle und tatsächliche Leistungsfähigkeit (gewichtetes und ungewichtetes Formniveau) nicht wesentlich voneinander ab, dann ist die Leistungsbeständigkeit gut. Eine hohe Diskrepanz zwischen den beiden weist darauf hin, dass wichtige Faktoren die geistige Leistungsfähigkeit blockieren.

Intellektuelle Anpassung des Denkens wird in der Zahl der *P*-Antworten widergespiegelt (durchschnittlich bei 3-8). Die Populärantworten weisen darauf hin, dass der Proband fähig ist die Welt in der gleichen Weise wie die andere Menschen wahrzunehmen. Zu viele *P* sind ein Zeichen, dass der Proband ein ausgeprägtes Bedürfnis hat, so zu denken wie andere, zu wenig *P* deuten daraufhin, dass er unfähig ist, die Umwelt so zu sehen wie andere Menschen, was eine schwache Realitätsbeziehung bedeutet.

Originalantworten mit einem guten Formniveau (*O+*) bedeuten Überlegenheit, Individualität und eine geistige Unabhängigkeit ohne eine exzentrische Haltung oder Verlust der Realitätskontrolle. Zu viele *O*-Antworten (über 50%) deuten einen exzentrischen Gedankengang an und bei schlechtem Formniveau (*O-*), eine ungenügende Realitätskontrolle. Ein hochintelligenter Proband neigt zu mehr *O*- als *P*- Antworten (bei mindestens 5 *P*) und zu zweimal so vielen Zusatz- als Hauptantworten.

Proportionen die zu den emotionalen Variablen in Beziehung stehen

a) Erlebnistyp und sekundärer Erlebnistyp (Proportionen 10, 11, 12)

Die Proportion *M:C* weist auf die Art des Erlebnistyps hin, oder in welcher Maße ein Proband durch seine inneren (innerpsychische Mechanismen) oder äußeren Reize (Umweltbedingungen) bestimmt wird.

$M > 2C$ zeigt einen introversiven Erlebnistyp an. Ein introversiver Mensch hat eine gut entwickelte Vorstellungsfunktion in Form von Phantasie, langfristigen Zielen und Sensibilität für innere Impulse. Seine Empfänglichkeit für Außenreize und sein

Engagement in der Umwelt sind eingeschränkt. Er neigt dazu, die Welt im Sinne seiner eigenen Werte und Bedürfnisse zu interpretieren. In extremen Fällen führt dies zur Verkennung der Realität und Schwierigkeiten in der sozialen Anpassung. In günstigen Fällen ermöglicht das eine situationale und soziale Unabhängigkeit, weil der Introversive nicht von der Situation abhängig ist, sondern sie sich anders vorstellen und planen kann und die Situation nach diesen Vorstellungen zu verändern mag. Da er über gut entwickelte innere Kräfte verfügt, ist der gut angepasste introversive Mensch selbständig und unabhängig.

$C > 2M$ zeigt einen extratensiven Erlebnistyp an. Der extratensive Mensch zeigt eine hohe Antwortbereitschaft auf die Umwelt im Sinne der Äußerungsfähigkeit seiner Gefühle und Spontaneität oder im Sinne einer herzlichen Zuwendung und warmen Gefühlsbeziehungen oder im Sinne einer passiven Unterwerfung unter die sozialen und situationellen Außenbedingungen. Dieser Typ wird leicht stimuliert und ist eher reaktiv als strebend, die Welt nur im Sinne eigener Werte und Wünsche zu gestalten. Der gut angepasste extratensive Mensch ist schöpferisch und in einer Beziehung zu seiner Umwelt und seinen Mitmenschen und strebt nach Zielen, die er sich in der Außenwelt oder in seiner Gemeinschaft gesetzt hat.

$M = C; M \text{ und } C < 2$ definiert einen koartiven (eingengten) Erlebnistyp. Der koartierte Typ ist nach innen und nach außen eingengt und meist stereotyp. Bei dieser Haltung könnte es sich um eine Schutzhaltung handeln, um das Auftreten von Angst und Konflikt zu verhindern. Passive koartierte Menschen sind häufig depressiv verstimmt, aktive koartierte Menschen sind häufig sorgfältige Pedanten. Für den koartierten Erlebnistyp sind für Zwangsneurosen charakteristisch.

$M = C; M \text{ und } C > 1$ indiziert einen ambiäqualen Erlebnistyp. Dieses ist gleichzeitig nach innen und nach außen orientiert, meist erlebnisreich mit vielen Möglichkeiten des Erlebens und Gestaltens (viele Künstler und künstlerisch Begabte). Der gut angepasste Ambiäquale ist schillernd und wechselhaft, kann aber auch unsicher sein. In seinen Zielsetzungen scheitert er manchmal an seiner eigenen Vielseitigkeit.

$M = C; M \text{ und } C > 3$ diagnostiziert einen dilatierten Erlebnistyp. Dieses ist nach innen und nach außen reizoffen, vielseitig, gutgelaunt, erlebnisreich und manchmal vielbegabt. Die negativen Tendenzen des dilatierten Erlebnistyps gehen in Richtung der Bindungsschwäche und Unstetigkeit des Wechselhaften. Bei diesen Personen sind

Formniveauewerte sowie die verschiedene Kontrollfunktionen wichtig zur Bestimmung der Steuerungsfähigkeit.

Der Erlebnistyp ist im Laufe des Lebens nicht konstant sondern unterliegt zeitweiligen oder langdauernden Verschiebungen.

Hinsichtlich der erlebnisreichen Vielseitigkeit wurden die Erlebnistypen in drei Kategorien gegliedert:

M und $C > 2$ – zeigt den Erlebnistyp an, der vielseitig, erlebnisreich und reflexionsfähig ist. Unabhängig von extratensiven versus introversiven Tendenzen ist seine Emotionalität gut entwickelt.

M und $C < 3$ – zeigt den Erlebnistyp eines Menschen an, der nicht erlebnisreich und reflexionsfähig ist, sondern wenig aktiv und neurotisch eingeengt.

$M > 2$, $C < 3$ oder $M < 3$, $C > 2$ – beschreibt einen introversiven versus extratensiven Erlebnistyp, der weniger erlebnisreich und vielseitig ist, obwohl die Aktivität und die Emotionalität gut entwickelt und angepasst werden kann.

$(FM + m) : (Fc + c + C')$ – diese Merkmalskombination weist auf einen „inneren“, sekundären Erlebnistyp hin. $FM + m$ verweisen auf introversive und $Fc + c + C'$ auf extratensive Tendenzen, die von der Person nicht voll akzeptiert oder verfügbar sind und repräsentieren ein inneres Potential. Beide Seiten der Proportion repräsentieren frühere Einstellungen oder „das Kind im Erwachsenen“. Verhält sich $(FM + m) : (Fc + c + C')$ zu $M : C$ nicht proportional, kann das auf eine Wandlung oder Umorientierung der Persönlichkeit in seiner Entwicklung hinweisen. Es hängt davon ab, welche Antworten vermehrt auftreten. Bei vielen m - oder c - Antworten würde man auf Angst und Spannung hinsichtlich der Abhängigkeitsbedürfnisse schließen, während eine erhöhte Anzahl von C' - Antworten Depression und Niedergeschlagenheit zeigen würde.

Bei der Interpretation des Gleichgewichts der extratensiven und introversiven Tendenzen ist auch der Prozentsatz für die Antworten auf die Tafeln VIII, IX und X wichtig. Ein erhöhter Prozentwert (über 40%) ist in Richtung der Extraversion und ein verminderter (unter 30%) in Richtung der Introversion zu bewerten. Wenn die Werte in die gleiche Richtung weisen wie andere Introversions–Extratensionssymptome, dann sind die Tendenzen sehr stabil und entsprechen dem „natürlichen“ Zustand.

b) *Die innere Integration der Wertsetzungen und Triebimpulse. Die Ich-Kontrolle und die Persönlichkeitsreife (Proportionen 14 und 15).*

$FM > 2M$ - Proband wird mehr von seinem unmittelbaren Befriedigungswünschen (unreife Impulsabhängigkeit) als von seinem Werten und langfristigen Zielsetzungen motiviert (bei $CF + C > FC$ – Vorherrschaft des „Lustprinzips“). Ein solches Verhältnis ist bei Kindern normal (Braun-Ga»kowska, 1985).

$FM > M$ – keine Integration die optimal läuft, ist aber sehr häufig vorhanden. Der Befund weist nicht auf „Infantilismus“ oder Unreife hin, sondern darauf, dass der Proband mehr von dem Wunsch nach unmittelbarer Bedürfnisbefriedigung als von langfristigen Zielen bestimmt ist.

$M > FM$ – Impuls- und Befriedigungswünsche der Person sind ihren Wertorientierungen und langfristigen Zielsetzungen untergeordnet. Das Ich ist fähig, die Impulse zu akzeptieren und mit seinem Wertsystem zu integrieren. Der Aufschub der Bedürfnisse gelingt ohne Frustration, Konflikt oder Hemmung.

$M > 2 FM$ – statt Integration kommt es zu Unterdrückung der Bedürfnisse. Dies führt zu Spannung und Konflikt, Überkontrolle und Mangel an Spontaneität.

$M = FM$ – kein Konflikt zwischen Bedürfnissen und Werthaltungen. Der Proband akzeptiert seine Triebimpulse und spontan, frei regiert, ohne Gefahr (für sein Wertsystem) zu impulsiv zu sein.

$M = FM$ – beide < 2 – ein Proband mit hohem F% kann neurotisch eingeengt sein durch Verdrängung innerer Bedürfnisse und Phantasien. Bei niedrigem F% (Ich-Schwäche), die Person handelt unangemessen, ohne dass sie das Ich zu steuern vermag (bei kleinen Kindern, später typisch für Psychotiker und Psychopathen).

Die Proportion $M : (FM + m)$ steht für innere Ich-Kontrolle und in einem anderem Verhältnis für Einfühlungsvermögen und innere Reife der Persönlichkeit (Braun-Ga»kowska, 1985).

$M : (FM + m) : (1 : 1.5)$ – Wenn die $FM + m$ gleich oder nicht mehr als anderthalb mal mehr als die Summe M beträgt, dann ist der Proband relativ ausgeglichen. Seine innere Impulsspannung ist nicht zu groß, und er kann seine Triebe unter Kontrolle halten und innere Kräfte für konstruktive Lösungen der Lebensprobleme einsetzen.

$M < (FM + m)$ – die innere Spannung des Probanden und Impulsivität sind zu stark, um sie in das eigene Wertsystem zu integrieren und die Ich-Kontrolle ist relativ

schwach. Der Proband investiert seine psychischen Kräfte in seinen Konflikt statt in konstruktive Problemlösungen im Alltagsleben.

$M > (FM + m)$ und $M > 2$; $m < 2$ – eine gute Ich-Kontrolle über innere Impulse und Spannungen. Das Ich ist fähig, die inneren Triebe, Impulse und Bedürfnisse in das eigene Wertsystem zu integrieren und sie gut zu kontrollieren, um ein inneres Gleichgewicht zu schaffen.

Die Fähigkeit, sich in die Lage und die Bedürfnisse anderer einzufühlen, sowie Reife als innere Aktivität und Reflexionsvermögen, welche zu Verschiebung und Unterordnung der Befriedigungswünsche der Wertsetzungen führen, werden durch das Verhältnis $M : (FM + m)$ bestimmt.

$M > (FM + m)$ und $M > 2$. Ein solcher Befund wird als innere Reife bewertet. Das Verhalten des Menschen wird durch Reflexion und das Wertsystem und nicht durch Triebimpulse bestimmt. Er hat ein gutes Einfühlungsvermögen und Empathie, die Fähigkeit, die Lage anderer zu verstehen und sich in ihre Situation einzufühlen.

$M > (FM + m)$ und $M < 3$. Dieser Proband hat weniger Einfühlungsvermögen, ist aber fähig, die Impulse zu akzeptieren und in sein Wertsystem zu integrieren, handelt dabei nicht impulsiv, sondern konstruktiv und gelassen.

$M < (FM + m)$ und $M > 2$. Der Proband hat ein gutes Einfühlungsvermögen, im Handeln, ist aber nicht nachdenklich, sondern spontan und lebhaft, reagiert rasch und manchmal impulsiv.

$M < (FM + m)$ und $M < 3$. Der Proband hat kein Einfühlungsvermögen und handelt impulsiv ohne nachzudenken. Seine Werthaltung ist den Triebimpulsen und unmittelbaren Bedürfnissen untergeordnet.

$M = (FM + m)$ und $M > 2$. Der Proband ist in seiner Emotionalität tatkräftig und aktiv. Er handelt aktiv und lebhaft aber gleichzeitig hat er Einfühlungsvermögen mit der Tendenz, über sein Wertsystem nachzudenken.

$M = (FM + m)$ und $M < 3$. Der Proband ist wenig aktiv und tatkräftig. Hat kein Einfühlungsvermögen und weder eine Tendenz, über sein Wertsystem nachzudenken noch die Tendenz, zu impulsiv zu handeln.

c) *Affektkontrolle und Zuwendungsbedürfnisse (Proportionen 16, 17, 18, 19).*

Die emotionale Kontrolle wird durch das Verhältnis $FC : (CF + C)$ bestimmt und weist auf Beherrschung der Gefühle und die Kontrolle des impulsiven Ausdrucks der emotionalen Reaktion hin.

$FC > (CF + C)$ – die Person ist fähig, ihre emotionale Reaktion auf die soziale Umwelt zu steuern und reagiert adäquat im Handeln und Fühlen. Sie ist nicht überkontrolliert und bei stärkeren Eindrücken zu tiefen und echten Gefühlsantworten fähig. Sie kann ihre Gefühle und Triebimpulse gut unter Kontrolle halten. Sind CF und C gleich oder fast Null, so liegen stark ausgeprägte Kontrollfunktionen vor und das Sozialverhalten (FC) wirkt oberflächlich.

$FC < (CF + C)$ – die Affekte der Person sind impulsiv, unkontrollierbar und sozial nicht angepasst. Die Beherrschung der Gefühlsreaktion ist schwach. Die Person neigt zu starken, unkontrollierbaren (impulsiven) Gefühlsreaktionen in Ausdruck und Verhalten. Wenn $FM + m > 2M$ ist, d.h. die Ich-Kontrolle der inneren Triebimpulse (die über die Werthaltung herrschen) zu schwach ist, haben wir es mit der Vorherrschaft des „Lustprinzips“ zu tun.

$(FC + CF + C) : (Fc + c + C')$ – wenn die Summe der achromatischen Farbantworten doppelt so groß ist als die der chromatischen Farbantworten, ist das ein Hinweis, dass der Mensch durch seine Erfahrungen mit der Umwelt traumatisiert wurde und sich aus Angst vor weiteren schmerzlichen Erfahrungen von der Außenwelt zurückzieht (Hypothese vom „gebrannten Kind“). Bei einem optimalen Verhältnis werden doppelt so viele chromatische als achromatische Antworten gegeben und der Sozialkontakt wird gut sein. Die Bedürfnisse nach Anerkennung und Zuwendung bereiten ihm keine Schwierigkeiten, so dass er seine Gefühle ohne Probleme zeigen kann.

Differenzierte und Undifferenzierte Schattierungsantworten im Verhältnis zu einander zeigen, ob die Reaktionsweisen im Bereich der Sicherheitsbedürfnisse des Ich beherrscht und in die Persönlichkeitsstruktur integriert sind (Vogel, 1992).

$(FK + Fk + Fc) : (K + c + k)$ – das optimale Verhältnis beträgt (2:1) und weist auf die gute Integration der Liebes- und Geborgenheitsbedürfnisse in die Organisation der Persönlichkeit hin. Wenn die Summe der undifferenzierten Schattierungsantworten größer ist, dann sind die Zuwendungsbedürfnisse schlecht integriert, so dass die Gefahr neurotischer Spannungen besteht.

$(FK + Fc) : F$ - indiziert den Umgang mit Liebes- und Geborgenheitswünschen.

$(FK + Fc)$ - zwischen $\frac{1}{4}$ und $\frac{3}{4}$ der Anzahl F : Die Geborgenheits- und die Liebesbedürfnisse sind ausreichend integriert, die Sensibilität gegenüber anderen erleichtert den Umgang mit Menschen ohne übermäßige Empfindsamkeit oder Abhängigkeit vom Verhalten anderer.

$(FK + Fc)$ – größer als $\frac{3}{4}$ der Anzahl F : Die Liebes- und Geborgenheitsbedürfnisse sind so dominant, dass andere Bedürfnisse zurücktreten. Wahrscheinlich infolge von Enttäuschungen oder ungenügender Befriedigung in der Kindheit sind diese Bedürfnisse so gesteigert, dass eine dauernde Suche nach der Zuwendung und Liebe anderer besteht

$(FK + Fc)$ – kleiner als $\frac{1}{4}$ der Anzahl F : Unterentwicklung dieser Bedürfnisse oder Neigung zu Unterdrückung, Verdrängung der Liebes- und Geborgenheitsbedürfnisse. Vielleicht haben starke frühkindliche Versagenserlebnisse die Entwicklung gestört.

Proportionen, die zu Selbstwertgefühl und sozialem Kontakt in Beziehung stehen

a) Art und Qualität der sozialen Kontakte.

Die Beziehung und das Interesse an anderen Menschen wird durch den Inhalt der Antworten mit Menschendeutungen ($H + Hd$) und zwischenmenschlichen Beziehungen (M) gekennzeichnet (Braun-Ga»kowska, 1985).

$H + Hd = 10 - 25\%$ aller Antworten: Das Ergebnis zeigt an, dass der Proband sich für andere Menschen interessiert und über gute soziale Kontakte verfügt.

$H + Hd < 10\%$ zeigt an, dass der Proband wenig Interesse für anderen Menschen hat.

$H + Hd > 25\%$ weist darauf hin, dass das Interesse für andere Menschen mit Angst verbunden ist.

(H) oder (Hd) - Antworten mit menschlichen Figuren, die in irgendeiner Form verkleidet gesehen werden oder den Menschen ähnlich sein sollten (z.B. Ungeheuer, Gespenster, Clowns, Engel, etc...), können als Hinweise dafür gewertet werden, dass sich der Proband nur schlecht mit wirklichen Menschen identifizieren kann.

$M > 2$ Menschen in Bewegung zeigen innere Aktivität, Phantasie, die Fähigkeit, sich in die Situation der anderen Menschen einzufühlen und ihre Bedürfnisse und Gefühle zu erkennen und zu verstehen.

Die Art der Menschenbewegung zeigt die Beziehung zu anderen an. Werden kämpfende, streitende oder angreifende Menschen gesehen, dann schließt man auf eine feindselige oder konkurrierende Einstellung. Die Deutung von Menschen die sich verbeugen, die lauschen oder sitzen und sich unterhalten, zeigt eine submissive Haltung an. Lachende und tanzende Menschen bedeuten, dass sich der Proband zufrieden, aktiv und tatkräftig fühlt.

b) Kritikfähigkeit und Erlebnistyp

Die Tendenz zur Selbstkritik oder Kritik anderen zeigt das Verhältnis $M:C$ und S an (Braun-Ga»kowska, 1985). Der extratensive Mensch wird seine Kritik mehr nach außen richten und seine Umwelt unter Kritik stellen, der introversive Mensch wird dagegen sich mehr selbstkritisch verhalten.

$M > C$ und $M > 2$ und $S > 0$ – der Proband ist kritisch, nachdenklich und empathisch mit Tendenz zur Selbstkritik.

$M = C$ oder $M > C$ und $M > 2$ und $S > 0$ – der Proband ist kritisch gegenüber anderen, aber gleichzeitig nachdenklich, empathisch und zur Selbstbeurteilung fähig.

$M < 2$, $S > 0$ – der Proband ist trotzig und kritisch, seine Entscheidungen sind nicht gut überlegt und nicht genug objektiv bewertet.

Wenn die Proportion von $(Ad + Hd)$ mehr als halb so groß wie $(H + A)$ ist, kann es auf eine überkritische Haltung hinweisen (mit Ängstlichkeit oder aggressiven Tendenzen).

$S = 0$ – der Proband ist nicht kritisch.

c) Soziale Anpassung

Die Anzahl der Populärantworten (3-8) weist darauf hin, dass der Proband fähig ist, die Welt in der gleichen Weise wie die andere Menschen wahrzunehmen. Eine geringe Anzahl von P deutet darauf hin, dass er unfähig ist, die Umwelt wie die anderen Menschen zu sehen, in extremen Fällen kann es eine schwache Realitätsbeziehung bedeuten. Zu viele P sind ein Zeichen, dass der Proband von der Weltansicht anderer abhängig ist. Auch viele D -Antworten sprechen für eine gute Realitätsanpassung. Sind 45-55% aller Antworten D -Antworten, spricht dies für des praktisches Denken und einen Gesunden Menschenverstandes. Zu wenig D steht für fehlenden Realitätssinn, zu viel

D für geringes Interesse an theoretischem Denken, kann aber auch Unsicherheit und Angst bedeuten, den Boden zu verlieren, wenn man sich nicht an die Tatsachen hält.

die intellektuelle Kontrolle der Umwelt indiziert $F\%$ -Wert. Bei genügend hohem Formniveau zeigt er im allgemeinen den Grad der Kontrolliertheit des Denkens, die Sachlichkeit. Der Normalbereich, in dem sich die $F\%$ -Werte befinden sollen, liegt zwischen 20-50% aller Antworten. Je höher das $F\%$ ist, desto besser ist der Proband imstande, affektfrei und sachlich zu reagieren. Niedriges $F\%$ steht für mangelnde Kontrolliertheit und ein zu individualistisches Verhalten.

Die emotionale Anpassung zeigt das Verhältnis $FC : (CF + C)$ an. Ist $FC > (CF + C)$, ist die Person fähig, ihre emotionale Reaktion auf die soziale Umwelt zu steuern und reagiert adäquat im Handeln und Fühlen gegenüber anderen Personen oder äußeren Gefühlsreizen. Sie ist nicht überkontrolliert und auch nicht gehemmt und deshalb bei stärkeren Eindrücken zu tiefen und echten Gefühlsantworten fähig.

d) Beziehung zu sich selbst und Selbstwertgefühl

Es gibt einen Zusammenhang zwischen der Extraversion und Introversion ($M : C$) und der Beziehung zu sich selbst bzw. zur Umwelt. Der extratensive Mensch hat eine bessere Beziehung zur Umwelt, der introversive wiederum hat eine bessere Beziehung und besseren Kontakt zu sich selbst, seinen eigenen Zielen und seinem Wertsystem. Der introversive Mensch hat eine gut entwickelte Vorstellungsfunktion in Form von langfristigen Zielen und die Wahrnehmung innerer Impulse. Er neigt dazu, die Welt im Sinne seiner eigenen Werte und Bedürfnisse zu interpretieren. Der Introversive ist nicht von der Situation abhängig, die er sich auch anders vorstellen und planen kann, und nach diesen Vorstellungen zu gestalten vermag. Der gut angepasste introversive Mensch ist selbständig und unabhängig.

Das Selbstwertgefühl eines Menschen ist dann gut, wenn er sich selbst und sein Leben akzeptiert. Das heißt, wenn es keine großen Diskrepanzen zwischen dem „wer er ist“ und „wer er sein möchte“ gibt. Für die innere Integration ist die Ich-Kontrolle wichtig, die die Unterordnung der Triebimpulse unter die Welthaltungen (Symptom der Reife) und außerdem den Umgang mit Liebes- und Geborgenheitsgefühlen ermöglicht.

Wenn das Verhältnis $(FK + Fk + Fc) : (K + c + k) = (2 : 1)$ ist, weist das auf die gute Integration der Liebes- und Geborgenheitsbedürfnisse und eine gesunde Organisation

der Persönlichkeit hin. Liegt $(FK + Fc)$ zwischen $\frac{1}{4}$ und $\frac{3}{4}$ der Anzahl F -Antworten, sind die Liebes- und Geborgenheitsbedürfnisse akzeptiert und ausreichend integriert. Der Mensch besitzt Sensibilität gegenüber anderen, die ihm den Umgang mit Menschen in Beziehungen erleichtert. Er akzeptiert seine Zuwendungswünsche, kann sie befriedigen, ohne sie zu verdrängen oder zu unterdrücken oder andauernd nach der Zuwendung und Liebe anderer zu suchen (Vogel, 1992).

Gesunde Realitätskontrolle ist bei einem $F\%$ -Wert zwischen 50 und 80% gegeben und weist bei guter Selbsteinschätzung ($W:M$) auf eine Ich-Stärke hin. Gute Ich-Kontrolle über äußere Anreize oder innere Triebimpulse hilft, diese mit dem eigenen Wertsystem zu integrieren und bei optimalem Verhältnis von $M > (FM + m)$ und $M > 2$ bei $m < 2$ ein inneres Gleichgewicht zu schaffen. Der Proband ist ausgeglichen, er kann seine Triebe unter Kontrolle halten und innere Kräfte für konstruktive Lösungen der Lebensprobleme einsetzen.

Wenn keine „Schocks“ auf einzelnen Tafeln bestehen, wie in Beziehung zu dem Partner oder zum eigenen Geschlecht bzw. zur Sexualität (T. VI, VII bzw. IX), in Beziehung zu Mutter oder Vater bzw. der eigenen Lebensrolle (T. IV, VII bzw. III) oder Angst vor Unbekannten, vor der Zukunft, vor Entscheidungen und vor der eigenen Aggressivität (T. I, X, V, und II), dann ist die Persönlichkeit des Probanden nicht von Spannungen und unterdrückten Konflikten gekennzeichnet, sondern gut integriert.

Für eine gute Selbsteinschätzung steht das Verhältnis $W:M$, das anzeigt, wie wohlbegründet das Anspruchsniveau des Probanden ist. Er kann mit sich selbst und seiner Leistung zufrieden sein, wenn das Verhältnis 2:1 oder 3:1 bei jungen Menschen beträgt. Ein hohes Anspruchsniveau geht dann nicht über die vorhandenen produktiven Kräfte des Probanden hinaus. Das optimale Verhältnis weist auf ein echtes Leistungstreben hin.

$W:M > 3:1$ – zu hohes Anspruchsniveau: Ehrgeiz und Anspruch sind größer als die verfügbaren produktiven Kräfte. Wegen zu hoch angesetzter Ansprüche kann es zu Frustrationsgefühlen und Unzufriedenheit mit sich selbst kommen.

$W:M < 2:1$ – die vorhandene produktive Energie wird nicht entsprechend genutzt. Das Leistungstreben wird eingeschränkt. Die Person unterschätzt sich selbst und ihre Kräfte, und könnte tatsächlich viel bessere Leistungen bringen als die, die sie zeigt.

Es wurden anhand des Rorschachtests einige Aspekte und Funktionen der Persönlichkeit wie Ich-Kontrolle, emotionale und intellektuelle Kontrolle, Vorstellungsfunktionen, Selbstschätzung, Selbstwertgefühl, Erlebnistyp beschrieben. Diese und auch viele andere Funktionen spielen eine wichtige Rolle, um die inneren, bewussten und vor allem auch unbewussten Mechanismen der Persönlichkeit zu integrieren. Der Rorschachtest kann neben der Vielfalt der Persönlichkeitsmerkmale, eine dynamische Wirkung dieser Merkmale zueinander darstellen. Das innere Bild ist nicht einseitig, neben den „starken Seiten“ der Persönlichkeit wie Leistungsstärken oder Begabung, lernen wir auch Schwächen mit vielen Spannungen, Konflikten und Ängsten kennen, die nicht zu vermeiden sind, sondern bestimmte Abwehrmechanismen bilden.

Die innere Dynamik in der Rorschachdiagnose weist daran hin, dass es hier nicht darum geht, bei einem Probanden viele Probleme oder unbewusste, neurotische Konflikte zu sehen. Viel wichtiger ist, dass auch zu erkennen ist, wie er mit diesen Konflikten, mit der Vielfalt seiner Begabungen, Individualität und potentiellen Möglichkeiten, welche in jedem Menschen stecken, auf viele einfache oder schöpferische Weise umgehen kann, was eine wichtige Voraussetzung zur persönlichen Entfaltung darstellt.

3.3 Differentielle Diagnose der Suizidalität anhand des Rorschach-Suizidindexes

Die Interpretation der Deutungshypothesen bezüglich der Persönlichkeitsaspekte hat einen beschreibenden Charakter, deshalb ist die Rorschach-Interpretation eines Einzelfalles viel einfacher als die eines Gruppendurchschnitts durchzuführen, hat auch für klinische Zwecke eine unbestrittene Bedeutung und liefert wertvolle klinische Informationen für die Therapieplanung.

Generell lässt sich sagen, dass sich der Ansatz über Einzelmerkmale im Rorschachtest die Suizidalität zu bestimmen, als weniger fruchtbar erwiesen hat, als der Weg über Merkmalskombinationen (Blume Lewinsky 1980). In der vorliegenden Arbeit wurden mit dem Rorschachtest alle vier Forschungsgruppen untersucht (siehe Kap.II.1). Nach dem Untersuchung wurde zuerst eine Varianzanalyse mit allen Rorschach-Variablen (Signaturen und Signaturkombinationen, von den Haupt- und Zusatzproportionen), die die Deutungshypothesen aus dem allgemeinen Rorschachprotokoll bilden durch-

geführt. Es zeigten sich fast keine signifikanten Unterschiede zwischen den vier Gruppen (siehe Anhang G). Die wenigen signifikanten Unterschiede zwischen den Einzelsignaturen, innerhalb der Farb- und Schattierungsantworten zeigen die Richtung der differentiellen Gruppendiagnose anhand der Signaturkombinationen. Diese zusätzlichen Merkmalkombinationen des Suizidindex, die bei dem allgemeinen Rorschachprotokoll (siehe Anhang I) nicht vorhanden sind, weil sie speziell für klinische Zwecke entdeckt und erforscht wurden, ermöglichen eine differentielle Diagnose der Suizidalität. Die umfassende, mit einer empirischen Hypothesenprüfung verbundene, differentielle Diagnose der Suizidalität wird nach einem bestimmten Rorschach-Suizidindex für Adoleszente durchgeführt (siehe Kap.II.8).

Die empirische Basis für den Suizidindex für Adoleszente von Silberg und Armstrong, ist der Rorschach-Suizidindex von Exner und Wylie (1977, 1986). Von den 11 Merkmalkombinationen von Exner und Wylie wurden die folgenden 4 in den Suizidindex für Adoleszenten von Silberg und Armstrong mit einbezogen: die Vista Antworten ($FV + VF + V > 0$), die Farbschattierungsantworten, die Morbidantworten und die niedrige emotionale Kontrolle ($FC < CF + C$). Zusätzlich wurden noch zwei andere Merkmale, unlogische Antworten ($Unlog > 9$) und verzerrten Menschenvorstellungen ($M-$) im Suizidindex für Adoleszente von Silberg und Armstrong berücksichtigt. Alle Signaturen und Signaturkombinationen des Rorschach-Suizid-Indexes für Adoleszenten von Silberg und Armstrong sind in der Tabelle A dargestellt.

Um die Objektivität der Ergebnisse in der Rorschachuntersuchung zu kontrollieren wurden die Testantworten von zwei verschiedenen Rorschachexperten signiert, welchen die Forschungshypothesen nicht bekannt waren. Beide Untersucher waren erfahrene klinische Psychologen. Sie haben unabhängig voneinander die Antworten der Probanden signiert und bei Differenzen in ihrer Signierung, haben sie diese noch mal diskutiert. Im Endeffekt sind die beiden Experten zu den gleichen Ergebnissen im Signierungsbereich gekommen.

Die Rorschach Suizid-Indikatoren hängen von der Anzahl der Antworten (R) ab. Es wurde überprüft, ob die Gruppen sich in der Anzahl der Antworten voneinander unterscheiden (siehe Anhang G). Die Varianzanalyse ergab keine signifikanten Unterschiede zwischen den vier Gruppen ($F(3,116) = 1,368, p = 0,256$).

Tab.A. Rorschach-Suizidindex für Adoleszente von Silberg und Armstrong(1992), nach dem Signierungssystem von Exner.

Signaturkombinationen	Deutung	Interpretation
$FV + VF + V > 0$	Vista – Antworten	Negative Selbstbeobachtung
<i>Farbschattierungantw. > 1</i>	Schattierung in Farbantworten verwendet	Affekt durch Angst und Passivität gehemmt
$M - > 1$	Abnorme Menschenbewe – gungsantworten	Verzerrte Menschenvorstellungen und Aggressivität
$FC < CF + C$	Mehr Farbantworten als Formantworten	Niedrige Affektkontrolle
<i>Morbidantworten > 1</i>	Antwortinhalte über Tod, Krankheit, Destruktion etc..	Phantasieren über Tod, Suizid, Krankheit
$UNLOG > 9$	Unlogischer Antwortinhalt: (Kontam, fab.Komb, Konfab)	Unlogische Denkprozesse

Niedrige Affektkontrolle ($FC < CF + C$) – diese Proportion wurde im Suizidbereich erstmals von Piotrowski (1950) angewendet. Je mehr Farbformantworten (CF) und reinen Farbantworten (C), (in denen nicht die Form, sondern die Farbe die Antwort bestimmt) im Vergleich mit zu den Formfarbantworten (FC) gegeben werden, desto niedriger ist die Kontrolle des affektiven Ausdrucks. Exner (1977) spricht dabei von Probanden, die „von Gefühlen überwältigt werden“. Bei einer Erregung durch Innen- oder Außenreize gibt es eine übermäßige Ansprechbarkeit, da die Emotionalität sehr labil ist. Das heißt, die suizidalen Adoleszenten haben die Tendenz zu einer unkontrollierbaren, impulsiven Reaktion auf innere Signale in einer kritischen, stressbeladenen Situation. Die emotionale Impulsivität bei einer suizidalen Handlung hat der psychoanalytisch orientierte Suizidologe Karl Menninger (1950) betont. Der unkontrollierbare Drang und die Impulsivität kommen mit einer falschen Einschätzung der Situation zusammen. Menninger spricht vom sogenannten „Romeo-Irrtum“ aus dem Shakespeares Drama, der durch eine hohe Impulsivität ausgelöst wurde und mit tragischen Folgen endete. Das Verhältnis $FC < (CF + C)$ ist nicht nur für die Suizidalität typisch, sondern auch für neurotische Erkrankungen und antisoziale Persönlichkeitsstörungen.

Affekt durch Angst gehemmt oder emotionale Impulse von plötzlicher Angst begleitet (Cc). Diese Signatur wurde zuerst von Applebaum und Holzman (1962) im Suizidbereich beschrieben. Farbe und Schattierung gleichzeitig in einem Perzept gesehen (z.B. „Roter Schmetterling, seine Flügel sind hier dunkler, da heller“...), spricht dies für ein Erleben von negativem Affekt, wenn eine positive Emotion ausgelöst wird. Exner (1977) nennt dieses Phänomen „gleichzeitiges Erleben von Freude und Schmerz“. Piotrowski (1968), der diese Signatur zuerst in seinem Suizidindex benutzte, betonte, dass Gefühle und Zuwendungswünsche von suizidalen Personen deutlich gespürt werden, aber Angst auslösen.

Eine negative Emotion (Angst, Schmerz u.a.) wird auf eine positive Affekterregung übertragen. Das von negativen Emotionen beladene Selbst der suizidalen Probanden kann zu einer emotionalen, dynamischen Einengung führen. In dieser von Ringel (1958) beschriebenen Präsuizidalen Einengung werden alle emotionalen Erlebnisse in einer negativen Art und Weise erlebt und alles in einer bestimmten Situation Wahrgenommene in einem negativen Sinne so interpretiert, dass die Selbstvorstellung der Personen sehr negativ ausgeprägt wird. Diese Einstellung zu sich selbst führt nach Ringel zu einer weiteren suizidalen Einengung, einer Einengung des Wertsystems, die in Widerspruch zum allgemeinen humanistischen Wertsystem steht und bis zu einer nihilistischen Haltung führt.

Die Deutung der Cc- Signatur ist typisch für suizidale und auch depressive Erkrankungen (Exner 1986). Bei der Suizidkonstellation werden aber noch viele andere Merkmalskombinationen als die des Rorschach-Depressionsindex von Exner (1986), angewendet.

Negative Selbstbeobachtung (Introspektion) – $FK + KF + K > 0$. Die FK nach Klopfers Signierungssystem sowie FV nach Exners System werden signiert bei einer Antwort, bei der die Schattierung zur Herstellung von räumlicher Tiefe (dreidimensionaler Perspektive) verwendet wird. Exner (1977) interpretiert in seiner Suizidkonstellation Vista-Antworten allgemein als „inneres Erleben von Unwohlsein und Schmerz bei Leuten, die sich selbst im Frage stellen“. Diese Antworten fehlen seiner Meinung nach, bei fast allen Adoleszenten. In dem Suizidindex für Adoleszente kann man somit schon bei nur einer Vista-Antwort bereits von einem diagnostischen

Ergebnis sprechen. Blatt und Ritzler (1974) sind der Meinung, dass eine gewisse Verletzbarkeit und Sensibilität der Suizidalen und ein Wunsch nach einer anderen Lebensperspektive die Wahrnehmung von räumlicher Tiefe und Transparenz verursacht, und von dem Gefühl einer inneren Leere begleitet ist.

Alle Schattierungsantworten (FK , KF , K und auch Fk , oder Fc etc ...) reflektieren nach Klopfer (1967) den Umgang des Menschen mit seinen primären Sicherheitsbedürfnissen (Bedürfnis nach Geborgenheit, Zuwendung, Liebe, körperlich–seelischer Nähe etc...). Der Proband versucht, also seine Ängste vor dem Liebesverlust durch eine introspektive Einsicht zu kontrollieren und das Konfliktproblem mittels Distanzierung zu Objektivieren oder hinter einer intellektualisierenden Haltung zu verbergen (Vogel, 1992).

Die Vista–Antworten zeigten das Motiv des Suizidversuches an, das mit der Frustration der Geborgenheitsbedürfnisse verbunden ist (Karenina-Syndrom). Die Angst vor dem Verlassenwerden oder vor Verlust von Liebe und Zuwendung kann so groß sein, dass sie bis zur Verzweiflung führt, weil die Ich-Struktur bedroht ist. Da die Angst durch die Ich-Kontrolle der inneren Impulse nicht mehr beherrscht werden kann und nicht mit dem Ich integriert wird, bildet sie eine Bedrohung der Ich-Organisation. Dies kommt aber erst dann zustande, wenn auf Grund hoher Impulsivität ($m > I$) die innere Kontrolle des Ich versagt ($M < FM + m$). Die Schattierungsantworten sind auch für depressive Erkrankungen und besonders solchen mit Phobien charakteristisch. Im Suizidindex sollten auch andere Merkmalskombinationen berücksichtigt werden, die diese beiden Indices voneinander unterscheiden, wie z.B. die Merkmale für innere ($m > I$ bei $M < FM + m$) und äußere ($FC < CF + C$) Kontrollfunktionen.

Unlogische Antworten ($UNLOG > 9$), wie *fabulierte Kombinationen*, *Konfabulationen*, *Kontaminationen* und *Perseverationen* in einem Rorschachtest stehen für unlogische Denkprozesse, niedrige Flexibilität des Denkens und niedrige Abstraktionsfähigkeit (z.B. “Die Fledermaus muss auf ihren Flügeln alle diese Menschen tragen und kann schon nicht mehr...“) Die Störungen der Logik der Denkprozesse ist mit einer sehr subjektiven Realitätswahrnehmung der suizidalen Adoleszenten verbunden, in denen es keine bestimmte logische Ordnung gibt. Mit dem Ausdruck

„destruktive Logik“ haben Shneidman und Farberow (1957) die abnormen, unlogischen Denkprozesse der suizidalen Menschen benannt.

Eine Inhaltsanalyse von 66 Abschiedsbriefen der Personen vor einem begangenen Suizidversuch hat ihre Hypothese bestätigt. Diese Briefe wurden durch folgende Merkmale charakterisiert: Vermehrter Gebrauch der verschiedenen Bedeutungen des Wortes „Liebe“, größeres Maß an Feindseligkeit und Selbstanklagen; genaue Instruktionen an die Überlebenden, dichotomische Logik sowie geringeres Vorkommen von Vorstellungen über das eigene Denken (Shneidman 1957, 1976). Eine ähnliche Analyse von Abschiedsbriefen haben Osgood und Walker (1959) aus psycholinguistischer Sicht durchgeführt. Alle diese Autoren haben gemeinsam festgestellt, dass Worte, die Liebe ausdrücken sowie Beziehungen zur Mutter in echten Abschiedsbriefen gehäuft vertreten sind. Ambivalentwertende Aussagen wie „Ich liebe dich, du hast mir nie vertraut“ spiegeln direkt die Suizidmotive und die innere Widersprüche, und sind als Maß der Konfliktstärke bei Suizidalen zu betrachten. Die Autoren belegten, dass die suizidgefährdeten Menschen auf semantische Regeln und logische Argumentation nicht achten und damit „die Logik zerstören“. Die Tendenz zur Selbstzerstörung zeigt die Paradoxität ihres Denkens an.

Verzerrte Menschenvorstellungen (M-). In solchen Antworten werden menschliche Bewegungen falsch oder nicht komplett rekonstruiert (z.B. „Ein großer Mensch ohne Kopf, hängt auf einem Stück Holz“), wie bei Kontaminationen und anderen Verbalisierungen, die im Rorschachtest auftreten können. Menschen können in derartigen Antworten auch menschliche oder abstrakte Kräfte bedeuten und ein aggressives Verhalten beinhalten. Diese Antworten sind mit hoher Aggressivität gegenüber anderen Menschen beladen. Die innere Aggression des Probanden wird durch die Projektion in diesem Test auf andere Menschen übertragen. Über die Bedeutung dieser Antworten hat Herz (1948) geschrieben, dass sie mit impliziten aggressiven Tendenzen gegenüber anderen verbunden sind. Silberg und Armstrong (1992) sind der Meinung, die Adoleszenten hätten anderen bestrafen oder auf Grund ihres Selbstmordes anderen beeinflussen wollen. Dies weist wiederum darauf hin, dass die suizidalen Adoleszenten ungenau („unsauber“) argumentieren und die Motivation und Absicht ihrer Suizidhandlung falsch verstehen.

Morbidantworten (Morbid) – Antwortinhalte über Tod, Krankheit, Destruktion (z.B. „Ein toter Schmetterling“..., „Eine Katze nach einem Unfall...“), reflektieren die negative „destruktive“ Gefühle des Probanden. Nach Herz (1948) spiegeln Morbidantworten durch Projektion ausgedrückte autodestruktive und Selbstmordphantasien bei Personen mit hohem Suizidrisiko wider. Die Morbid-Antworten sind auch im Depressionsindex von Exner (1986) vorhanden. Silberg und Armstrong haben diese in ihrem Suizidindex für suizidgefährdete, depressive Adoleszente als einen Indikator für depressive Verstimmung und Suizidphantasien verwendet. Der diagnostische Wert der Morbidantworten für Suizidrisiko ist jedoch fraglich, da bei vielen Rorschach-Protokollen der gesunden Probanden solche Antworten ebenso oft vorkommen. Die empirischen Studien dieser Arbeit sollten überprüfen, ob es signifikante Unterschiede zwischen den 4 Gruppen bezüglich dieser Morbid-Signatur gibt und ob sie mit anderen Suizidmerkmalen korrelieren und eine befriedigende Trennschärfe im Suizidindex aufweisen.

„Schock“ bei Tafel II bedeutet eine verlängerte Reaktionszeit bei der Antwort auf die Rorschachtafel II. Wegen einer Verzögerung der Reaktion auf schwarz-rote Stimuli der Tafel II wird er als „Rotschock“ bezeichnet. Der „Schock“ auf Tafel II ist dann kein „Farbenschock“, sondern ein „Rotschock“, wenn es keine Verzögerung auf die anderen bunten Tafeln gibt (T. VIII, IX, X). Die verlängerte Reaktionszeit auf Tafel II („Rotschock“) ist nach einer Formulierung von Loosli-Usteri (1958) ein Zeichen einer „Angst vor der Aggression“. Dieser „Schock“ kann hauptsächlich die Angst vor der eigenen Aggression ausdrücken und wäre dann Symptom einer Aggressionsverdrängung. Solcher Interpretation schließen sich auch andere Autoren wie Piotrowski (1957) und Bohm (1958) an. Piotrowski hat in seinem Rorschach-Suizidindex (1970) den Schock auf Tafel II als die „Verzögerung auf eine erste bedeutungsvolle Farbtafel“ berücksichtigt.

Diese Variable wurde von Exner sowie Silberg und Armstrong nicht berücksichtigt, da im Signierungssystem von Exner keine Reaktionszeit gemessen wird. Das Signierungssystem nach Klopfer, welches mit Piotrowskis System viele Gemeinsamkeiten hat, lässt diese Variable auch operationalisieren.

Suizidale Handlungen unterscheiden sich von parasuizidalen durch eine starke Selbsttötungsabsicht mit hoher Intensität der autoaggressiven Komponente (Beck

1975). Je stärker die innere Aggressivität wird, desto mehr wird sie unterdrückt. Deshalb haben wir es mit der Angst vor der eigenen Aggressivität zu tun. Aggressionsgefühle und andere negative Affekte werden zuerst durch Abwehrmechanismen des Ich kontrolliert, das die Unterdrückung der Gefühle aktiviert. Die negativen Affekte, die immer wieder unterdrückt werden, werden später sehr impulsiv und unkontrollierbar. Die Angst taucht dann auf, wenn auf Grund eines Konfliktes Aggressionslust und Hemmung (Unterdrückung) der Aggression das Ich bzw. die Ich-Struktur durch die Impulsivität bedroht wird.

Ringel (1984) ist derselben Meinung wie Freud (1937), dass Selbstmord auf Grund der aggressiven Impulse (Triebe), die sich gegen die eigenen Prozesse des Ich wenden, zustande kommt. Das Entstehen einer sehr hohen Aggressivität und ihre starke Hemmungen der Umwelt gegenüber bilden die ersten Schritte zu einem präsuizidalen Syndrom. Aggressionshemmung ist die entscheidende Bedingung, um die Aggression gegen die eigene Person zu wenden. Das ist ein physikalischer Prozess, meint Ringel, eine überschüssige Kraft muss ein Ziel finden; Das letzte, das zur Verfügung bleibt, ist das eigene „Ich“. Die Aggressionsimpulse sind durch Schuldgefühle und Selbstanklagen oder den Wunsch nach Selbstsühne begleitet.

Normalerweise taucht in einer Stresssituation zuerst ein Angstsignal auf, das die Abwehrmechanismen (Unterdrückung oder Verdrängung der Aggressivität z.B.) des Ich aktiviert. Wenn aber das Ich geschwächt ist und innere und äußere Impulsreize immer stärker werden, dann kommt es zu einer panischen Angst mit der Tendenz zur Verzweiflung, weil die Funktionen des Ich bedroht sind. Eine solche Konfliktkonstellation ist der typische Fall bei der Suizidgefahr. Es wäre an dieser Stelle wichtig für den gesamten Rorschach-Suizidindex, eine Variable zu finden, welche die für das Ich gefährlichen, unkontrollierbaren Impulse widerspiegelt.

Unkontrollierbare Impulsivität (*Fm*) – ist die Signatur, die für die unkontrollierbaren Impulse steht, die dem Wertsystem des Probanden widersprechen und für das Ich als bedrohlich erlebt werden. Die unkontrollierbaren Kräfte stammen aus dem Innern in Form von Impulserlebnissen, die das Wertsystem oder die Selbstachtung gefährden, oder von außen in Form bedrohlicher Umwelteinflüsse, die das Gefühl von Hilflosigkeit ausdrücken (Klopfer 1967). In beiden Fällen stellen die *m*-Variablen ein inneres Warnsignal vor der Bedrohung der Ich-Struktur durch Eindringen fremder

Impulse oder Außenreize dar. Die m zeigen innere Spannungs- und Konfliktgefühle an, Konflikt zwischen Impulsen und Werthaltungen und Spannung auf Grund des Wunsches nach Impulshemmung, die sich durch eine Verdrängung oder Unterdrückung ausdrücken kann. Die m bedeuten Spannung und Kampf gegen die Gefahr der Integration des Ich. Wird das Verhältnis M kleiner oder gleich $FM + m$, bei $m > 1$, dann ist die Spannung zu groß und die Ich-Kontrolle zu schwach, so dass die Person ihre ganze Kraft in die Lösung der inneren Konflikte investiert und sie dadurch verliert (Klopfer 1967).

Die suizidale Ich-Schwäche entsteht dann, wenn die innere Energie sinkt, aufgrund ihrer Investition in die Lösung der verschiedenen inneren Konflikte oder auch durch äußere Stresssituationen, die durch das Ich nicht mehr beherrscht werden können. Einer von vielen unkontrollierbaren Affekten kann die Angst vor Liebesverlust und Versagung der Geborgenheitswünsche sein ($FK + KF + K > 0$). Die Angst vor Liebesverlust kommt oft als Motiv der Suizidversuche vor, da die Befriedigung der primären Bedürfnisse wie Liebe und Geborgenheit u.a. für die gesunde Ich-Organisation sehr wichtig ist. Die Frustration dieser Wünsche ist für das Ich gefährlich und löst Angst aus. Diese Angst aktiviert eine Abwehr des Ich – die Kontrolle durch introspektive Einsicht. Solche Beobachtung der Liebesbedürfnisse aus der sogenannten Distanz, aus der die Person sie „objektiviert“, kann aber nicht immer ausreichend sein, so dass in diesem Fall die innere Ich-Kontrolle wichtig ist ($M > FM + m$, bei $M > 2$). Wenn M weniger oder gleich ($FM + m$) wird, dann wird bei vielen m -Variablen ($m > 1$), die für unkontrollierbare Impulse stehen, die Ich-Kontrolle nicht ausreichen um die Angst in die Ich-Organisation zu integrieren. Die Angst wird dadurch nicht mehr beherrschbar und zur Verzweiflung führen, da die Ich-Struktur direkt bedroht wird.

In diesem Fall haben wir es mit einem Syndrom zu tun, das, nach der literarischen Gestalt aus Tolstois psychologischen Roman, das „Anna Karenina-Syndrom“ genannt werden kann. Einerseits also die suizidale Bedrohung der Ich-Struktur auf Grund der Angst vor Liebesverlust (oder Versagung der Geborgenheitswünsche) und andererseits die niedrige Ich-Kontrolle über innere Impulse die dem Wertsystem des Probanden widersprechen.

$FK + KF + K > 0$ bei $m > 1$ bei $(m + FM) > M$ – das Verhältnis sollte das „Karenina-Syndrom“ reflektieren. Es wird vermutet, dass Angst vor Liebesverlust oder Frustration der Geborgenheitswünsche und hohe, vom Ich unkontrollierbare Impulsivität eine suizidale Bedrohung der Ich-Struktur bilden.

Diese Untersuchung soll folgende Fragen beantworten: Auf welche Art und Weise kann Liebesverlust ein Motiv für einen Suizidversuch sein? Wie ist es möglich, dass einige Personen nach Liebesverlust einen Selbstmord begehen wollen und andere einen schweren Liebesverlust verarbeiten und akzeptieren können?

3.4 Die Reliabilität des Rorschach-Suizidindexen für Adoleszente

Der Suizidindex für Adoleszente benötigt eine Reliabilitätsprüfung. Es wurde die innere Konsistenz anhand von Cronbachs Alpha für alle Subskalen des Rorschach-Suizidindexes gemessen. Es wurde zuerst die Reliabilität des Indexes von Silberg und Armstrong (nach dem Exner Signierungssystem) geprüft und anschließend die Reliabilität des neuen Indexes, der durch die theoretische Ableitung in dieser Arbeit und das Signierungssystem von Klopfer entstand.

Die Reliabilität jeder Subskala wurde auf der Basis der Rohwerte ausgerechnet. Ein Rohwert für jede Subskala bei jedem Probanden besteht aus der Summe seiner Antworten, deren Signaturen die Skala bilden (z.B. Cc; oder FK, KF, K). Die Summe besteht aus den Antworten auf alle 10 Rorschachtafeln (z.B. Cc auf Tafel I, II...X) von einem Probanden. Für die Reliabilitätsprüfung wurden die Antworten von allen Versuchspersonen dieser Arbeit, das heißt von 120 Probanden berücksichtigt (N = 120).

Die Reliabilität nach Cronbachs Alpha des Suizidindexes von Silberg und Armstrong beträgt für alle 6 Subskalen $\text{Alpha} = 0.53$ (bei N = 120). Die Reliabilität des neuen Suizidindexes für 7 Subskalen beträgt $\text{Alpha} = 0.65$, unter Berücksichtigung des Karenina-Syndroms (als 8. Subskala) beträgt $\text{Alpha} = 0.71$ (bei N = 120, siehe Anhang H).

Tab.B. Rorschach Suizid-Indikatoren für Adoleszente (nach dem Signierungssystem von Klopfer).

Signaturkombinationen	Deutung	Interpretation
$FV + VF + V > 0$	Vista – Antworten (Schattierung zur Herstellung der räumlichen Tiefe)	Negative Selbstbeobachtung wegen Angst vor Versagung der Liebes- u. Geborgenheitswünsche
<i>Farbschattierungantw. > 1</i>	Schattierung in Farbantworten verwendet	Affekt durch Angst und Passivität gehemmt
$M - > 1$	Abnorme Menschenbewegungsantworten	Verzerrte Menschenvorstellungen und Aggressivität
$FC < CF + C$	Mehr Farbantworten als Formantworten	Niedrige Affektkontrolle
$Fm > 1$	Unbelebte Bewegung, Objekt- oder abstrakte Bewegung	Unkontrollierbare Impulse, die dem Wertsystem widersprechen
$UNLOG > 9$	Unlogischer Antwortinhalt: (Kontaminat., Fab. Kombin., Konfabulat.)	Unlogische Denkprozesse
T. II „Schock“	Verlängerte Reaktionszeit auf Tafel II	Aggressivität und Angst vor der eigener Aggressivität
$FK + KF + K > 0$ bei $m > 1$ bei $(m + FM) > M$	„Karenina Syndrom“ – Vista- u. Objektbewegungsantwort.	Angst vor Liebesverlust und Impulsivität bis zur Bedrohung der Ich-Struktur.

In diesen Studien werden die Hypothesen von Silberg und Armstrong bezüglich ihres Suizidindex für Adoleszente (Validierungsstudien) überprüft. Es wurden aber auch neue Hypothesen aufgestellt, die anhand einen neuen, zu diesem Zweck nach Klopfers System vorbereiteten Suizidindex für Adoleszente (Tab.B) untersucht werden. Es wird angenommen, dass es verschiedene implizite Persönlichkeitsmechanismen gibt, wie z.B. den Umgang mit primären Sicherheitsbedürfnissen, die eine Wirkung auf die Suizidalität ausüben. Es gibt wahrscheinlich Unterschiede zwischen den Gruppen bezüglich dieser Persönlichkeitsmechanismen. Für die Überprüfung dieser Hypothesen wurden bestimmte Strukturmodelle (LISREL 8) berechnet.

4. Polnische Version der Testfragebögen

4.1 Lebenssinninventar (Reasons for Living Inventory)

Der Reasons for Living Inventory ins Deutsche übersetzt als Lebenssinn-Inventar, ist eine Methode zur Messung von Überzeugungen, die als entscheidende Gründe gelten, einen Selbstmord nicht zu begehen (also am Leben zu bleiben). Die Autoren des Inventars (Linehan, Goodstein, Nielsen & Chiles, 1983) gehen in der theoretischen Grundlage des Tests davon aus, dass eine Vielzahl von Forschungen im Bereich der Suizidalität, sich häufig auf die Identifikation der suizidalen Personen mit schlecht adaptiven Attributen, konzentriert (Beck et al., 1974; Kreitman, 1977; Neuringer, 1974). In den empirischen Studien mit Adoleszenten wurden ebenso die Rollen von kognitiver Verzerrung, Hoffnungslosigkeit und negativen Selbstkonzepten des suizidalen Verhaltens geschildert (Brent und andere, 1990; Pinto & Whisman, 1996). Wenig Aufmerksamkeit wurde den Fragen gewidmet, ob es den suizidalen Personen in Vergleich zu den Nichtsuizidalen an wichtigen adaptiven Eigenschaften fehle, und wenn ja, was für charakteristische Eigenschaften das sein könnten (Linehan et al., 1983, Pinto et al., 1998).

Linehan und ihre Mitarbeiter konzentrieren sich in ihren Studien auf adaptive und lebensstützende, charakteristische Merkmale von nichtsuizidalen Personen, die im Leben der suizidgefährdeten Personen fehlten. Die Fokussierung auf positive, sinnstiftende Eigenschaften der Menschen ist den Arbeiten von Frankl und Mitarbeitern (1976) nah, wenn sie fragen: Wie war es für diese Menschen möglich, in einem Konzentrationslager zu überleben, warum sie unbedingt leben wollten? Die Zeugen, die überlebt haben, wiesen als Mittel, sich am Leben zu halten, auf Überzeugungen zum Leben und Hoffnungen gegenüber der Zukunft hin, trotz extrem schmerzhafter Erfahrungen und Lebensstress. Frankl erinnert, dass die Überzeugung eines Gefangenen, dass er noch etwas Sinnvolles im Leben zu tun hat, von vielen kritisiert wurde. Andere haben die einfache Überzeugung erkannt, dass es das Leben wert ist, es zu retten, egal welche Form es annimmt. Das Leben ist also schon ein Wert für sich selbst und ist als sinnvoll zu betrachten (Beaver, 1972).

Die Betonung der Überzeugungen und Erwartungen auf das Überleben ist kompatibel mit der kognitiven (Beck, 1963; Neuringer, 1974) und kognitiv-behavioralen (Clum et al., 1979; Linehan, 1981) theoretischen Annäherung zum suizidalen Verhalten. In dieser Perspektive sind die kognitiven Muster wie Überzeugungen, Erwartungen, Stile oder Fähigkeiten als wichtige Mediatoren des suizidalen Verhaltens zu unterstreichen. Beck und Mitarbeiter (Beck, 1963; Beck, Weisman, Lester & Trexler, 1974; Bedrosian & Beck, 1979) stellten fest, dass persönliche Überzeugungen und die Erfahrung der Hoffnungslosigkeit mit der Absicht, sich selbst zu töten, mit parasuizidalem Verhalten und Überlegungen über die Möglichkeit des eigenen Todes zusammenhängen. Neuringer (1964) belegte, dass ein rigider kognitiver Stil für ein parasuizidales Verhalten charakteristisch ist. Diese Forschungen, die auf der kognitiv-behavioralen Sicht auf das suizidale Verhalten basiert, nehmen die Stellung ein, dass einer von den Faktoren, die die suizidalen von nicht-suizidalen Personen unterscheiden, der Inhalt ihres Überzeugungssystems ist.

Das Ziel dieses Inventars ist die Überprüfung der Theorie, dass nicht-suizidale Personen, d.h. Personen, die nicht in ein suizidales Verhalten engagiert sind, eine Art von adaptiven Überzeugungen und Erwartungen besitzen, welche solche Personen nicht besitzen, die einen Selbstmord hinter sich haben oder einen Selbstmord geplant haben oder gegenwärtig an suizidales Verhalten denken. Die andere Annahme ist, dass es viele potentielle lebensorientierte Überzeugungen und Erwartungen gibt, die gegen die Selbstmordversuche wirken. Zur Messung der Überzeugungen, die als potentiell wichtige Gründe gelten, einen Selbstmord nicht zu begehen, dient das Lebenssinninventar (*Reasons for Living Inventory*).

Für die Konstruktion des RFL-I haben 65 Studenten die wichtigen Gründe für das Leben aufgrund folgender Fragen generiert (Linehan et al., 1983):

- 1) *Ihre Gründe, sich selbst nicht zu töten, zu dem Zeitpunkt ihres Lebens, als sie sehr ernsthaft überlegt haben, sich das Leben zu nehmen?*
- 2) *Ihre Gründe, warum sie sich jetzt nicht töten würden?*
- 3) *Die Gründe, die Ihrer Meinung nach andere abhalten, sich selbst zu töten?*

Es wurden 343 Lebensgründe generiert, die zuerst auf 72 reduziert wurden. Mit der ersten Version des Fragebogens wurden die Probanden gebeten, auf der 6-stufigen Likert-Skala die wichtigen 72 Lebensgründe in Bezug auf ihre Lebenssituation zu

bewerten. Es wurden 413 Probanden verschiedener ethnischer Herkunft, Bildung, Religion und materiellen Status untersucht. Die Ergebnisse der Fragebogen-Untersuchung wurden einer Faktorenanalyse unterzogen, die auf sechs primäre Lebensgründe (*Reasons for Living Inventory*) hinweist: Überleben und Bewältigungsüberzeugungen (*Survival and Coping Beliefs*); Verantwortung für die Familie (*Responsibility to Family*); Sorge um die Beziehung zu den Kindern (*Child-Related Concerns*); Furcht vor Selbstmord (*Fear of Suicide*); Furcht vor Sozialer Ablehnung (*Fear of Social Disapproval*); moralische Abneigungen/Einwände (*Moral Objections*). Die sechs Kategorien von Überzeugungen und Ereignissen, die für den Lebenssinn wichtig sind, wurden durch die sechs Skalen der RFL-I repräsentiert. Es folgt die Beschreibung der sechs Skalen.

4.1.1 Die Skalen des RFL-I

Überlebens- und Bewältigungsüberzeugungen (*Survival and Coping Beliefs*): diese Skala ist eine Kombination von Lebensüberzeugungen (*beliefs about life and living*). Sie enthält Gründe, die mit positiven Erwartungen gegenüber der Zukunft verbunden sind („*I believe everything has a way of working out for the best*“); Überzeugungen über die eigene Fähigkeit, alles zu meistern und mit allem fertig zu werden, was das Leben zu bieten hat. Diese Art von Überzeugungen ist das Gegenteil der eigenen Hoffnungslosigkeit, die mit der Skala von Beck zu messen ist („*I believe I can learn to adjust or cope with my problems*“). Die dritte Art von Überzeugungen der Skala betrifft bestimmte Werthaltungen, die das Leben prägen und für den Lebenssinn wichtig sind („*Life is all we have and is better than nothing*“).

Verantwortung für die Familie (*Responsibility to Family*) und Sorge um die Beziehung zu den Kindern (*Child-Related Concerns*): diese Skalen beschreiben die Bedeutung der eigenen Familie und Kinder für die Probanden („*My family depends upon me and needs me*“); die Empfindlichkeit dafür, wie die Familie reagiert und sich für den Probanden interessiert („*I have a responsibility and commitment to my family*“) oder auf seinen Selbstmord reagieren würde („*I would not want my family to think I was selfish or a coward*“).

Furcht vor Selbstmord (*Fear of Suicide*); diese Skala misst die Furcht vor dem Schmerz, der mit dem eigenem Suizidakt verbunden ist („*I am afraid of the actual „act“ of killing myself (the pain, blood, violence)*“); Furcht vor dem Unbekannten und dem Tod („*I am afraid of the unknown*“); die eigene Unfähigkeit (zu wenig Mut, Entschlossenheit), so etwas derartiges durchzuführen (*I could not decide where, when and how to do it*“).

Furcht vor Sozialer Ablehnung (*Fear of Sozial Disapproval*); diese Skala misst die Furcht davor, was die anderen über den Probanden denken („*I am concerned what others would think of me*“); Furcht davor, was das soziale Umfeld nach dem Selbstmord denken würde („*I would no want people to think I did not have control over my life*“).

Moralische Abneigung (*Moral Objections*); diese Skala misst die Bedeutung des moralischen Wertsystems in Bezug auf den Suizid („*I consider it morally wrong*“); die Bedeutung der religiösen Werte („*I belive only God has the right to end a life*“)

4.1.2 Psychometrische Merkmale des Lebenssininventars und die polnische Version.

Die Validität des RFL-I

Die nach der Faktorenanalyse entstandenen sechs Skalen des RFL-I, stellen die sechs, für das Leben potentiell wichtigen Kategorien der Überzeugungen und Ereignisse dar. Die Hypothese, dass suizidale Personen solchen Überzeugungen als Gründe gegen einen Suizidversuch weniger Bedeutung zuschreiben würden, wurde in zwei Studien getestet (Linehan et al. 1983). Der RFL-I wurde in zwei unabhängigen Untersuchungen in der Gruppe der gesunden Probanden (N = 197) und der Gruppe mit psychiatrischen Patienten (175) angewendet. Unter den Probanden beider Stichproben waren Personen mit Suizidgedanken, einige nach einem Parasuizid und nicht suizidale Personen. In beiden Stichproben ergab die multivariante Varianzanalyse signifikante Effekte zwischen den Suizidalen (mit Suizidgedanken und nach einem Parasuizid) und nicht-suizidalen Personen in den Skalen: *Überleben und Bewältigungsüberzeugungen (Survival and Coping Beliefs)*, *Verantwortung für die Familie (Responsibility to Family)* und *Sorge um die Beziehung zu den Kindern (Child-Related Concerns)*.

Außerdem unterschied sich die gesunde Stichprobe in *Furcht vor Selbstmord (Fear of Suicide)* von der Gruppe mit Suizidgedanken und der parasuizidalen Gruppe. In der suizidalen Gruppe *Sorge um die Beziehung zu den Kindern (Child-Related Concerns)* unterscheidet sich ebenfalls die Gruppe mit Suizidgedanken von der parasuizidalen Gruppe. Es gab signifikant höhere Werte bei den Gruppen mit Suizidgedanken im Vergleich zu der parasuizidalen Gruppe in beiden dieser Skalen.

Der Zusammenhang zwischen den Skalen des RFL-I und den Selbstzuschreibungen bezüglich der Suizidgedanken in der Vergangenheit und der Wahrscheinlichkeit eines suizidalen Verhaltens in der Zukunft, wurde durch die Korrelationsanalyse überprüft. Es ergab sich eine signifikante, negative Korrelation zwischen Suizidgedanken und der Skala *Überleben und Bewältigungsüberzeugungen (Survival and Coping Beliefs)*, und eine positive Korrelation mit der Skala *Furcht vor Selbstmord (Fear of Suicide)*. Selbstgeschriebene Wahrscheinlichkeit eines suizidalen Verhaltens in der Zukunft korrelierte negativ mit der Skalen *Überleben und Bewältigungsüberzeugungen (Survival and Coping Beliefs)* und *Verantwortung für die Familie (Responsibility to Family)*. Außerdem korrelieren die Items der Skala *Überleben und Bewältigungsüberzeugungen (Survival and Coping Beliefs)* positiv mit der Tendenz zu sozialer Erwünschtheit. Die Skala der sozialen Erwünschtheit korreliert negativ mit den Skalen *Furcht vor Selbstmord (Fear of Suicide)*, *Furcht vor Sozialer Ablehnung (Fear of Social Disapproval)* und *moralischer Abneigung (Moral Objections)*.

Die Validitätsstudien der RFL-I in der Anwendung für Adoleszente wurden von Pinto, Whisman und Conwell (1998) durchgeführt. Der RFL-I wurde in einer Gruppe von psychiatrisch hospitalisierten Adoleszenten (N = 253) zwischen 13 und 18 Jahre angewendet. Die Stichprobe bildeten suizidale Adoleszente: Personen mit Suizidgedanken, Personen nach einem Suizidversuch und nicht suizidale Adoleszenten als psychiatrische Kontrollgruppe. Die multivariante Varianzanalyse ergab signifikante Ergebnisse zwischen den nicht-suizidalen und suizidalen Adoleszenten. Die suizidalen Probanden zeigten weniger Bewältigungsüberzeugungen, niedrigere Verantwortung für die Familie und mehr moralische Abneigung als die nicht-suizidalen Probanden. Die Probanden nach einem Suizidversuch zeigten signifikant weniger Furcht vor sozialer Ablehnung und weniger Furcht vor dem Suizid als die Probanden mit Suizidgedanken.

Tab.C. Korrelationen zwischen Reasons for Living, Suizidgedanken, Hoffnungslosigkeit und Depression (Pinto, Whisman & Conwel, 1998, S.401).

Reasons for Living Scale	SIQ	HSC	BDI
Survival and Coping Beliefs	-0.67*	-0.73*	-0.58*
Responsibility to Family	-0.24*	-0.38*	-0.22*
Fear of Failure and Social Disapproval	-0.04	-0.05	-0.08
Moral Objections	-0.31*	-0.27*	-0.16
Fear of Suizide	-0.27*	-0.26*	-0.14
Total Scale	-0.59*	-0.64*	-0.47*

SIQ- Suicidal Ideation Questionnaire; HSC- Hopelessness Scale for Children; BDI- Beck Depressions Inventory

*p < 0.001 (zwei-seitig)

Zur Überprüfung der Konstruktvalidität wurde der Zusammenhang zwischen den RFL-Skalen und den Skalen zur Messung der suizidalen Gedankenbildung (Vorstellung), Hoffnungslosigkeit und Depression überprüft (Pinto, Whisman & Conwell 1998). Der RFL-I wurde mit folgenden Inventaren korreliert: Suizidal Ideation Questionnaire (SIQ; Reynolds, 1988); Hopelessness Scale for Children (HSC; Kazdin et al., 1986) und Becks Depressions Inventory (BDI; Beck, 1974). Die Ergebnisse der Korrelationsanalyse sind in der Tabelle C dargestellt. Die Skalen *Überleben und Bewältigungsüberzeugungen (Survival and Coping Beliefs)*, und *Verantwortung für die Familie (Responsibility to Family)* korrelieren negativ mit allen diesen Testmethoden (Gesamtergebnissen in diesen Testfragebögen), während die Skalen *Moralische Abneigung (Moral Objections)* und *Furcht vor Selbstmord (Fear of Suizide)* positiv korrelieren mit der Hoffnungslosigkeitsskala für Kinder (HSC) und mit dem Fragebogen zur Messung der Suizidgedanken (SIQ). Die Skala *Furcht vor Sozialer Ablehnung (Fear of Social Disapproval)* zeigt keine signifikante Korrelationen mit den drei Methoden.

Ferner wurden die Partialkorrelationen zwischen den RFL-Skalen und den SIQ unabhängig von den HSC- und BDI-Testen berechnet. Nach einer statistischen Kontrolle, der durch den BDI-Test und den HSC-Test gemessenen Variablen (Hoffnungslosigkeit und Depression), ergaben die Partialkorrelationen einen signifikanten Zusammenhang zwischen den Skalen *Überleben und Bewältigungs- überzeugungen*

(*Survival and Coping Beliefs*), *Moralische Abneigung (Moral Objections)* und *Furcht vor Selbstmord (Fear of Suicide)* und Suizidgedanken (*SIQ*).

Die Autoren dieser Validierungsstudien (Pinto, Whisman & Conwell, 1998) stellten fest, dass Wertvorstellungen und Lebenssinn (Reasons for Living) wichtige kognitive Faktoren gegen suizidales Verhalten bei den Adoleszenten darstellten und in der Forschung und Therapiebehandlung Bedeutung haben können. Für zukünftige Studien wäre es wichtig, den Zusammenhang zwischen diesen, durch den RFL-I gemessenen Bewältigungsüberzeugungen und Bewältigungsstrategien (coping Skills) zu überprüfen und ebenso den Effekt dieser Bewältigungsüberzeugungen auf den Zusammenhang zwischen Bewältigungsstrategien und suizidalem Verhalten zu messen (Pinto, Whisman & Conwell, 1998).

Reliabilität des RFL-I, die polnische Version

Für die Überprüfung der Zuverlässigkeit des RFL-I, wurde üblicherweise die interne Konsistenz der einzelnen Skalen ausgerechnet. Die Ergebnisse von 0.72 bis 0.89 für Cronbachs Alpha (Tab.D) weisen eine hohe Reliabilität der Skalen auf (Linehan, Goodstein, Nielsen und Chiles, 1983, S. 278). In den Validierungsstudien von Pinto, Whisman und Conwell (1998, S. 400) liegen die Reliabilitätswerte noch höher (von 0.72 bis 0.98). Die polnische Version des PSSI-K benötigte ebenso eine Überprüfung der internen Konsistenz.

Die Vorbereitung der polnischen Version ist nach folgendem Plan verlaufen:

- 1) Übersetzung des RFL-Fragebogens aus dem Englischen ins Polnische
- 2) Vorbereitung der Anfangsversion und eine Pilotuntersuchung von 50 Schülern der Kollegstufe und die Ausrechnung der Reliabilität der Anfangsversion
- 3) Korrektur der Übersetzung der Anfangsversion und eine zweite Untersuchung mit einer Gruppe von 150 Schülern, mit wiederum einer Reliabilitätsüberprüfung
- 4) Anfertigung der polnischen Endversion des RFL-I nach der positiven Reliabilitätsüberprüfung

Nach der Überprüfung der Zuverlässigkeit der polnischen Version anhand Cronbach Alphas, verdeutlichen die Ergebnisse, dass alle Skalen des RFL-I eine gute bis sehr gute interne Konsistenz aufweisen. Die Werte der Cronbachs Alpha liegen zwischen 0.73 und .89 und sind somit als ganz gut zu bezeichnen. Die Reliabilitäten (Cronbachs Alpha) des RFL-I für Adoleszenten der englischen und der polnischen Version (ohne die Skala *Child-Related-Concerns*) sind in der Tabelle D dargestellt.

Tab.D. Die Auflistung der RFL-I Skalen, die innere Konsistenz (Cronbachs Alpha) der englischen Version (Pinto, Whisman & Conwel 1998, S. 401) und die innere Konsistenz (Cronbachs Alpha) der polnischen Version (N = 147).

Reasons for Living Scale	Cronbach Alpha	Cronbach Alpha polnische Version
Survival and Coping Beliefs	0.98	0.87
Responsibility to Family	0.91	0.74
Fear of Failure and Social Disapproval	0.86	0.89
Moral Objections	0.81	0.84
Fear of Suicide	0.72	0.73

4.2 Persönlichkeits-Stil- und Störungs-Inventar (PSSI)

Das PSSI ist ein Selbstbeurteilungsinventar zur Erfassung von Persönlichkeitsstilen, die als nicht-pathologische Entsprechungen der im DSM-IV (1994) beschriebenen Persönlichkeitsstörungen konzipiert sind. Der Fragebogen beruht auf der Annahme, dass es zu jeder der klinischen Störungskategorien einen analogen Persönlichkeitsstil gibt. In Gegensatz zu vielen klinischen Instrumenten, wie das strukturierte, klinische Interview und darauf aufbauenden Fragebögen, ist das PSSI geeignet, auch im Bereich nicht-pathologischer Persönlichkeitsstile hinreichend zu differenzieren. Trotz der genannten klinischen Bedeutung für die Diagnostik und Analyse von Persönlichkeitsstörungen dient das PSSI hauptsächlich der Identifikation und Analyse des für eine Person typischen individuellen Stils oder der Stile, zwischen denen sie wechseln kann (Kuhl & Kazén 1997).

Die mit dem PSSI erfassten Stile sind mit charakteristischen, affektiven Dispositionen und bevorzugten kognitiven Verarbeitungsformen (z.B. reflektive vs. impulsive Verhaltenssteuerung, ganzheitliches vs. elementares Erleben) verbunden. Mit Hilfe einer

theoretischen Interpretation der PSI-Theorie, liefert der PSSI-Test wichtige Informationen zur Trennung verschiedener „Systemkonfigurationen“, die eine Person, je nach situativen Anforderungen, einsetzen kann. Das PSSI hat neben der Orientierung an den Störungskategorien des DSM-IV auch eine theoretische Grundlage, die eine zentrale Rolle bei der Validierung des Verfahrens spielt. Die funktionalen Grundlagen der erfassten Stile werden in einer systematischen Persönlichkeitstheorie beschrieben (PSI-Theorie: Theorie der Persönlichkeits-System-Interaktionen). Diese Theorie beschreibt jeden Persönlichkeitsstil durch eine Systemkonfiguration, die durch ein bestimmtes Muster des Zusammenwirkens von den vier psychischen Makrosystemen charakterisiert ist: sequentiell-analytisches Denken, intuitive Verhaltenssteuerung ganzheitlich-integratives Fühlen, konfliktsensibles Empfinden sowie Belohnungs- und Bestrafungssysteme und analoge positive und negative Emotionen (Kuhl & Kazén 1997).

Das, aus der PSI-Theorie abgeleitete, STAR-Modell (Abb.B) zeigt die „Projektion“ der Stile und Störungen auf die beiden motivationalen Basisdimensionen (d.h. die Ausprägung der Selbstaktivierung von Belohnungs- und Bestrafungsaffekten) bzw. entsprechenden positiven und negativen Emotionen. Positiver und negativer Affekt werden als zwei getrennte Dimensionen betrachtet und sind im STAR-Modell orthogonal angeordnet. Die positive Affektdimension ist in der horizontalen Achse dargestellt (niedrige Ausprägung A(+) links, hohe Ausprägung A+ rechts), die negative Affektdimension in der vertikalen Achse (niedrige Ausprägung A(-) oben, hohe Ausprägung A(-) unten).

Unter Berücksichtigung der beiden Modulationsannahmen lässt sich aus den für eine Person charakteristischen Ausprägungen beider Affektsysteme (bzw. die Sensibilität für Belohnung und Bestrafung) die für sie typische Konfiguration der vier kognitiven Makrosysteme (Denken, Empfinden, Fühlen und Intuitive Verhaltenssteuerung) ableiten: „Positive Affekte und Stimmungen (z.B. beim liebenswürdigen bis histrionischen Stil) dämpfen das sequentiell-analytische Denken und bahnen die intuitive Verhaltenssteuerung (erste Modulationsannahme), während negative Affekte (z.B. bei der selbstunsicheren und der abhängigen Störung) das ganzheitliche Fühlen dämpfen und das inkongruenz- und konfliktsensitive Empfinden bahnen (zweite Modulationsannahme).“ (Kuhl & Kazén, 1997, s.25).

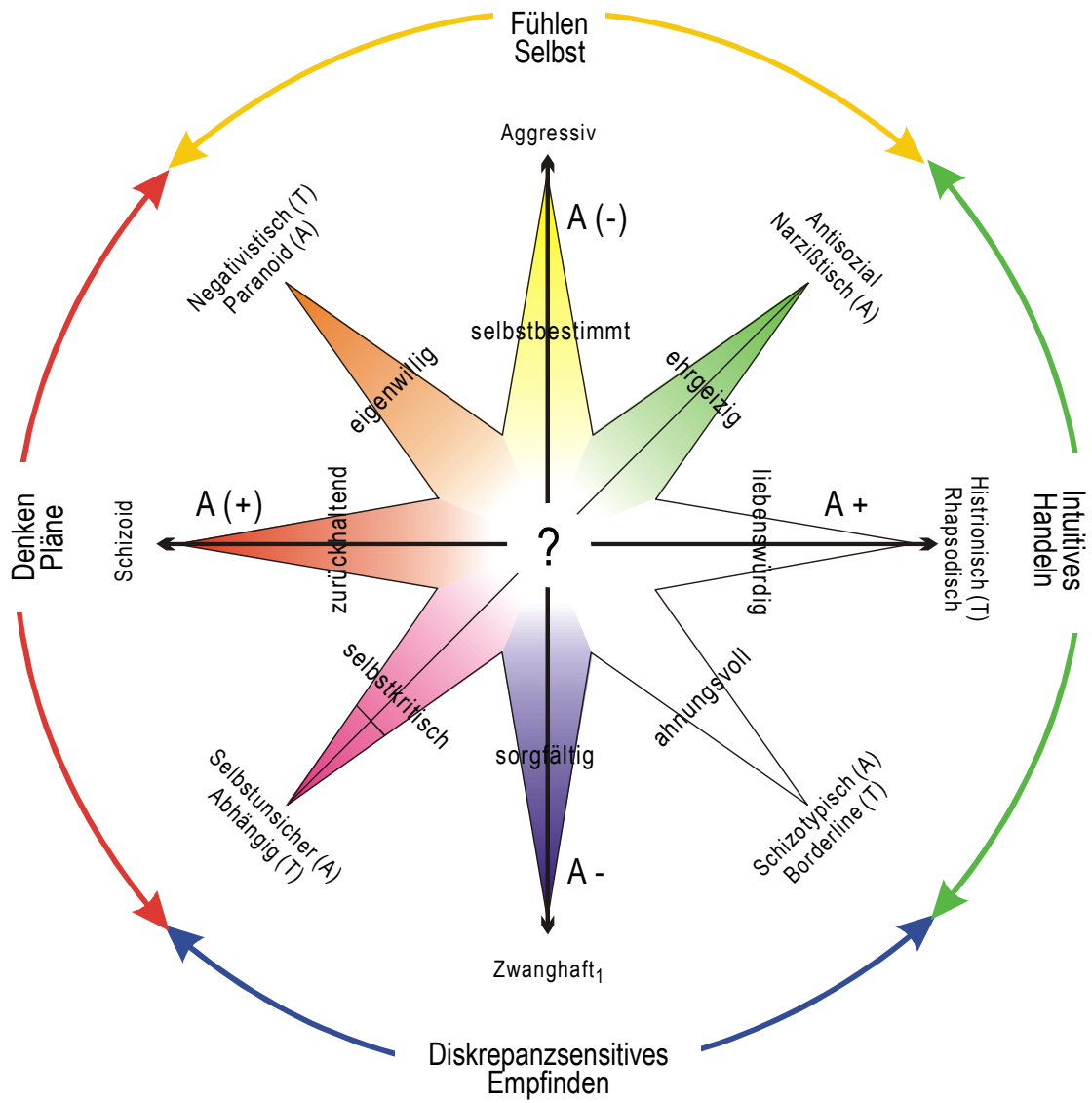


Abbildung B: Das STAR-Modell aus Kuhl und Kazén (1997)

Auf Grund der beiden Affekt- bzw. Anreizsysteme lassen sich jeweils drei Systemzustände (niedrig, mittel, hoch) unterscheiden, die mit unterschiedlichen kognitiven Funktionen assoziiert sind (Kuhl, 1996, 1997):

1a) Bei niedrigem positiven Affekt (z.B. bei der schizoiden Störung) dominiert gemäß der ersten Modulationsannahme der analytisch-volitionale *Planungsmodus*, während das impulsive Handeln gehemmt ist.

1a) Bei mittlerer Ausprägung der Sensibilität für positiven Affekt (z.B. beim sorgfältigen und beim selbstbewussten Stil) dominiert ein *instrumenteller Manipulationsmodus*, der auf einer ausgewogenen Kooperation des analytischen Denkens und der intuitiven Verhaltenssteuerung beruht.

1a) Bei hoher Sensibilität für positiven Affekt (z.B. bei der histrionischen Störung) dominiert ein intuitiv-impulsiver *Operationsmodus*, und das analytische Denken wird untergeordnete Funktion

1b) Bei niedrigem negativen Affekt (z.B. beim selbstbestimmten Stil), folgt gemäß der zweiten Modulationsannahme eine Dominanz des *Fühlmodus* durch Anwendung des vorhandenen hochinferenten Konfigurationswissens über relevante Handlungs- und Erlebniskontexte und Selbstaspekte

2b) Bei einer mittleren Sensibilität für negativen Affekt (z.B. beim optimistischen und zurückhaltenden Stil) dominiert ein *erkenntnis-orientierter Lernmodus*, in dem bestehende Wissenskomplexe aufgrund der Kooperation der Fühl- und Empfindungsfunktionen an der Realität getestet werden.

3b) Bei einer hohen Sensibilität für negativen Affekt (z.B. bei der selbstunsicheren oder zwanghaften Störung) lässt die zweite Modulationsannahme ein elementares *Empfinden* erwarten, während das Fühlen die untergeordnete Funktion ist.

Die möglichen Ausprägungen der Sensibilität für positiven und negativen Affektsystems ergeben aus ihren Kombinationen (3 x 3) neun Systemkonfigurationen, die im STAR-Modell den acht Zacken und der Mitte des Sterns entsprechen (Abb.B). Das Fragezeichen in der Mitte zeigt an, dass eine Stabilisierung positiven und negativen Affektes im Mittelbereich auf Dauer schwer vorstellbar ist. Der Mittelbereich des Sterns ist kein eigenständiger Persönlichkeitsstil, sondern ist mit der Fähigkeit zum flexiblen Hin- und Herpendeln zwischen den acht Zacken (Systemkonfigurationen) verbunden. Eine Person im Mittelbereich ist sehr beweglich und flexibel, und hat viele

Handlungsmöglichkeiten. Für andere Personen sind bestimmte Systemkonfigurationen charakteristisch. Bei einer zurückhaltender Person z.B. dominiert die Denkfunktion, während die impulsive Verhaltensteuerung aufgrund der niedrigen Sensibilität für positiven Affekt gehemmt ist (erste Modulationsannahme). Die Funktionen des Fühlens und Empfindens operieren beim zurückhaltenden Stil bzw. der schizoiden Störung aufgrund der mittleren Sensibilität für negativen Affekt (zweite Modulationsannahme) in einem ausgewogenen Verhältnis im Hintergrund.

Persönlichkeitsstile gehen in Persönlichkeitsstörungen über, wenn die Verfestigungen auf bestimmte Systemkonfigurationen zu extremen Fixierungen werden. Im STAR-Modell bedeutet das, dass eine Person an der extremen Spitze einer Achse steckt und es für sie schwierig wird, von der vorherrschenden Systemkonfiguration in eine andere zu wechseln, selbst wenn die momentane Situation dies erfordert. In solchen funktionalen Einschränkung kann eine schizoide Person z.B. selbst in Situationen, in denen es um die Nähe und den emotionalen Austausch mit einem nahestehenden Menschen geht, das analytisch-planvolle Denken nicht abschalten. *„Stabilisiert bzw. rigidisiert sich die Einschränkung auf eine Systemkonfiguration bereits in der früheren Kindheit, so kann sich als chronifizierte Form eine Persönlichkeitsstörung ausbilden. Die Sternform symbolisiert diese Interpretation von Persönlichkeits-Störungen im Sinne einer funktionalen Verengung der Persönlichkeit.“* (Kuhl & Kazén, 1997).

Neben charakteristischen Unterschieden in der positiven (verhaltensbahnenden) und negativen (verhaltenshemmenden) Affektlage und entsprechende Unterschieden in der Sensibilität für Belohnung und Bestrafung werden weitere Persönlichkeitsstile und Störungen aufgrund von charakteristischen Ausprägungen des Temperaments erklärt. Unter Temperament verstehen wir eine psychologisch und neuropsychologisch von der Anreizmotivation und Emotionalität dissoziierbare Form der Energetisierung des Verhaltens (motorische „Aktivierung“) bzw. des Erlebens (sensorische „Erregung“). (Kuhl & Kazén, 1997, S.68). Im Gegensatz zu der objektgebundenen Affektlage haben die beiden Temperamentskomponenten (verhaltensseitige Aktivierung und erlebnisseitige Erregung) eine weniger „objektgebundene“, d.h. weniger spezifische und konsistente Auswirkung auf das Verhalten und Erleben in Bezug auf konkrete „Objekte“ (einschl. Personen). Die temperamentsbedingte Emotionalität entsteht ad hoc „aus der Situation heraus“ und ist nicht dauerhaft mit den betreffenden Personen oder einzelnen

Objekten verknüpft, kann also zu einer Begeisterung bzw. Abwertung derselben Objekte zu verschiedenen Zeitpunkten führen („opportunistische Anreizbildung“).

Tab.E. Auflistung der mit dem PSSI erfassten individuellen Stile, der korrespondierenden Persönlichkeitsstörungen und der Hypothesen der PSI-Theorie über Belohnungs- und Bestrafungssensibilität (bzw. positive vs. Negative Emotionalität) bzw. über globale Verhaltensaktivierung oder sensorische Sensibilisierbarkeit („Temperament“) durch positive oder negative Erfahrungen (kursiv). Die gemäß der PSI-Theorie jeweils dominanten und unterstützenden Funktionen sind in den letzten 2 Spalten aufgelistet (Kuhl & Kazén, 1997).

Stil	Störung	Hypothesen der PSI-Theorie		Dominante Funktion	unterstützende Funktion
Motivationsstypen		Sensibilität für			
		Belohnung	Bestrafung		
<i>selbstbestimmt</i>	<i>antisozial</i>	mittel	niedrig	Fühlen	Denken & IVS
<i>eigenwillig</i>	<i>paranoid</i>	niedrig	niedrig	Denken, Fühlen	-
<i>zurückhaltend</i>	<i>schizoid</i>	niedrig	mittel	Denken	Fühlen & Empfinden
<i>selbstkritisch</i>	<i>selbstunsicher</i>	niedrig	hoch	Denken, Empfinden	-
<i>sorgfältig</i>	<i>zwanghaft</i>	mittel	hoch	Empfinden	Denken & IVS
<i>ahnungsvoll</i>	<i>schizotypisch</i>	hoch	hoch	Empfinden, IVS	-
<i>optimistisch</i>	<i>rhapsodisch</i>	hoch	mittel	IVS	Fühlen & Empfinden
<i>ehrgeizig</i>	<i>narzisstisch</i>	hoch	niedrig	IVS, Fühlen	-
Temperamentstypen		Aktivierbarkeit:			
		motorisch	sensorisch		
<i>kritisch</i>	<i>negativistisch</i>	niedrig	niedrig	Denken, Fühlen	-
<i>loyal</i>	<i>abhängig</i>	niedrig	hoch	Empfinden, Denken	-
<i>spontan</i>	<i>borderline</i>	hoch	hoch	Empfinden, IVS	-
<i>liebenswert</i>	<i>histrionisch</i>	hoch	mittel	IVS	Fühlen & Empfinden
<i>still</i>	<i>depressiv</i>	niedrig	(hoch)	Denken, Empfinden	-
<i>hilfsbereit</i>	<i>selbstlos</i>	hoch	(hoch)	Fühlen, IVS	-

Der spontane Persönlichkeitsstil z.B., der von situationalen Bedingungen leicht erregbar ist, kann schnell von erhöhtem positiven, zu erhöhtem negativen Affekt schnell

wechseln. Wenn eine spontane Person selbst in Situationen, die eine konsistente emotionale Objektbeziehung zu einem nahestehenden Menschen erfordern, das impulsive Wechseln zwischen erhöhtem positiven und negativen Affekt nicht abschalten kann (impulsives Hin- und Herpendeln zwischen Empfinden und intuitiver Verhaltenssteuerung), kann der spontane Persönlichkeitsstil zu einer Borderline Störung führen. Die Aktivierbarkeit des Temperamentes übt ähnliche Modulationswirkungen auf die kognitiven Systeme aus wie die Sensibilität für die Affektlage (Tab.E).

Über das Persönlichkeits-Stil-und-Störungs-Inventar (PSSI-K) von Kuhl & Kazén (1997) werden Persönlichkeitsstile erfasst, die als nicht-pathologische Entsprechungen der in psychiatrischen diagnostischen Manualen (DSM-IV, ICD-10) beschriebenen Persönlichkeitsstörungen konzipiert wurden. Aus der klinischen Erfahrung nimmt man an, dass der still/depressive zusammen mit dem selbstbestimmten/antisozialen Persönlichkeitsstil einen besonders starken Einfluss auf suizidale Jugendliche ausüben. Auch der spontane und kritische Stil sollten eine Wirkung auf die Suizidalität haben. Ob diese widersprüchlichen Systemkonfigurationen einen Einfluss auf die Suizidalität haben, wird im empirischen Teil der Arbeit überprüft. Eine Beschreibung der einzelnen Persönlichkeitsstile bzw. Störungen befindet sich im Anhang.

4.2.1 Die psychometrische Merkmale des PSSI und die polnische Version

Validität des PSSI-K

Die Skalenkonstruktion orientierte sich im wesentlichen an den Beschreibungskriterien der Persönlichkeitsstörungen, wie sie im DSM-IV und ICD-10 enthalten sind. Insgesamt waren mehr als 400 Items zur Erfassung der 14 Dimensionen formuliert worden. Die Langversion des PSSI besteht aus 140 Items und ist das Ergebnis von 8 Untersuchungen mit je 100-300 Probanden. Die Kurzversion (PSSI-K) besteht aus 56 Items, d.h. für jede der 14 Dimensionen gibt es 4 Items (Kuhl & Kazén 1997).

Alle 14 Skalen wurden einer Faktorenanalyse unterzogen. Der Faktor 1 („oral-depressogene“ Skalen) ist mit einer gedämpften positiven Emotionalität (A(+)) und/oder einer erhöhten negativen Emotionalität (A-) verbunden (abhängig, borderline, depressiv, negativistisch, selbstunsicher, selbstlos, paranoid, schizoid, bzw. entsprechende Stilen). Der Faktor 2 ist durch positive kontaktorientierte Stile charakterisiert die gemäß ihrer Einordnung ins STAR-Modell mit einer erhöhten

positiven Emotionalität assoziieren (histrionisch, rhapsodisch, schizotypisch, narzisstisch). Der Faktor 3 ist durch Autonomie und Selbstbestimmung beschreibbar. Für die Skalen, die diesen Faktor bilden ist gemäß dem STAR-Modell die Herabregulierung negativer Emotionalität gemeinsam, die entsprechend der zweiten Modulationsannahme zu einer besonders intensiven Selbstwahrnehmung und Selbstbehauptung (Autonomie) führt (antisozial, narzisstisch, paranoid, negativistisch). Faktor 4 belegt die korrelative Eigenständigkeit des sorgfältigen Stils bzw. der zwanghaften Persönlichkeit. Die doppelte Zuordnung mancher Skalen (negativistisch, narzisstisch, paranoid, schizoid) passt genau zu der Zwischenstellung, die diesem Typus im STAR-Modell zugeordnet wird (Kuhl & Kazén, 1997, S.22).

Eine frühere Langversion des PSSI wurde mit den Kennwerten für die Dimensionen des Fünf-Faktoren Modells (Costa & Widiger, 1994; McCrae & Costa, 1987) korreliert (Tab.F). Neurotizismus weist außer den erwarteten Korrelationen mit den bestrafungssensitiven Stilen (*selbstkritisch-SU*, *loyal-AB*, *spontan-BL* und *still-DP*) auch signifikante Korrelationen mit den Dimensionen: *eigenwillig-PN*, *kritisch-NG* und *zurückhaltend-SZ* auf. Dieser Befund kann ein Hinweis darauf sein, dass die Dimension *Neurotizismus* ein relativ unspezifisches Maß für eine Abweichung von der „ausgeglichene“ bzw. mit positivem Affekt ausgeprägten Persönlichkeit darstellt und niedrige positive Emotionalität mit erhöhter negativer Emotionalität konfundiert (Kuhl & Kazén, 1997, S. 23). Die Dimension *Extraversion* zeigt die erwartete hohe Ausprägung auf der Dimension *zurückhaltend-SZ*, und komplementäre Korrelation mit der Skala *liebenswert-HI*. Die Dimension *Offenheit für Erfahrung* korreliert mit dem *ahnungsvollen-ST* Stil. Die theoretische Einordnung dieses Stils erklärt seinen Zusammenhang mit einer Systemkonfiguration, die mit „Träumen“ und „Phantasie“ beschrieben wird. *Verträglichkeit* ist eine Dimension, deren Korrelationen mit solchen PSSI-Skalen hoch ist, die durch erhöhte negative Emotionalität eine Neigung zur Konformität bis zur Unterordnung zeigen (Introjektionsneigung und Fremdsteuerung bei Personen mit bestrafungssensitiven Stilen). Diese Dimension korreliert negativ mit dem *zurückhaltenden-SZ* und *kritischen-NG* Stil und mit belohnungssensitiven Stilen (*eigenwillig-PN*, *ehrgeizig-NZ*). Die Dimension *Gewissenhaftigkeit* korreliert wie erwartet mit der Skala *sorgfältig-ZW* (Kuhl & Kazén, 1997, S. 24). Diese Korrelationen zwischen NEOFFI und PSSI-3- Kennwerten sind in der Tabelle F dargestellt

und wiesen eine hohe Ähnlichkeit der Korrelationen zwischen den polnischen Versionen dieser beiden Methoden, d.h. dem FFI (Zawadzki, Strelau et al., 1997) und dem PSSI-K, auf (siehe Kap.5.3, Tab.O).

Tab.F. NEOFFI & PSSI. Korrelationen zwischen den „Großen“-5-Persönlichkeitsfaktoren (NEOFFI) Und den PSSI-3 Kennwerten (N = 97). (Kuhl & Kazén, 1997).

Stil-Störung	Abk.	Neuroti- zismus	Extra- version	Offen- heit	Verträ- glichkeit	Gewissen- haftigkeit
<i>Eigenwillig</i>	<i>PN</i>	<i>.27</i>	<i>-.30</i>		<i>-.31</i>	
<i>Zurückhaltend</i>	<i>SZ</i>	<i>.20</i>	<i>-.57</i>		<i>-.44</i>	
<i>Selbstkritisch</i>	<i>SU</i>	<i>.67</i>	<i>-.28</i>			
<i>Sorgfältig</i>	<i>ZW</i>					<i>.34</i>
<i>Ahnungsvoll</i>	<i>ST</i>		<i>.21</i>	<i>.29</i>		
<i>Ehrgeizig</i>	<i>NA</i>				<i>-.23</i>	
<i>Kritisch</i>	<i>NT</i>	<i>.27</i>	<i>-.30</i>		<i>-.21</i>	<i>-.40</i>
<i>Loyal</i>	<i>AB</i>	<i>.44</i>				
<i>Spontan</i>	<i>BL</i>	<i>.66</i>	<i>-.28</i>			<i>-.26</i>
<i>Liebenswert</i>	<i>HI</i>		<i>.25</i>			
<i>Still</i>	<i>DP</i>	<i>.75</i>	<i>-.36</i>			<i>-.29</i>

Anmerkungen: Angegeben sind auf dem 5% Niveau (**fett:** 1%-Niveau) signifikante Korrelationen

Reliabilität des PSSI-K in der polnischen Version

Für die Überprüfung der Zuverlässigkeit des PSSI wurde wie üblich die interne Konsistenz der einzelnen Skalen ausgerechnet. Die meist um einen Wert von 0.80 angesiedelten Werte für Cronbachs Alpha sind recht gut (Kuhl & Kazén, 1997, S. 21).

Die polnische Version des PSSI-K benötigte ebenso eine Überprüfung der inneren Konsistenz, und ihre Vorbereitung ist nach folgendem Plan verlaufen:

- 1) Übersetzung des PSSI-K Tests aus dem Deutschen ins Polnische
- 2) Vorbereitung der Anfangsversion und eine Pilotuntersuchung von 50 Schülern (Kollegstufe) und die Ausrechnung der Reliabilität der Anfangsversion
- 3) Korrektur der Übersetzung der Anfangsversion und Ersetzung einiger alter Items durch neue bzw. Ergänzung einiger Skalen durch Items aus der Langversion des PSSI sowie eine zweite Untersuchung mit einer Gruppe von 150 Schülern und wiederum eine Reliabilitätsüberprüfung

4) Anfertigung der polnischen Endversion des PSSI-K nach der positiven Reliabilitätsüberprüfung

Nach der Überprüfung der Zuverlässigkeit der polnischen Version verdeutlichen die Ergebnisse, dass die Werte für Cronbachs Alpha zwischen .61 und .83 liegen und sind somit als recht gut zu bezeichnen sind (Tab.G).

Tab.G. Auflistung der mit dem PSSI erfassten individuellen Stile, der korrespondierenden Persönlichkeitsstörungen, der inneren Konsistenzen (Cronbachs Alpha) und der erwarteten Gesamttestreliabilitäten der einzelnen Skalen nach „Split-Half“-Methode (berechnet mit der Spearman-Brown „Phrophecyformel“ (N=720) und die innere Konsistenz (Cronbachs Alpha) der polnischen Version (N = 147).

Stil	Störung	Abk.	erw.Gesamttest- reliabilität	Cronbachs alpha	Cronbachs alpha polnische Version
<i>Selbstbestimmt</i>	<i>antisozial</i>	AS	.86	.86	.83
<i>Eigenwillig</i>	<i>paranoid</i>	PN	.75	.79	.65
<i>Zurückhaltend</i>	<i>schizoid</i>	SZ	.79	.81	.75
<i>Selbstkritisch</i>	<i>selbstunsicher</i>	SU	.82	.79	.66
<i>Sorgfältig</i>	<i>zwanghaft</i>	ZW	.81	.84	.66
<i>Ahnungsvoll</i>	<i>schizotypisch</i>	ST	.89	.85	.77
<i>Optimistisch</i>	<i>rhapsodisch</i>	RH	.85	.84	.71
<i>Ehrgeizig</i>	<i>narzistisch</i>	NA	.77	.76	.73
<i>Kritisch</i>	<i>negativistisch</i>	NT	.77	.75	.72
<i>Loyal</i>	<i>abhängig</i>	AB	.82	.83	.80
<i>Spontan</i>	<i>borderline</i>	BL	.87	.85	.61
<i>Liebenswert</i>	<i>histrionisch</i>	HI	.86	.84	.79
<i>Still</i>	<i>depressiv</i>	DP	.85	.81	.68
<i>Hilfsbereit</i>	<i>selbstlos</i>	SL	.79	.80	.71

4.3 Selbststeuerungsinventar (SSI-K)

Die Kurzversion des Selbststeuerungsinventars (SSI-K) dient als eine psychometrische Methode zur Messung von Funktionskomponenten der Selbststeuerung. Das Inventar ist ein Fragebogentest, in dem die Probanden den Grad der Zustimmung zu 56 selbststeuerungsrelevanten Aussagen auf einer 4-stufigen Likert-Skala angeben. Das Selbststeuerungsinventar gibt es in 3 verschiedenen Versionen: in einer Langversion (SSI-L) mit 5 Items pro Skala, in einer extralangen Version mit 10 Items pro Skala (SSI-XL) und einer Kurzversion (SSI-K, SSI-K II) mit 4 Items pro Skala (Kuhl & Fuhrmann 1998).

Selbststeuerung als ein psychologischer Begriff wird definiert als eine Vielfalt von verschiedenen selbstbezogenen, willentlichen Mechanismen, die das Verhalten und psychische Zustände (Emotionalität, Motivation u.a.) der Person so regeln, dass sie im Stande ist, Entscheidungen zu treffen, eigene Ziele zu bilden und diese gegen innere und äußere Widerstände umzusetzen (Kuhl 1983,1998, 2001). Der Begriff der Selbststeuerung bezeichnet nicht einen unveränderlichen Zustand, sondern eine Kompetenz, die aus vielen Unterfunktionen besteht, deren effizienter Einsatz von zusätzlichen Bedingungen, einschließlich situativen Faktoren abhängt und die bei verschiedenen Personen durch unterschiedliche Bündel von Unterfunktionen charakterisiert sein kann. Dies bedeutet, dass für verschiedene Personengruppen und Anforderungsbedingungen keine konstante Faktorenstruktur von Selbststeuerungsfunktionen zu erwarten ist. Die Funktionen können sich bei verschiedenen Personen und in unterschiedlichen Situationen zu unterschiedlichen Zweckbedürfnissen konfigurieren, trotzdem sind verschiedene Funktionsbündel („Koalitionen von Selbststeuerungsfunktionen“) wahrscheinlicher als andere (Kuhl, 2001).

Die Fähigkeit, eigene Ziele gegen innere und äußere Widerstände umzusetzen beinhaltet, dass bei der Zielbildung die inneren persönlichen Bedürfnisse, Gefühle und Werte berücksichtigt werden (vgl. Deci & Ryan, 1991). Selbststeuerung bedeutet auch die Fähigkeit, sich mit eigenen Zielen zu identifizieren. Andererseits, ist es wichtig sich bewusst mit Schwierigkeiten auseinanderzusetzen, um eigene Ziele nicht aufgeben zu müssen, sondern umzusetzen. Die Auseinandersetzung ist in diesem Sinne kein „egoistischer“ Handlungsversuch (den anderen zu schaden oder im Endeffekt sich selbst zu beeinträchtigen). Sie erfordert eine Umsetzung eigener Ziele gegen äußere Hindernisse (Stresssituationen, Lebensveränderungen u.a.) oder innere Schwierigkeiten (Versuchungen widerstehen, Unlust überwinden, aus Fehlern lernen etc...). Der allgemeine Begriff der Selbststeuerung besitzt damit bereits zwei miteinander kooperierende Komponenten. Die erste Komponente der Selbstregulation ist mit der Bildung und Aufrechterhaltung selbstkongruenter Ziele verbunden und lässt sich mit einer Art „innerer Demokratie“ vergleichen (bei der Zielbildung werden möglichst viele innere „Stimmen“ berücksichtigt). Die zweite Komponente der Selbstkontrolle bezieht sich auf die durch explizite Absichten vermittelte Zielverfolgung. Die selbstkontrollierte Zielverfolgung schließt eine vorübergehende Unterdrückung der

Selbstwahrnehmung mit ein und kann in diesem Sinne „diktatorische“ Züge bekommen, um die Zielverfolgung nicht durch ablenkende Erwägungen oder Neigungen zu gefährden (Kuhl, 1996).

Ein Teil der selbstregulativen Komponenten sind auch alle Funktionen, die auf der Grundlage der Selbstwahrnehmung, d.h. einer impliziten (nicht bewussten), ganzheitlichen Repräsentation bedürfnisrelevanter Erfahrungen operieren. Dazu gehört z.B. die Selbstregulation der Motivation (z.B. Selbstmotivierung bei einer schwierigen Aufgabe), der Stimmung (z.B. Selbstberuhigung nach Schmerzhaften Erfahrungen) und der Aufmerksamkeit (z.B. Konzentration auf zielrelevante Gedanken). Die Vorstellung, dass der „Wille“ auch unbewusst operieren kann, ist in der modernen Willenspsychologie noch neu. In der neuen Willenspsychologie wird postuliert: „Wenn eine Entscheidung wirklich all die vielen Bedürfnisse, Ziele und Werte (eigene und fremde) und alle vorstellbaren Konsequenzen verschiedener Handlungsoptionen berücksichtigen soll und wenn das auch noch in (im Alltag) meist sehr knapp bemessenen Zeitfenstern passieren soll, dann wäre das Bewusstsein völlig überfordert, wenn wir jedes zu berücksichtigende Element in Echtzeit bewusst beachten müssten (Fröhlich & Kuhl, 2003).

Die Selbststeuerung ist direkt an der Entstehung des Erlebens und Verhaltens beteiligt, und das unterscheidet die vielen volitional vermittelten von den nicht volitional vermittelten Prozessen. Die Funktion der Selbststeuerung gleicht der einer „Steuerzentrale“, welche Informationen aus allen erlebnis- und verhaltensrelevanten Bereichen der Psyche integriert (z. B. über die vorhandene und notwendige Aktivierung, über emotionale Unterstützung eines Zieles, über verschiedene Wege der Zielerreichung, über frühere Erfahrungen etc...) und die auf alle relevanten Funktionsbereiche Einfluss nimmt, um die Bildung und Umsetzung zentral repräsentierter, selbstkongruenter Ziele zu gewährleisten (Kuhl 2002). Der Begriff der Selbststeuerung wird analog zum Selbststeuerungsinventar (SSI-K u.a.) als psychometrische Methode zur Messung seiner Funktionskomponenten empirisch in verschiedene messbare Unterfunktionen dekomponiert (Kuhl & Fuhrmann 1997). Im Folgenden wird ein Überblick und eine kurze theoretische Erläuterung der einzelnen SSI-K-Unterfunktionen gegeben (für alle Skalen des SSI-K, siehe Tab.H).

4.3.1 Unterfunktionen des SSI-K

a) Selbstregulation

Die erste Kompetenz der Selbststeuerung – die Selbstregulation - wird oft als ein Zeichen der „inneren Demokratie“ gesehen. Es geht dabei um eine Übereinstimmung der Ziele, die man für eigene Bedürfnisse und Werte verfolgt. Die Umsetzung der selbstkongruenten Werte ist für das Sinnerleben notwendig. Dabei ist es wichtig, in schwierigen Situationen eine positive Motivation zu finden, sich bei Herausforderungen zu aktivieren oder nach unangenehmen Ereignissen zu beruhigen.

Die wichtigsten Kompetenzen der Selbstregulation sind:

Selbstbestimmung: wirklich hinter den Zielen zu stehen, die man verfolgt und sich mit dem zu identifizieren, was man tut und was aus eigenen Werthaltungen und Bedürfnissen hervorgeht (selbstkongruente Ziele verfolgen). Ziele und Bedürfnisse entsprechen sich in diesem Fall (ihre Umsetzung ermöglicht das Sinnerleben)

Positive Selbstmotivierung: wie gut es einer Person gelingt auch unangenehmen Dingen etwas Positives abzugewinnen, sich bei Laune zu halten und sich selbst zu motivieren, wenn Schwierigkeiten auftauchen

Selbstaktivierung: aktiviert, wach und fit sein, wenn Schwierigkeiten und Herausforderungen anstehen

Selbstberuhigung: die Fähigkeit, innere Anspannung und Nervosität gezielt abbauen zu können.

b) Selbstkontrolle

Die zweite Form der Selbststeuerung – die Selbstkontrolle, ist durch die kurzfristige Unterdrückung vieler selbstrelevanter Bedürfnisse, Gefühle und Interessen charakterisiert, um ein konkretes Ziel auch gegen mögliche andere attraktive und konkurrierende Bedürfnisse und Handlungsalternativen durchsetzen zu können.

Kognitive Selbstkontrolle

Zielvergegenwärtigung: sich noch nicht erledigte und geplante Aktivitäten immer wieder bewusst machen, Angst etwas Vorgenommenes zu vergessen

Affektive Selbstkontrolle

Selbstdisziplin: sich selbst unter Druck setzen, sich zusammenreißen und zwingen, bei der Sache zu bleiben

Negative Selbstmotivierung: man motiviert sich, indem man sich die negativen Konsequenzen der Handlungsunterlassung vorstellt

Die oben genannte Funktionskomponenten sind oft auch mit einer anderen Gruppe von Funktionen verknüpft, die durch eine Hemmung des Selbstsystems unter Stress charakterisiert sind. Selbsthemmung kann aufgrund der mit ihr verbundenen geringen Selbstwahrnehmung, die Selbstkontrolle, das heißt, die rigorose (kontrollierte) Verfolgung eines Ziels durchaus erleichtern. Die wechselnde Zuordnung zu unterschiedlichen Funktionsgruppen zeigt, dass man auf der Grundlage einer dynamischen Theorie keine völlig festgelegte Funktionsaggregate erwarten kann. Jede Funktion kann prinzipiell je nach individueller Persönlichkeit und situative Bedingungen mit ganz unterschiedlichen Funktionen koalieren (Kuhl & Fröhlich, 2002). Der situations- und zielangemessene Wechseln zwischen selbst- regulativen und selbstkontrollierenden Funktionen ist für die Fähigkeiten der Selbststeuerung charakteristisch.

Alle Selbststeuerungskompetenzen werden erst dann in ihrer volitionalen „Effizienz“ geprüft, wenn sie unter Belastung eingesetzt werden können und unter diesen Bedingungen eine gute Leistung zeigen. Um die Kompetenzen unter Belastung effizient zu nutzen, müssen weitere Funktionskomponenten der Selbststeuerung bestimmt werden. Es ist wichtig zu verdeutlichen wie stark die Selbstwahrnehmung und andere von ihr abhängige selbstregulativen Funktionen unter Bedrohung erhalten bleiben (Selbstzugang vs. Selbsthemmung) und wie stark die Selbstkontrolle bei der Zielverfolgung unter Belastung intakt bleibt (Willensbahnung vs. Willenshemmung). Eine (belastungs- vs. bedrohungsabhängige) Hemmung der Willensfunktionen liegt vor, wenn es auf vorhandene Kompetenzen der Selbststeuerung gerade dann kein Zugriff gibt, wenn man sie am meisten braucht, nämlich unter Bedrohung oder Belastung.

Unter Bedrohung wird hier der Gesamtstress der momentanen Lebenssituation verstanden sowie das Ausmaß, in dem die gegenwärtigen Lebensumstände (Veränderungen und Risiken) den negativen Gefühlszustand erhöhen.

Belastung bedeutet situative und persönliche Umstände, die positive Affekte schwächen (Frustration, Verlust, schwierige Aufgaben, unrealistische Ziele).

c) Selbsthemmung bei Bedrohung

Unter Bedrohung kann die Effizienz der Selbstregulation geschwächt werden. Die Selbstwahrnehmung und die auf ihr basierenden Funktionen der Selbstregulation (z.B.

Selbstbestimmung, Selbstmotivierung) werden blockiert, wenn anhaltender negativer Affekt (z.B. Angst) eine kritische Grenze überschreitet. „Selbsthemmung“ wird dann auftreten, wenn gemäß der 2. Modulationsannahme der PSI-Theorie der Zugang zum Selbst durch überhöhten negativen Affekt erschwert wird. Die Hemmung des Selbstzugangs ist an verschiedenen Funktionskomponenten erkennbar. Die verschiedenen Komponenten können nicht nur von der Selbsthemmung, sondern auch von anderen Variablen (wie z.B. Zielvergegenwärtigung, negative Selbstmotivierung und auch von der Selbstkontrolle) beeinflusst werden (Fröhlich & Kuhl, 2003).

Komponente der misserfolgsbezogenen Lageorientierung

Grübeln, negative Emotionalität vs. Ablenken: langes Nachdenken über einen Misserfolg oder nach einem unangenehmen Ereignis, das man nicht sofort stoppen kann. Das Selbst kann ungewollte oder irrelevante Gedanken nicht mehr wegfiltern, weil es gehemmt ist

Belastungsabhängige Lähmung vs. Lähmung überwinden: antizipierter und ebenso tatsächlicher Misserfolg und negative Gefühle blockieren das Handeln und rauben die Energie zum Handeln. Die Selbstmotivierung funktioniert nicht wegen des verlorengegangenen Selbstzugangs

Introjektionsneigung, Konformität vs. Selbstabgrenzung: Übernahme fremder Ziele (oft unbewusst), um es anderen Recht zu machen

d) Willenshemmung bei Belastung

Die Hemmung der Ausführung von eigenen Absichten findet unter bestimmten Bedingungen statt. Die Umsetzung von eigenen und ebenso fremden Zielen wird blockiert, damit die Ziele bei aktueller Nichtrealisierbarkeit den Status von Intentionen erlangen und im Intentionsgedächtnis aufrechterhalten werden, solange der positive Affekt gehemmt ist (erste Modulationsannahme). Die Fähigkeit, eigene Absichten umzusetzen, wird auch dann reduziert, wenn die Übernahme fremder Ziele (Introjektionsneigung) positiven Affekt hemmt (Kuhl & Kazén, 1999).

*Komponenten des Verlusts der zielorientierten Selbstkontrolle unter Belastung -
prospektive Lageorientierung*

Energiemangel, Lustlosigkeit vs. Überwinden von Unlust: Gefühl der Kraftlosigkeit und Lustlosigkeit: man hat zu wenig Energie, um eine Aktivität beginnen zu können

Geringe Initiative vs. Initiative/Tatkraft: Zögern, zu Erledigendes nicht sofort anfangen

Nichtumsetzung von Absichten, Aufschieben vs. Umsetzung: Dinge, die man sich vorgenommen hat, nicht ausführen können; man schiebt Unerledigtes vor sich her

Konzentrationschwäche, Intrusionen vs. Konzentrationsfähigkeit: an Dinge denken, die nicht mit der aktuellen Tätigkeit zu tun haben; abschweifen

Niedrige Impulskontrolle vs. Versuchungsresistenz: Versuchungen nicht widerstehen können; ablenkenden Impulsen nachgeben

Fremdbestimmtheit vs. Eigenregie: Dinge erst dann ausführen, wenn andere einen dazu auffordern

Die Skalen *Geringe Initiative* und *Reduzierte Impulskontrolle* laden auch auf den Faktor für Selbstkontrolle. Es ist theoretisch möglich, dass sie, positiv gepolt als „Initiative/Tatkraft“ und „Versuchungsresistenz“, auch als Kompetenz bei der konsequenten Umsetzung von Zielen eingesetzt werden können.

Die Entwicklung der Selbststeuerung

Für die Entwicklung der Selbststeuerung ist die Kontinuität des Prozesses von der primären Fremdregulation (Mutter-Kind-Interaktionen) zur Selbstregulation von großer Bedeutung. Gemäß den Entwicklungs- und neuropsychologischen Theorien (Leontiev 1977; Vygotski 1978; Luria 1973, 1992), beinhaltet die ursprüngliche Regulation durch andere, dass wesentliche Aufgaben der bewussten Verhaltenssteuerung eines Erwachsenen in der früheren Kindheit von Bezugspersonen ausgeführt werden. Das Verhalten, das zur Erfüllung der physiologischen und emotionalen Bedürfnisse führt, wird vom Kind zwar ausgedrückt (durch Weinen, Lachen, Schreien), aber nicht vom Kind selbst ausgeführt. Die Bezugspersonen übernehmen damit die Aufgabe, im Ausdrucksverhalten des Kindes Verhaltensziele zu erkennen und diese zu realisieren (Kuhl, 2001, S. 953). Versucht das Kind z.B. Trennungen von der Mutter durch Weinen zu verhindern und die Mutter antwortet, so dass das Kind tatsächlich emotional unterstützt wird (z.B. durch Lächeln, Trösten), wird damit auch die Nähe zu einer Sicherheit gewährender Bezugsperson gesichert.

Dieses Systemkonditionierungsmodell wird im Entwicklungsprozess gegenüber den späteren Modellen des Übergangs von der Fremd- zur Selbststeuerung präzisiert. „Wenn die Aufrechterhaltung positiver Stimmungen und die Herabregulierung

negativer Stimmungen immer dann von der Mutter unterstützt wird (z.B. durch Lächeln, Trösten), wenn das rudimentäre Selbstsystem des Kindes aktiviert ist, das heißt dann, wenn das Kind einen positiven oder negativen Affekt äußert, dann kann die Verbindung zwischen dem Selbstsystem und dem affektgenerierenden System verstärkt werden. Die Verstärkung einer Verbindung zwischen zwei Prozessen erfordert gemäß eines Grundprinzips der Lernpsychologie die zeitliche Kontiguität (Nachbarschaft) oder Kontingenz (Abhängigkeit) der beiden Prozesse (Bower & Hilgard, 1983). Je mehr das heranreifende Selbstsystem, das zunächst wegen der Hilflosigkeit des Kleinkindes in vielen Fragen der Bedürfnisbefriedigung nicht viel mehr als den Bedürfnis- bzw. Affektausdruck steuern kann, in zeitlicher Kontiguität von der fremdgesteuerten Bedürfnisbefriedigung und Affektregulation beantwortet wird, desto mehr lernt es, von sich aus (d.h. selbstgesteuert) Bedürfnisse und Affekte zu regulieren“ (Kuhl & Völker, 1998, S. 226).

Gemäß dem Systemkonditionierungsmodell sollten affektive Zustände im späteren Alter umso flexibler und selbststeuerbar sein, je abhängiger die früheren affektregulierenden Reaktionen der Interaktionspartner des Kindes von seinen Selbstäußerungen waren. Als Determinante der späteren Sensibilität für positiven und negativen Affekt (affektive Erstreaktion) wird – neben genetischen Prädispositionen – die Häufigkeit positiver bzw. negativer Erfahrungen betrachtet, während die Fähigkeit, entstandene Affekte nach der Erstreaktion zu verändern (affektive Zweitreaktion), von der Kontingenz abhängen soll, mit der affektverändernde Maßnahmen der Bezugspersonen (z.B. Ermutigung oder Beruhigung) auf selbstinitiierte Affektäußerungen gefolgt sind (Kuhl, 2001). Diese Erkenntnisse sind sehr wichtig, wenn das Selbststeuerungsinventar Hinweise für eine Beeinträchtigung der Selbststeuerungskompetenzen liefert, die bei den suizidgefährdeten Personen häufiger vorkommen können, und auf Defizite in der Emotionsregulation zurückzuführen sind.

Selbststeuerung und psychische Störungen

Im Bereich der klinischen Psychologie ist das Selbststeuerungsinventar - in Vergleich zu anderen Gebieten - noch nicht so oft angewendet worden. Obwohl seine Befundmuster immer mehr von den experimentellen Laborverhältnissen zu klinischen Zwecken übertragen und praktisch erfolgreich überprüft werden. Bis jetzt sind die Untersuchungen mit depressiven und zwanghaften Patienten bekannt. Depressive

Patienten leiden unter Antriebsverlust, negativer Emotionalität und dem Gefühl innerer Lähmung (Kuhl & Kazén, 1994). Patienten mit zwanghafter Persönlichkeitsstörung haben eine unflexible Handlungskontrolle und ein übertriebenes Planungsverhalten. Die Ergebnisse von Zwangspatienten zeigen Defizite bei den Skalen der Selbstregulation wie Selbstbestimmung und Selbstmotivierung und sehr stark ausgeprägte Funktionen der Selbstkontrolle (Zielvergegenwärtigung, Selbstdisziplin, negative Selbstmotivierung) und Selbsthemmung (negative Emotionalität, Lähmung, zwanghafte Perseveration, Introjektionsneigung) (Kuhl 2001, S. 995).

Es ist empirisch demonstriert worden, dass psychische Erkrankungen wie Zwangserkrankungen, Depressionen, Angst- und Essstörungen mit einer aus affektiven Fixierungen resultierenden starken Willenshemmung, d.h. einer erhöhten Ausführungshemmung (LOP) und/oder einer erhöhten Selbsthemmung (LOM) einhergehen (Hautzinger 1994; Kuhl 1998). Die den verschiedenen Krankheitskategorien gemeinsame Beeinträchtigung der Willensfunktionen könnte die theoretische Annahme bestätigen, dass die Hemmung von Selbststeuerungsfunktionen ein krankheitsübergreifendes Symptom psychischer Dekompensation ist. Diese interessanten Befunde erfordern im klinischen Bereich noch weitere empirische Untersuchungen und Validierungsstudien.

4.3.2 Psychometrische Merkmale des SSI-K und die polnische Version

Validität des SSI

Die konvergierte Validität des SSI und des Selbstregulations- und Konzentrationstests (SRKT) in einer Gruppe von Erwachsenen wurde von Kuhl und Fuhrmann (1998) untersucht. Es zeigten sich negative Zusammenhänge von der Höhe der distraktionsbedingten Leistungseinbußen aus dem SRKT und den Skalen Impulskontrolle (-.57), Aufmerksamkeitskontrolle (-.53), Selbstbestimmung (-.53) und Initiative (-.56). Probanden, die in diesen Skalen einen hohen Wert hatten und damit eine hohe selbstregulatorische Kompetenz, zeigten in der Testsituation geringere Leistungseinbußen und somit eine höhere Selbststeuerungseffizienz (Kuhl & Fuhrmann 1998, Tab. 8).

Für die weitere Validitätsüberprüfung des Selbststeuerungsinventars wurde die Selbststeuerung mit der Anzahl tatsächlich umgesetzter Absichten als Kriterium für volitionale Effizienz verglichen (Kuhl 1998). In einer Untersuchung, bei der es um die

Verbesserung individueller Ernährungsgewohnheiten ging, wurde die Anzahl ausgeführter Absichten als abhängige Variable erfasst und die Schwierigkeit der Absicht (leicht vs. schwierig) und die Art der volitionalen Leistung variiert (Initiierung gesunden Ernährungsverhalten vs. Unterdrückung ungesunden Ernährungsverhaltens). Die Probanden bearbeiteten den SSI und HAKEMP. Es zeigte sich, dass bei Initiierungsabsichten (z.B. „Ich will mehr Brokkoli essen“) die Effizienz nur dann von der Ausprägung volitionaler Kompetenzen abhing, wenn die Aufgabe als schwierig erlebt wurde. Bei den Unterdrückungsabsichten („Ich will weniger Pommes Frites essen“) war es umgekehrt: Die volitionale Effizienz, d.h. die Anzahl umgesetzter Absichten bei leichten Aufgaben, hing von der Ausprägung volitionaler Funktionen ab. Die Selbststeuerungsfunktionen bei den Unterdrückungsabsichten zeigten nur bei leichten Aufgaben einen Unterschied zwischen Personen mit hoher und Personen mit niedriger volitionaler Effizienz.

Die volitionale Schwierigkeit bei zu initiierenden Handlungen wird als Belastung des Intentionsgedächtnisses mit einer unerledigten Absicht beschrieben. Aufgrund des Antagonismus zwischen Intentionsgedächtnis und Verhaltensbahnung erschwert die Aufrechterhaltung einer Absicht die Initiierung, weil das Fassen einer Absicht gemäß der Umkehrung der 1. Modulationsannahme der PSI-Theorie die Umsetzung hemmt (Kuhl, 1998, 2001). Umsetzbare, leichte Aufgaben brauchen nicht im Intentionsgedächtnis aufrechterhalten zu werden. Ob die durch die Belastung des Absichtgedächtnisses verursachte Verhaltenshemmung überwunden werden kann, wird von der Ausprägung volitionaler Funktionen abhängen (z.B. Aufmerksamkeit auf die zu initiierenden Handlungen). Wenn auf die Schwierigkeiten der Umsetzung einer Aufgabe geachtet wird, hängt die Umsetzungsrate (volitionale Effizienz) von der Ausprägung volitionaler Funktionen ab. Der Zusammenhang zwischen relevanten SSI-Skalen und der volitionalen Effizienz wurde damit bestätigt (Kuhl & Fuhrmann 1998).

Für Unterdrückungsmechanismen ist es wichtig, den Zugang zum Extensionsgedächtnis zu hemmen, da dieses System unter anderem viele attraktive Handlungsalternativen anbietet, die das Unterdrücken unerwünschter Impulse erschweren würden. Leichte Aufgaben wären für die Unterdrückungsleistung hinderlich, weil gerade im entspannten Zustand mit einer Bahnung des Zugangs zum Extensionsgedächtnis gerechnet wird (zweite Modulationsannahme) und dadurch auch unerwünschte

Impulse aktiviert sind, deshalb ist es bei Unterdrückungsabsichten, besonders bei leichten Aufgaben wichtig, die volitionalen Kompetenzen effizient einzusetzen. Die Aufmerksamkeitslenkung und die Selbstmotivierung für das Gewollte, tragen dazu bei, dass aus den vielen Angeboten des Extensionsgedächtnisses nur die gewollte Handlungsoption ausgewählt und mit motivationaler Energie versorgt wird.

Eine zweite Untersuchung von Fuhrmann und Kuhl (1998) zeigte, dass bei Personen mit einer dispositionellen Neigung zur Selbstkontrolle die Umsetzungsrate ihrer Absichten bei einem Selbstbelohnungstraining sank und unter Druck (bei negativem Affekt / A-), anstieg. Ihre Ziele werden durch das Intentionsgedächtnis unterstützt, da bei starker Selbstkontrolle und unter negativem Affekt das Extensionsgedächtnis inhiert ist. Personen mit einer Disposition zu selbstregulatorischen (auf Selbstbelohnung beruhenden) statt zu selbstkontrollierenden Strategien, profitieren mehr von der Selbstbelohnungsstrategie (ihre Ziele werden ins Extensionsgedächtnis integriert). Es gibt auch mehrere Validierungsstudien, die die durch das SSI gemessene Selbststeuerungseffizienz überprüfen (siehe „Selbststeuerungsinventar...“ von Fröhlich & Kuhl, 2003).

Reliabilität des SSI-K und die polnische Version

Die Ergebnisse der Reliabilitätsüberprüfung von Kuhl und Fuhrmann (1997) verdeutlichen, dass die Skalen des SSI-K eine gute bis sehr gute innere Konsistenz haben (Cronbachs Alpha zwischen .62 bis .89). Für Anwendungszwecke, in denen noch höhere Reliabilitäten erwünscht sind, steht eine längere Version des Selbststeuerungsinventares (SSI-L) zur Verfügung.

Die polnische Version wurde nach folgendem Plan vorbereitet:

- 1) Übersetzung des Testsfragebogens aus dem Deutschen ins Polnische
- 2) Vorbereitung der Anfangsversion, eine Pilotuntersuchung an 50 Schülern (Kollegstufe) und die Ausrechnung der Reliabilität der Anfangsversion
- 3) Korrektur der Übersetzung der Anfangsversion (Ersetzung einiger alter Items durch neue bzw. Ergänzung einigen Skalen durch die Items aus der Langversion des SSI) und eine zweite Untersuchung einer Gruppe von 150 Schülern, und wiederum eine Reliabilitätsüberprüfung
- 4) Vorbereitung einer polnischen Endversion des SSI-K und nächste Untersuchung einer Gruppe von 147 Schülern mit Reliabilitätsüberprüfung

Die Reliabilitäten der polnischen Version des SSI-K liegen zwischen .60 und .86 und sind somit als recht gut zu bezeichnen (Tab.H)

Tab.H. Auflistung der mit dem SSI-K erfassten Selbststeuerungsfunktionen (Skalen und Subskalen des SSI-K) der inneren Konsistenzen (Cronbachs Alpha), der inneren Konsistenz der Langversion SSI-L und der inneren Konsistenz (Cronbachs Alpha) der polnischen Version (N = 150).

Selbststeuerungsfunktionen	Cronbachs Alpha des SSI-L	Cronbachs Alpha des SSI-K	Cronbachs Alpha polnische Version
I Selbstregulation (Skalen 1+2+3)		.86	.85
<i>Selbstmotivierung</i>	.89	.78	.64
<i>Aktivierungskontrolle</i>	.85	.66	.74
<i>Selbstbestimmung</i>	.88	.79	.70
II Willenshemmung (Skalen 3+4+5)		.90	.75
<i>Prospektive Lageorientierung (LOP)</i>	.91	.75	.70
<i>Volitionale Passivität</i>	.88	.89	.60
<i>Konzentrationsschwäche</i>	.87	.79	.88
Selbsthemmung (Skalen 6 bis 8)		.80	.86
<i>Zielfixierung</i>	.62	.76	.71
<i>Konformität</i>	.89	.66	.72
<i>Lageorient. Nach Misserfolg(LOM)</i>	.93	.86	.86
Belastung (situativ. Anregung v. Willenshem)			.78
Bedrohung (situat. Anreg. v. Selbsthemmung)			.89

Die Übersetzung des deutschen Fragebogens ins Polnische wurde in zwei Etappen durchgeführt. Zuerst wurde der deutsche Originaltest von zwei Experten ins Polnische übersetzt. Die Autorin dieser Arbeit hat mit Hilfe eines Professors für Germanistik die erste Version vorbereitet. Nach der Überprüfung der Reliabilität wurden immer wieder Korrekturen vorgenommen, bis die Übersetzung optimal war. Die fertige Version wurde weiterhin einer Rückübersetzung (back-translation) unterzogen. Die Übersetzung der polnischen Version des Fragebogens zurück ins Deutsche, wurde von einer Person durchgeführt, die Deutsch und Polnisch als zwei Muttersprachen beherrscht. Die Rückübersetzung zeigte eine recht gute Übereinstimmung des deutschen Originaltests mit der übersetzten Kopie. Hermeneutische Grundprinzipien einer Textübersetzung, die den Sinn vermitteln sollte, wurden damit erfüllt.

4.4 Polnische Version der Fragebögen von Kuhl. Diskussion.

Die Probleme, die in der Vorbereitung einer polnischen Version der deutschen Fragebögen auftauchen könnten, waren uns bewusst, da die letzte polnische Version eines Fragebogen zur Handlungssteuerung von Kuhl (HAKEMP) auch nicht problemlos verlaufen war (Marszal-Wisniewska & Eliaz 1992, S. 103-120). Eine der drei HAKEMP-Skalen, mit je 20 Items pro Skala, hat einen nicht besonders hohen Reliabilitätswert erreicht (Cronbachs Alpha von .60 bei der Skala HOT, .77 bei HOP und .81 bei HOM). Die Autoren der Testversion empfehlen deshalb mit der Skala *Handlungsorientierung bei der Tätigkeitsausführung* sehr vorsichtig vorzugehen (Marszal-Wisniewska, 1992, S. 111). Das Problem der niedrigen Reliabilität der Skala HOT sollte in der polnischen Übersetzung liegen (obwohl diese durch 5 Übersetzer durchgeführt wurde). Die Schwierigkeiten betreffen hauptsächlich die Übersetzung, genauer gesagt die Übersetzung des emotionalen Ausdrucks der Aussagen und damit auch das Problem des Verstehens der einzelnen Fragen dieses Testfragebogen (Marszal-Wisniewska & Eliaz 1992, S. 109).

Das Problem des Verstehens sowie der Textinterpretation betrifft die Grundprinzipien der Hermeneutik – die Lehre über das Verstehen (Gadamer 1972). Die Frage, ob der Test das misst, was er messen soll wird psychologisch durch verschiedene statistische Validitäts- und Reliabilitätsmessungen überprüft. Es gibt jedoch viele Items, welche besonders in anderen Sprachverhältnissen schwer zu übersetzen sind oder die relativ schlechte Reliabilitätswerte für einige Skalen besitzen. Es gibt auch solche, die niedrige Validität haben oder deren Validierungsstudien widersprüchliche Ergebnisse zeigen. In solchen Situationen ist feststellbar, dass bei einer psychometrischen Testkonstruktion die Statistik alleine ohne eine hermeneutische Methode der Textinterpretation nicht immer ausreicht. Häufig korrigiert man in dieser Stelle Testaussagen nur für statistische Werte ohne den Sinn zu begreifen (man weiß nämlich nicht mehr, was und warum man etwas korrigieren muss). Der Umgang mit einer Textinterpretation erinnert an die bekannte Aussage des französischen Interpretations-Theoretikers Paul Riceaur, dass wir „für den Eindruck der Klarheit die Dimension der Tiefe leicht verlieren können“. Man kann annehmen, dass nicht die Statistik allein, sondern die Hermeneutik die Auswertung einer Testkonstruktion oder Testübersetzung

bestimmt (und sie optimieren kann oder nicht) und die Grenzen der statistischen Gütekriterien setzt. Für manche bedeutet das, dass sie eine strenge statistische Überprüfung benötigen, für andere eine intelligente Kooperation zwischen Statistik und Wissen über hermeneutische Regeln einer Textinterpretation. Die Vorstellung, dass eine hermeneutische Interpretationstheorie für die moderne Methodenlehre der Psychologie etwas beitragen kann, ist noch neu. Bis jetzt wurde „hermeneutische Theorie“ in der Interpretation der quantitativen Methoden, wie z.B. dem psychologischen Interview angewendet (Stras-Romanowska, 1995).

Die Hermeneutik stellt wichtige Fragen bezüglich der Textinterpretation: Wie kann ein Text, in diesem Fall ein Fragebogentest, von den Interpretierenden überhaupt verstanden werden und wie weit und genau kann der Text das psychische Erleben des Interpretierenden widerspiegeln. Die Frage ist also, ob der psychologische Fragebogentest genau das prüfen kann, was auf der psychischen Ebene des Probanden geschieht (seine Gefühle, Motive etc...) und nicht das, was in der Theorie dem Verfassers wichtig erscheint (und nur in der Theorie gilt). Gemäß der Theorie der Hermeneutik ist Verstehen nur dann möglich, wenn jeder Verstehende seine eigenen Annahmen in diesen Prozess mit hineinbringt. Gadamer (1972) stellt fest, dass ein produktiver Beitrag des Interpretierenden, in eine unerlässliche Art und Weise zum Sinn des Verstehens gehört. Mit unseren Annahmen und Vorverständnissen nähern wir uns dem, was wir verstehen wollen und bringen sie in das Verstehen mit hinein. Die eigenen Annahmen (das Vorverständnis) entsteht aus unseren zum Teil gemeinsamen, zum Teil individuellen Erfahrungen und unserer Biographie (autobiographischem Gedächtnis). Der Text oder Fragebogentest muss also unter anderem mit psychologischen, kulturellen und zeitlichen Erfahrungen und Möglichkeiten des Interpretierenden übereinstimmen. Für den Autor oder den Übersetzer eines Persönlichkeitstests ist es wichtig zu wissen, wie die Menschen dieser Sprache in ihrer Gesellschaft, Kultur oder Religion leben und wie ihre Sprache in diejenige Kultur funktioniert, in welcher die Menschen aufwachsen. Eine solche hermeneutische Einstellung mit der Kenntnis vieler Metaphern, Symbole oder Rituale, die die Sprache in sich trägt (Riceur 1974; Gadamer 1972) hilft dem Forscher das Erleben der Menschen mit ihren Werthaltungen, Motiven und Gefühlen besser einzuschätzen und mehr Kenntnisse in die statistische Auswertung hineinzubringen.

Ein typisches Problem, das eine hermeneutische Erklärung benötigte, tauchte in der polnischen PSSI-Version auf. Es war sehr schwierig eine gute Reliabilität der Skala *ahnungsvoll-schizotypisch* in der Anfangsphase der Arbeiten zu erreichen. Der Wert von Cronbachs Alpha des Items: „Es gibt übernatürliche Kräfte“ aus der deutschen Originalversion ist für diese Skala sehr niedrig ausgefallen und musste in einem ganz neuen Sinne formuliert werden: „Es gibt große magische Kräfte“ – lautete das neue Item, der die gute Reliabilität der Skala brachte. Für die polnischen Probanden sind „übernatürliche Kräfte“ meistens ganz im religiösen Sinne mit der christlichen, geistigen Welt assoziiert, der in dem Bewusstsein der Polen schon immer sehr wichtig war. Magische Kräfte sind dagegen negativ beurteilt und zeigen eindeutig eine Tendenz zu schizotypischen Realitätsverlust.

In der ersten polnischen Version des SSI-K Tests hatten die Kompetenzen der Selbstkontrolle eine niedrige Reliabilität gezeigt. Die Items der Kompetenz der Selbstdisziplin: „Ich setze mich oft selbst unter Druck“ und „Ich gehe oft ziemlich streng mit mir um“ mussten ein bisschen „milder“ angegeben werden: „Ich zwinge mich oft selber dazu, etwas zu erledigen“ und „Ich tue vieles aus Pflichtgefühl, als aus Spaß an der Sache“ (die Reliabilität stieg von .26 auf .69 Wert der Cronbachs Alpha). Das Problem, warum bei den Selbstkontrollkompetenzen zwischen der deutschen und polnischen Stichprobe solche Diskrepanzen entstanden, könnte in der Mentalität und an den nationalen Charakterzügen beider Nationen liegen. Die Deutschen sind allgemein selbstdisziplinierter und sachlicher, planmäßiger, zielorientierter, die Polen sind eher spontan aber manchmal weniger diszipliniert bei der Zielanstrebung. Dies bestätigt auch die große Diskrepanz der Reliabilität in der Skala *sorgfältig-zwanghaft* (.84 bei den Deutschen und nur .66 bei den Polen). Die Deutschen sind auch grundsätzlich sorgfältiger als die Polen, was die Testaussagen auch widerspiegeln. Das Item: „Beständigkeit und feste Grundsätze bestimmen mein Leben“ musste ersetzt werden durch: „Ich halte mich immer an feste Prinzipien, die ich im Leben angenommen habe“. Die Diskrepanzen tragen dazu bei, dass manche Aussagen noch mal anders präzisiert werden mussten, damit polnische Probanden bei den Antworten keine Schwierigkeiten mehr hatten.

In der Anfangsversion gab es viele Probleme mit der Reliabilität der Komponenten für den Verlust der zielorientierten Selbstkontrolle (Skala *Konzentrationschwäche* und

Volitionale Passivität), da die Items dieser Skala der Zielumsetzung von schwierigen Aufgaben bei Hemmung positiven Affekts nicht ausreichend deutlich waren. Die emotionale Äußerung der Aussagen musste stärker ausgedrückt werden, z.B. mussten bei den Aussagen der Komponente *Niedrige Impulskontrolle vs. Versuchungsresistenz* die Originalitems „Es passiert mir öfters, dass ich ein plötzliches Verlangen nicht aufschieben kann“ und „Wenn eine Versuchung auftaucht fühle ich mich oft wehrlos“, ersetzt werden durch emotional stärkere Aussagen wie: „Ich lasse mich oft von verschiedenen Versuchungen irreführen“ und „Wenn eine Versuchung auftaucht, kann ich ihr nicht widerstehen“. Die Reliabilität der Skala durch die Korrektur von den zwei Items stieg deutlich von .33 bis zu .76 (Cronbachs Alpha). Es geht hier außerdem um einen anderen Ausdruck: *Verlangen nicht aufschieben* ist bei den Probanden nicht so wichtig wie: *sich von Versuchungen irreführen lassen* (d.h. Versuchungen erliegen), und sich *nach Versuchung wehrlos fühlen* ist auch nicht gleich stark ausgedrückt wie: *Versuchungen nicht widerstehen*.

Stilistisch gesehen zeigen die typisch „polnischen“ Aussagen (z.B. „Wenn eine Versuchung auftaucht, kann ich ihr nicht widerstehen“) eine Aktion, ein aktives Handeln, die Gegenwart des Handelns und die Folgen. Dieser Sprachstil bringt z.B. mehr persönliches Gefühl in den Text hinein, deshalb kann er auch besser und leichter von den polnischen Probanden verstanden werden, da man sich mit dem Text und psychologischen Kontext besser identifizieren kann. Die Polen zeigen hier wieder eine hohe Sensibilität gegenüber solchen Phänomenen wie eine Versuchungsresistenz, die offensichtlich auch, hermeneutisch betrachtet, einen religiösen Charakter haben könnte. Die Tatsache, dass man der Versuchung nicht widerstehen könnte, ist wichtiger als das Gefühl von innerer Wehrlosigkeit, da die Gedanken schon automatisch (oft unbewusst bei impliziten Willenshandlungen) auf die Folge der Versuchung (Schuldgefühle, Sündegefühle) gelenkt werden könnte.

Um den psychologischen Kontext des Textes zu verdeutlichen, stehen einerseits die Regeln der Sprachstilistik zur Verfügung, und andererseits die Kenntnisse des Adressaten, denen der Text gewidmet wird. Sprachtheoretisch betrachtet ist ein Text, der sich direkt an den Adressaten wendet, mit der *Ausdrucksfunktion der Sprache* verbunden (Bühler 1934; Jakobson 1963). Diese Funktion ist im Ausdruck des psychischen Erlebens desjenigen, der den Text erzählt, beteiligt. Das unterscheidet

diese Funktion zwischen vielen anderen Sprachfunktionen. Die Ausdrucksfunktion realisiert sich durch verschiedene Stilistiknormen (lexikalische, semantische, syntaktische u.a.). Über die lexikalische und semantische Bedeutung der Sprache haben wir bei der hermeneutischen Interpretation schon einiges gesagt. Ein wichtiges Kriterium der Ausdrucksfunktion ist unter anderen auch der Wortlaut der Sprache, das heißt die Akzentsetzung auf inhaltlich wichtige Wörter und Aussagen. Für das sofortige Verstehen der wichtigen Inhalte, die in diesem Text enthalten sind, ist die Akzentsetzung und der bestimmte syntaktische Satzbau sehr wichtig (dass die Sätze nicht zu lang oder zu kurz sind, der so genannte „Sprachrhythmus“).

Man kann feststellen, dass der Proband bei einer Testdurchführung auf vielen Ebenen der Textstruktur arbeiten muss. Bei dem ersten Item des SSI-K z.B.: „Meist handle ich in dem Bewusstsein, das, was ich tue, selbst zu wollen“ gibt es folgende Textebenen zu verarbeiten. Erstens muss der Proband auf der *Darstellungsebene* den Text verstehen, also das, was in der Sprache dargestellt wurde (Was wird gefragt? Worum geht es?). In diesem Fall geht es um ein „psychisches Phänomen“. Zweitens, muss er das bezeichnete psychologische Verhalten auf der *darstellungs-psychologischen Ebene*, verstehen (Wie funktioniert das Verhalten? Wie geht das?), „eine Handlung die selbstgewollt sein muss“ ist das Phänomen bei dieser Frage. Drittens wird die Handlung intentional im Bezug auf eigene Person auf der *intentionalen Ebene* als Objekt des Erlebens, verstanden. Der Proband muss also die Handlung mit eigenem Verhalten vergleichen (Wie ist das bei mir? Gibt es das Verhalten bei mir auch?). Viertens und letztens wird die Handlung intentional im Bezug auf die eigene Person auf der *intentional-bewertenden Ebene* als Objekt des Erlebens und Handeln bewertet. Der Proband muss also bei sich selbst das eigene Verhalten beurteilen (Wie stark ist das Verhalten bei mir ausgeprägt?). Stilistisch gut geschriebene Testaussagen bedeuten gleichzeitig, dass der Test sehr gut von dem Probanden verstanden wurde. Das heißt, die ersten zwei Ebenen sehr schnell, fast automatisch oder unbewusst bearbeitet werden können. Der Proband konzentriert sich also nicht mehr auf das, was alles geschrieben wurde sondern direkt auf die Instruktion, welche die zwei letzten Sprachebenen des Textes betrifft nämlich „...inwieweit die hier aufgelisteten Aussagen auf (seine) momentane Situation zutreffen.“ Ein psychologischer Test darf keineswegs zu genau oder zu wörtlich übersetzt werden, da nicht die wörtliche Bedeutung, sondern

der Sinn des psychologischen Kontexts vermittelt werden soll. Andererseits, ist es sehr interessant, in einer Übersetzung, die nicht wörtlich durchgeführt werden kann, die verborgene Bedeutung für die andere Sprache wiederzufinden, um den Sinn des psychologischen Kontexts eines Testfragebogens zu erläutern. Die kulturell begründeten und psychologisch festgestellten nationalen und situationellen Unterschiede, in denen die benachbarten jungen Generationen aufwachsen, scheinen ebenfalls ein interessantes und vielseitiges Thema für weitere Experimente und Vergleichsstudien zu sein.

5 Die Fragebögenkorrelationen

5.1 Korrelationen zwischen den Suizidskalen

Um den Zusammenhang zwischen dem gesamten Kennwert des Lebenssininventars (*Reasons for Living- Inventory*), der Depressivität (*Beck Depression Inventory*) und der Häufigkeit von Suizidversuchen zu zeigen, wurden Korrelationen für alle vier Gruppen berechnet (Tab.I). Es zeigte sich deutlich ein negativer Zusammenhang zwischen allgemeinem Lebenssinnggefühl (*RFL-I*) und der *Häufigkeit von Suizidversuchen* und *Depressivität*. Je geringer das Lebenssinnggefühl ist, desto eher treten Suizidversuche und Depressivität auf.

Tab.I. Korrelationen der Subskalen aus dem Lebenssininventar (*RFL-I*) mit dem Gesamtwert des *Beck-Depressionsinventars (BDI)* und der Anzahl der Suizidversuche ($N = 116$).

Korrelations-Variablen	RFL-I	SUI.-VER.	BDI-SUM	RFL-1	RFL-2	RFL-3	RFL-4	RFL-5
RFL-I	1,000	-,395**	-,454**	,851**	,692**	,647**	,597**	,627**
SUIZID-VERSUCHE	-,395**	1,000	,511**	-,323**	-,183*	-,462**	-,073	-,207*
BDI - SUMME	-,454**	,511**	1,000	-,478**	-,322**	-,292*	-,151	-,098
RFL – 1 ¹	,851**	-,323**	-,478**	1,000	,475**	,310*	,312*	,327**
RFL – 2	,692**	-,183*	-,322**	,475**	1,000	,349**	,325**	,465**
RFL – 3	,647**	-,462**	-,292*	,310**	,349**	1,000	,436**	,343**
RFL – 5	,597**	-,073	-,151	,312**	,325**	,436**	1,000	,473**
RFL – 6	,627**	-,207*	-,098	,327**	,465**	,343**	,473**	1,000

Anmerkungen: * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, (zweiseitig)

¹ Zeichenerklärung: siehe S. 117

Im Einzelnen zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen *Depressivität* und der Skala *Überlebens- und Bewältigungsüberzeugungen (RFL-1)*, *Verantwortung für die Familie (RFL-2)*, und *Furcht vor Suizid (RFL-3)*. Je depressiver die Probanden sind, desto weniger optimistisch und selbsteffizient sind sie. Ihr emotionaler Bezug zur eigenen Familie sowie die Furcht vor Selbstmord wird immer schwächer.

Die Suizidskalen des Lebenssininventars (RFL-I) und der Rorschach-Suizidindex für Adoleszente wurden ebenso miteinander korreliert (Tab. J).

Es zeigte sich ein signifikanter negativer Zusammenhang zwischen der Skala *Überlebens- und Bewältigungsüberzeugungen (RFL-1)*, dem gesamten Rorschach-Suizidindex und einigen Subskalen des Rorschach-Suizidindex für Adoleszenten: Impulsivität (durch die Signaturen $FC < CF + C$ gekennzeichnet), unlogisches Denken ($UNLO > 9$), verzerrte Menschenvorstellung und Aggressivität ($M-$), Aggressivität und Angst (Reaktionszeit auf Tafel 2), unkontrollierbare Impulse, die dem Wertsystem widersprechen (Fm). Je mehr die Probanden innere Aggression gegenüber anderen spüren und Angst haben, die eigene Aggression zu äußern, während ihr Denken unflexibler und unlogischer wird und ihre Impulsivität steigt, desto höher wird das Suizidrisiko (sichtbar in ihrem Pessimismus, der geringen Selbsteffizienz und dem verminderten Lebenssinnggefühl).

Tab.J. Korrelationen des Rorschachs Suizidindexes mit den Subskalen des Lebenssinninventars(RFL-I) und der Anzahl von Suizidversuchen (N = 120).

Korrel. Variabl.	INDEX	FK+KF +K>0 ²	FC<CF+C	M-	Mor	CC	UNLO>9	T-02	Fm
RFL-I	-,131	-,115	-,360**	-,228*	-,113	-,164	-,237*	-,126	-,158
RFL-1'	-,346*	-,130	-,309**	-,199*	-,104	-,153	-,190*	-,226**	-,188
RFL-2	-,177	,041	-,204*	-,091	-,201*	-,028	-,055	-,006	-,112
RFL-3	-,313*	-,162	-,373**	-,216*	-,016	-,190*	-,222*	-,062	-,078
RFL-4	-,165	-,074	-,181*	-,150	,088	-,129	-,157	,000	-,024
RFL-5	-,131	,033	-,088	-,083	-,131	-,004	-,182	,112	,003
SUIZID	,398*	,255*	,345**	,179	,131	,151	,435**	,128	,190*
VERSU.									
BDI	,282*	,181	,224*	,177	-,041	,084	,265**	,100	,229*

Anmerkungen: * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, (zweiseitig)

¹ Zeichenerklärung: siehe S. 117

² Zeichenerklärung: siehe S. 111

Die Skala *Verantwortung für die Familie (RFL-2)* korreliert negativ mit Impulsivität ($CF < FC + C$), und „krankhaften Vorurteilen“ (*Morbid Responses*). Je impulsiver die Jugendlichen sind und je öfter sie über den Tod und Krankheit fantasieren, desto weniger zeigen sie Verantwortung und emotionale Beziehung gegenüber ihrer Familie.

Furcht vor Selbstmord (RFL-3) korreliert negativ mit unlogischem Denken ($UNLO > 9$), Angst und Passivität bei emotionaler Erregung (Cc), innerer Aggressivität ($M-$) und Impulsivität ($CF < FC + C$), sowie unkontrollierbaren Impulsen, die dem Wertsystem des Probanden widersprechen (Fm). Je unlogischer sie denken und fantasieren, umso mehr Schmerz- und Angstgefühle haben sie. Wenn ihre Emotionen zum Ausdruck kommen und sie ihre Aggression durch mangelnde kognitive Impulskontrolle nicht herabregulieren können, haben sie weniger Furcht (Hemmung), die aggressiven Impulse gegen sich selbst zu wenden.

Die *Anzahl der Suizidversuche* korreliert positiv mit dem gesamten Rorschach-Suizidindex und einigen Subskalen des Rorschach-Suizidindex für Adoleszenten: Negative Selbstvorstellungen ($FK + KF + K > 0$), emotionale Impulsivität (durch die Signaturen $FC < CF + C$ gekennzeichnet), unlogisches Denken ($UNLO > 9$) und unkontrollierbare Impulse, die dem Wertsystem widersprechen (Fm). Je impulsiver, unlogischer im Denken und negativer in der Selbstbeurteilung die Jugendlichen sind, desto höher die Zahl ihrer Suizidversuche, in ihrer Vergangenheit. Je stärker das Gefühl der inneren Aggression gegenüber anderen, die Angst, die eigene Aggression zu äußern und je unflexibler das Denken und negativer ihre Selbstvorstellungen und impulsiver die Handlungen werden, desto wahrscheinlicher sind erneute Suizidversuche (Tab.J).

Die *Depressivität* korreliert positiv mit dem gesamten Rorschach-Suizidindex und einigen Subskalen des Suizidindex, d.h. mit emotionaler Impulsivität ($FC < CF + C$), unlogischem Denken ($UNLO > 9$) und unkontrollierbaren, inneren Impulsen, die dem Wertsystem widersprechen (Fm). Je impulsiver die Jugendlichen sind und je unlogischer sie denken und fantasieren, desto depressiver werden sie.

5.2 Korrelationen zwischen den Suizidskalen (RFL-I und Rorschach-Suizidindex), der Depressivität (BDI), den Selbststeuerungskompetenzen und Persönlichkeitsstilen (SSI-K und PSSI-K).

Um zu untersuchen, wie Selbststeuerungskompetenzen und Persönlichkeitsstile mit verschiedenen Suizidskalen (per Fragebogen sowie projektiven Testverfahren ermittelt) zusammenhängen, wurden auch hier Korrelationen berechnet.

Die Skala *Überlebens- und Bewältigungsüberzeugungen (RFL-1)* aus dem Lebenssinninventar (RFL-I) korreliert positiv mit *Selbstmotivierung, Aktivierungskontrolle* und *Selbstbestimmung* und negativ mit *LOP, volitionaler Passivität, Konzentationsschwäche, Konformität, LOM, Belastung* und *Bedrohung* (Tabelle K). Je bessere Selbstregulationskompetenzen wie Selbstmotivierung, Selbstberuhigung vs. Selbstaktivierung und Selbstbestimmung über die die Probanden verfügen, desto mehr zeigen sie Selbsteffizienz, Optimismus und Lebenssinnggefühl. Je stärker willenshemmende Mechanismen wie LOP mit Initiativ- und Energiemangel, Fremdsteuerung bei willentlichen Zielen, Impulsivität und Intrusionsneigung ausgeprägt sind, desto schwächer sind Selbsteffizienz, Optimismus und Lebenssinnggefühl. Dasselbe zeigt sich auch bei hoher Selbsthemmung, besonders bei Grübeln und Lähmung nach Misserfolg und Introjektionsneigung sowie bei Belastung und Bedrohung.

Die Skala *Verantwortung für die Familie (RFL-2)* korreliert negativ mit *LOP, volitionaler Passivität* und *Konzentrationsschwäche* sowie *LOM, Belastung* und *Bedrohung*. Je größer die Willenshemmung mit Motivationsmangel, Fremdbestimmung und Impulsivität sowie Grübeln nach Misserfolg, desto schwächer ist die Verantwortung und emotionale Beziehung zur eigenen Familie, wenn Selbstmordgedanken auftauchen. Je größer der Druck, Stress oder die Lebensveränderungen sind, desto weniger wird das Leid der Familie bei der Suizidabsicht berücksichtigt.

Furcht vor Suizid (RFL-3) korreliert positiv mit *Selbstbestimmung* und negativ mit *LOP, Belastung* und *Bedrohung*. Je selbstkongruenter und optimistischer die Personen handeln, desto größer ist ihre Furcht vor autoaggressivem Verhalten. Prospektive Lageorientierung und die damit verbundenen Energiedefizite und Motivationschwierigkeiten werden die Furcht vor einem Suizid und ebenso den Lebensstress, hohe Belastung und Bedrohung reduzieren.

Tab.K. Korrelationen der Subskalen des Selbststeuerungsinventars (SSI-KI) mit den Subskalen des Lebenssinninventars (RFL-I), (N = 116).

Korrelat. -variablen	RFL – I	RFL-1 ¹	RFL-2	RFL-3	RFL-4	RFL-5	BDI
SELBSTMOTIVIERUNG	,308**	,352**	,133	,156	,134	,106	-,382**
AKTIVIERUNGS- KONTROLLE	,209*	,299*	,004	,024	,074	,113	-,239**
SELBSTBESTIMMUNG	,283**	,320**	,113	,187*	,097	,071	-,373**
LOP	-,370**	-,327**	,302**	-,183*	-,163	-,281**	,235**
VOLITIONALE PASSIVITÄT	-,217*	-,294**	-,237*	,053	,023	-,123	,247**
KONZENTRATIONS- SCHWÄCHE	-,279*	-,232*	-,228*	-,147	-,140	-,228*	,119*
ZIELFIXIERUNG	,015	-,023	-,078	,083	,076	,042	,222*
KONFORMITÄT	-,204*	-,231*	-,174	-,028	-,115	-,078	,320**
LOM	-,206*	-,227*	-,214*	-,007	-,111	-,099	,460**
BELASTUNG	-,390**	-,337**	-,340**	-,283**	-,181	-,156	,438**
BEDROHUNG	-,361**	-,262*	-,203*	-,399**	-,220*	-,166	,430**

Anmerkungen: * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, (zweiseitig)

¹ Zeichenerklärung: siehe S. 117

Furcht vor Sozialer Ablehnung (RFL-4) korreliert negativ mit Bedrohung. Je größer die Bedrohung, desto geringer ist die Furcht vor sozialer Ablehnung und gesellschaftlicher Abwertung wegen eines Suizidversuchs.

Moralische Normen (RFL-5) korrelieren negativ mit LOP und Konzentrationschwäche. Je impulsiver die Jugendlichen sind, desto weniger Zeit für moralische Überlegungen haben sie. Je mehr LOP sie sind, desto weniger Motivation haben sie, um ihre moralischen Ziele zu verfolgen.

Die *Depressivität* (Gesamtergebnis des BDI) korreliert negativ mit Selbstregulationskompetenzen: *Selbstmotivierung*, *Aktivierungskontrolle* und *Selbstbestimmung*. Positiv korreliert sie mit allen Skalen der *Willenshemmung*: *LOP*, *volitionale Passivität* und *Konzentrationsschwäche* sowie mit allen Skalen der *Selbsthemmung*: *LOM*, *Zielfixierung* und *Konformität* und ebenso mit *Belastung* und *Bedrohung*.

Die Selbststeuerungskompetenzen (SSI-K) wurden auch mit den Suizidskalen des Rorschach-Suizidindex für Adoleszenten korreliert (Tab.L).

Eine signifikante Korrelation zeigte sich zwischen *Konzentrationschwäche* und Angst und Passivität bei affektivem Ausdruck (durch Signatur *Cc* gekennzeichnet). Je mehr ein emotionaler Ausdruck gleichzeitig durch Angst und Passivität gehemmt wird und ein schmerzhafter Affekt bei emotionaler Erregung auftritt, desto höher ist die Konzentrationschwäche mit mangelnder Impulskontrolle und Intrusionsneigung. Man kann vermuten, dass die Angst, die primäre und positive Emotionen stört, dieselbe Rolle spielt wie Intrusionen, die die Ablenkung von zielbezogenen Gedanken verursachen.

Tab.L. Korrelationen der Subskalen des Selbststeuerungsinventars (SSI-K) mit dem Subskalen des Rorschachs Suizidindexes ($N = 120$).

Korrelat.-variablen	INDEX	FKKFK>0 ¹	FC<CF+C	M-	mor	CC	UNLO>9	T.02	Fm
SELBMO.	-,131	,002	-,162	-,098	,091	-,011	-,175	-,115	-,054
AKTIV.	,026	,070	-,016	,003	,019	-,075	-,045	-,018	-,047
SELBES.	-,137	,104	-,105	-,030	-,049	-,128	-,114	-,098	-,024
LOP	,100	,078	,005	,048	,078	,120	,104	,051	,137
VOLPA.	,070	,117	,037	-,001	,007	-,002	-,047	,124	,218**
KONZEN.	,246**	,226*	,130	,128	,133	,267**	,143	,045	,335**
ZIELFIX.	,079	-,003	,122	-,009	-,008	,111	-,038	-,024	,134
KONFOR.	,180	,039	,182	-,004	-,045	,039	,005	,082	,117
LOM	,076	,035	,067	-,060	,019	,077	-,028	-,052	,223*
BELAST.	,170	,055	,121	,031	,112	,075	,181	,093	,300**
BEDROH.	,255**	,164	,321**	,104	-,104	,009	,159	,113	,191*

Anmerkungen: * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, (zweiseitig)

¹ Zeichenerklärung: siehe S. 111

Konzentrationschwäche korreliert mit negativer Selbstbeobachtung ($FK+KF>0$). Je mehr die Jugendlichen sich selbst (aus der sog. Distanz) im negativen Sinne beobachten, und ihre Selbstaufmerksamkeit negativ geprägt wird, desto impulsiver sind sie und desto mehr leiden sie unter unkontrollierbaren Intrusionen.

Bedrohung korreliert mit niedriger Impulskontrolle ($FC < CF + C$). Je mehr die Probanden mit Bedrohung verbundene schwere Lebensveränderungen erfahren, desto weniger werden sie ihre impulsiven Affekte unter Kontrolle halten können.

Weitere signifikante Korrelationen zeigten sich zwischen unkontrollierbaren, inneren Impulsen, die dem Wertsystem widersprechen (Fm) und *Konzentrationsschwäche*, *Volitionaler Passivität*, *LOM*, *Belastung* und *Bedrohung*. Je mehr emotionale unkontrollierbare Impulse dem Wertsystem und eigenen Zielen widersprechen, desto höher wird die Konzentrationsschwäche mit mangelnder Impulskontrolle und Fremdbestimmung, Impulsivität sowie Grübeln nach Misserfolg und stärker erlebter Belastung und Bedrohung bei den Probanden sein.

Es zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem gesamten Suizidindex für Adoleszente und der *Konzentrationsschwäche* sowie der erlebten *Bedrohung*. Je mehr die suizidgefährdeten Jugendlichen eine implizite negative Selbstvorstellung haben und ihre negativen unterdrückten Affekte, die impulsiv und schwach kontrollierbar sind, eine autoaggressive Gefahr bilden, desto mehr Konzentrationschwäche und Bedrohung erfahren sie.

Die Korrelationen zwischen Persönlichkeitsstilen (PSSI-K) und Suizidskalen (Rorschach-Suizidindex) wurden in der Tabelle M wiedergegeben.

Der *Kritische-NT* und der *Depressive-DP* Stil korrelieren mit der affektiven Impulsivität ($FC < CF + C$). Je impulsiver die Probanden sind und je mehr ihre Affekte, über die kognitive Kontrolle der Affektlage dominieren, desto kritischer und passiv-aggressiver (NT) reagieren sie. Je größer die Impulsivität ist, desto größer ist ihre Niedergeschlagenheit und ihr Hoffnungslosigkeitsgefühl (DP).

Der *Loyale-AB* Stil korreliert mit der negativen Selbstbeobachtung ($FK + KF > 0$). Je mehr die jungen Probanden ihre negativen Seiten und Emotionen an sich erkennen, desto abhängiger werden sie.

Der *Ehrgeizige-NZ* und der *Ahnungsvolle-ST* Stil korrelieren mit Angst und Passivität bei affektivem Ausdruck (Cc). Je gehemmter und ängstlicher die Emotionen der Jugendlichen werden, desto irrationaler denken und fantasieren sie. Je ehrgeiziger und empfindlicher sie nach Einschätzung von anderen sind, desto ängstlicher und gehemmter werden sie in ihrer affektiven Selbstäußerung.

Tab.M. Korrelationen der Subskalen des Persönlichkeits-Stil und –Störungsinventars (PSSI-K) mit dem Subskalen des Rorschachs Suizidindexes (N = 120).

Korrelationsvariablen	INDEX	FK+KF +K>0 ¹	FC<CF+C	M-	mor	CC	UNLO>9	T.02	Fm
ANTISOZIAL	,193*	,025	,088	,050	,028	,028	,045	,009	,004
PARANOID	,081	-,016	-,012	,014	,118	,083	,044	-,063	,023
SCHIZOID	,139	-,099	,074	,162	-,009	-,027	,231*	,044	-,101
SELBST- UNSICHER	,170	,153	,176	,122	-,014	,074	,043	,010	,243*
ZWANGHAFT	-,059	-,020	,000	-,178	-,065	-,015	-,137	-,047	,077
SCHIZOTY- PISCH	,112	-,053	,037	,046	,175	,210*	-,005	,076	,020
RHAPSODISCH	,022	,108	,003	-,143	,090	,072	-,154	-,017	-,027
NARZISSTISCH	,119	,132	,068	,056	,134	,203*	,035	,039	,129
NEGATIV- STISCH	,185*	,002	,218*	-,012	-,023	,145	-,023	,064	,120
ABHÄNGIG	,134	,192*	,023	,126	-,013	,049	,005	,105	,133
BORDERLINE	,256**	,043	,129	,162	,028	,106	,187*	,014	,230*
HISTRIONISCH	,105	,042	,135	,045	,056	,049	,007	-,142	-,095
DEPRESSIV	,213*	,036	,227*	,132	,035	,042	,181	,107	,105
HILFSBEREIT	,064	-,029	,095	,003	-,028	,054	-,052	-,010	,023

Anmerkungen: * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, (zweiseitig)

¹ Zeichenerklärung: siehe S. 111.

Die Stile *Spontan–BL* und *Selbstkritisch–SU* korrelieren sowohl mit unkontrollierbaren Impulsen, die dem Wertsystem widersprechen (*Fm*), als auch mit unlogischem Denken (*UNLO>9*). Je impulsiver und unlogischer die Probanden werden, desto emotionaler und (in ihrer Ich-Struktur) instabiler (BL) und selbstkritischer (SU) werden sie.

Der gesamte Suizidindex für Adoleszente von Rorschach korreliert mit den Stilen: *Selbstbestimmt (AS)*, *Kritisch (NT)*, *Spontan (BL)*, *Still (DP)*. Je kritischer, passiv–aggressiver und depressiver die Probanden werden und dabei rücksichtloser und impulsiver handeln, desto suizidgefährdeter werden sie.

Die Persönlichkeitsstile wurden auch mit dem Lebenssinninventar (RFL-I) korreliert (Tabelle N).

Die Skala *Überlebens- und Bewältigungsüberzeugungen (RFL-I)* korreliert mit den belohnungssensitiven Stilen *Optimistisch-RH* und *Liebenswertig-HI*. Negativ korreliert sie mit dem *Eigenwilligen-PN* Stil und dem *Zurückhaltenden-SZ* Stil sowie den bestrafungssensitiven Stilen *Selbstkritisch-SU*, *Kritisch-NT*, *Spontan-BL* und *Still-DP*.

Tab.N. Korrelationen der Subskalen des Persönlichkeits-Stil und –Störungsinventars (PSSI-K) mit den Subskalen des Lebenssinninventars (RFL-I), (N = 116).

Korrelations-Variablen	RFL-1 ¹	RFL-2	RFL-3	RFL-4	RFL-5	BDI
ANTISOZIAL	-,066	-,157	-,134	-,108	-,063	,028
PARANOID	-,202*	-,301**	-,116	-,152	-,226*	,210*
SCHIZOID	-,219*	-,213*	-,094	-,132	-,145	,321**
SELBSTUNSICHER	-,237*	-,109	-,018	-,116	-,021	,399**
ZWANGHAFT	,166	,100	,067	,010	,146	-,123
SCHIZOTYPISCH	,038	-,126	,002	-,062	-,028	-,053
RHAPSODISCH	,305**	,099	,028	,132	,160	-,382**
NARZISSTISCH	-,047	-,025	,067	,057	,102	-,066
NEGATIVISTISCH	-,224*	-,232*	-,322**	-,179	-,100	-,286**
ABHÄNGIG	,013	,101	,095	,039	,114	,166
BORDERLINE	-,293**	-,225*	-,207*	-,169	-,123	,527**
HISTRIONISCH	,191*	-,011	-,123	,076	,070	-,211*
DEPRESSIV	-,304**	-,088	,003	-,008	,004	,407**
SELBSTLOS	-,005	-,059	-,110	,182	,206*	,189*

Anmerkungen: * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, (zweiseitig)

¹ Zeichenerklärung: siehe S. 117.

Je ausgeprägter der Optimismus bei den Jugendlichen und das warmherzige Verhalten gegenüber anderen Menschen (RH und HI), desto größer sind Selbsteffizienz und Lebenssinngedühl. Je weniger Vertrauen, gegenüber anderen (PN), und je mehr Zurückhaltung und Einsamkeit (SZ) sie zeigen, desto geringer sind Lebenswertgedühl,

Optimismus und Selbsteffizienz. Und je niedriger diese Werte sind, desto mehr wächst die Selbstkritik und Angst vor negativer Beurteilung (SU). Skepsis und Kritik gegenüber anderen (NT) steigen ebenfalls, Instabilität der eigenen Identität und Impulsivität (BL) sowie Gefühle der allgemeinen Wertlosigkeit und Hoffnungslosigkeit (DP) sind weitere Folgen.

Verantwortung für die Familie (RFL-2) korreliert negativ mit den Stilen: *Eigenwillig-PN*, *Zurückhaltend-SZ*, *Kritisch-NT*, *Spontan-BL*.

Je schwächer die Verantwortung und der emotionale Bezug zur eigenen Familie bei den Probanden ist, desto misstrauischer, eigenwilliger (PN), zurückhaltender und einsamer (SZ), kritischer und skeptischer (NT), impulsiver und ohne sicheren emotionalen Bezug (BL) bleiben sie.

Furcht vor Suizid (RFL-3) korreliert negativ mit dem *Kritischen-NT* Stil, und dem *Spontanen-BL* Stil. Je kritischer, passiv-aggressiver (NT) und impulsiver (BL) die Jugendlichen sind, desto kleiner ist ihre Furcht vor dem Selbstmord.

Moralische Normen (RFL-5) korrelieren negativ mit dem *Eigenwilligen-PN* Stil und positiv mit dem *Altruistischen-AB* Persönlichkeitsstil. Je altruistischer (SL) die Jugendlichen sind, desto wichtiger ist für sie das moralische Wertsystem (im Bezug auf einem Suizid). Je eigenwilliger und misstrauischer (PN) sie sind, desto unwichtiger ist das moralische Wertsystem in ihren Suizidgedanken..

Die Depressivität korreliert positiv mit den Stilen: *Eigenwillig (PN)*, *Zurückhaltend (SZ)*, *Selbstkritisch (SU)*, *Spontan (BL)*, *Still (DP)*, *Hilfsbereit (SL)* und negativ mit den Stilen: *Optimistisch (RH)*, *Kritisch (NT)* und *Liebenswert (HI)*.

5.3 Korrelationen zwischen den Persönlichkeitsfragebögen (PSSI-K, SSI-K und NEO-FFI)

Zwischen dem *Persönlichkeits-Stil und -Störungs-Inventar* (PSSI-K) von Kuhl und dem Fünf-Faktoren Modell (Big 5) von Costa und McCrae wurden die Korrelationen ausgerechnet (Tabelle O).

Neurotizismus korreliert positiv mit den bestrafungssensitiven Stilen *Selbstkritisch-SU*, *Spontan-BL*, *Still-DP* sowie mit dem *zurückhaltenden-SZ* und *kritischen-NT* Stil.

Negativ korreliert Neurotizismus mit den belohnungssensitiven Stilen *Optimistisch-RH* und *Liebenswertig-HI*.

Tab.O. Korrelationen der Subskalen des Persönlichkeits-Stil und –Störungsinventars (PSSI-K) mit dem Subskalen des NEO-FFI (N = 116).

Korrelationsvariablen	NEUROTIZISM.	EXTROVERS.	OFFENHEIT	VERTRÄGLICH.	GEWISSEN.
ANTISOZIAL	,017	-,089	,088	-,364**	,079
PARANOID	,130	-,225*	,095	-,138	-,209*
SCHIZOID	,207*	-,365**	-,036	-,276*	-,265
SELBSTUNSICHER	,515**	-,284*	-,067	-,090	-,135
ZWANGHAFT	,010	,026	-,092	,052	,467**
SCHIZOTYPISCH	-,021	,005	,188	-,174	,003
RHAPSODISCH	-,230*	,250*	,051	,012	,261*
NARZISSTISCH	-,020	,217*	,151	-,105	,047
NEGATIVISTISCH	,358**	-,308**	-,161	-,106	-,259**
ABHÄNGIG	,150	,062	-,052	,080	,068
BORDERLINE	,371**	-,290**	,091	-,224*	-,289**
HISTRIONISCH	-,281**	,373**	,017	-,073	,200*
DEPRESSIV	,379**	-,222*	-,031	-,135	-,252**
ALTRUISTISCH	,143	,011	-,121	,113	,062

Anmerkungen: * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, (zweiseitig)

Die Dimension *Extraversion* korreliert positiv mit den belohnungssensitiven Stilen: *Optimistisch-RH*, *Liebenswertig-HI* sowie *Ergeizig-NA* und negativ mit den bestrafungssensitiven Stilen: *Selbstkritisch-SU*, *Still-DP*, *Spontan-BL*, *Kritisch-NT*, *Zurückhaltend-SZ* und *Eigenwillig-PN*.

Der Faktor *Offenheit für Erfahrung* korreliert positiv mit dem *ahnungsvoll–schizotypischen* Stil (ST), der mit der Neigung zum „Träumen“ und „Fantasieren“ beschrieben wird.

Verträglichkeit korreliert negativ mit den Skalen *Selbstbestimmt-AS* und *Zurückhaltend-SD*, die niedrige soziale Kompetenzen implizieren und dem *Spontan-BL*, der eine schwache Bindung im sozialen Bereich zeigt.

Gewissenhaftigkeit korreliert positiv mit der Skala *Sorgfältig-Zwanghaft* und den belohnungssensitiven Stilen *Optimistisch-RH* und *Liebenswertig-HI* und negativ mit den Stilen *Eigenwillig-PN*, *Kritisch-NT* und dem bestrafungssensitiven Stillen *Spontan-BL* und *Still-DP* (Tab.O).

Das Fünf-Faktoren-Modell wurde auch mit dem Selbststeuerungs-Inventar (SSI-K) korreliert (die Ergebnisse sind in der Tabelle P dargestellt).

Neurotizismus korreliert positiv mit den willenshemmenden Skalen *Prospektive Lageorientierung*, *Volitionale Passivität* und *Konzentrationschwäche* sowie mit den Skalen der Selbsthemmung *Zielfixierung*, *Konformität* und *Lageorientierung nach Misserfolg* und ebenfalls mit *Belastung* und *Bedrohung*. *Neurotizismus* korreliert negativ mit *Selbstmotivierung*, *Aktivierungskontrolle* und *Selbstbestimmung*.

Die Dimension *Extraversion* korreliert positiv mit *Selbstmotivierung* und *Selbstbestimmung*. Negativ korreliert sie mit *LOP*, *Volitionaler Passivität* und *Konzentrationschwäche* sowie mit den Skalen *LOM* und *Belastung*.

Die *Offenheit für Erfahrung* korreliert positiv nur mit *Konzentrationschwäche*, die mit den Eigenschaften wie *Intrusionsneigung* und *Ablenkbarkeit* verbunden ist.

Die Dimension *Verträglichkeit* korreliert nur negativ mit allgemeinem Lebensstress wie ihn die Skalen *Belastung* und *Bedrohung* messen.

Der fünfte Faktor *Gewissenhaftigkeit* korreliert positiv mit den zwei Selbstregulationskompetenzen *Selbstmotivierung* und *Aktivierungskontrolle* und negativ mit den drei Skalen der Willenshemmung: *LOP*, *Volitionale Passivität* und *Konzentrationschwäche* sowie mit *LOM* und *Belastung*.

Tab.P. Korrelationen der Subskalen des Selbststeuerungsinventars (SSI-K) mit den Subskalen des NEO-FFI (N = 116).

Korrelations-Variablen	NEUROTIZIS.	EXTROVER.	OFFENHEIT	VERTRÄGLI.	GEWISSEN.
SELBSTMOTIVIERUNG	-,393**	,210*	,113	,123	,297**
AKTIVIERUNGS-KONTROLLE	-,298**	,141	,050	,012	,290**
SELBSTBESTIMMUNG	-,328**	,188*	,176	,058	,159
LOP	,351**	-,250*	,138	-,045	-,384**
VOLIZIONALE PASSIVITÄT	,268**	-,239*	,109	-,141	-,316**
KONZENTRATIONS-SCHWÄCHE	,277*	-,187*	,210*	-,144	-,312**
ZIELFIXIERUNG	,230*	-,004	,060	-,110	-,119
KONFORMITÄT	,238*	-,151	-,080	-,084	-,138
LOM	,410**	-,323**	-,054	-,058	-,298**
BELASTUNG	,396**	-,264*	-,005	-,194*	-,275**
BEDROHUNG	,302**	-,114	-,102	-,214*	-,113

Anmerkungen: * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, (zweiseitig)

6 Hypothesen

Die im theoretischen Teil abgeleiteten Hypothesen werden an dieser Stelle zusammenfassend aufgelistet. Die Hypothesen 1 bis 9 werden in der ersten Untersuchung (Fragebogenuntersuchung), die Hypothese 10 in einem klinischen Experiment überprüft. Die Hypothesen 3, 3.1, 4 und 4.1 lassen sich nicht durch bestimmte Selbststeuerungsvariablen konkretisieren, da bei der Untersuchung der moderierenden Funktionen der Selbststeuerungsmechanismen explorativ vorgegangen wurde. Die Überprüfung dieser Hypothesen wurde durch eine Anwendung der multiplen Regressionsanalyse und entsprechender Strukturmodelle (LISREL 8) durchgeführt.

- 1) Persönlichkeitsstile.** Bei den suizidalen Probanden wird eine erhöhte Depressivität sowie rücksichtsloses, antisoziales Verhalten erwartet, und ebenso sollte starke Aggressivität und emotionale Impulsivität bei einem Suizidversuch eine wichtige Rolle spielen. Es wird vermutet, dass in der suizidalen Gruppe die Werte der Skalen *Still-Depressiv* und *Selbstbestimmt-Antisozial* häufig signifikant höher liegen (über eine Standardabweichung) als bei den anderen drei Gruppen.
- 1.1)** Die suizidalen Probanden haben auch bei Persönlichkeitsstilen wie *Spontan-Borderline* oder *Kritisch-Negativistisch*, signifikant höhere Werte (über eine Standardabweichung) als die Personen der übrigen drei Gruppen.
- 1.2)** Es wird angenommen, dass die parasuizidale Gruppe (wie auch die Gruppe nach dem ernsthaften Suizidversuch und die Gruppe mit Suizidgedanken) passiv-aggressiver und impulsiver als die Kontrollgruppe ist. Diese Probanden gehen möglicherweise oft davon aus, dass ihnen Unrecht getan wurde. Auf Grund ihrer Instabilität finden sie oft impulsive, unüberlegte Lösungsansätze um ihre negativen Gefühle und vor allem ihre Aggressivität in einem Suizidversuch auszudrücken. Im Vergleich zu der Gruppe mit Suizidgedanken haben sie aber nicht die Fähigkeit, eine positive Stimmung selbst herzustellen und sind wesentlich weniger ehrgeizig, ahnungsvoll und/oder optimistisch. Es wird erwartet, dass die parasuizidale Gruppe mehr *kritisch-negativistisch* und *spontan-borderline* ist als die Kontrollgruppe, jedoch weniger *ahnungsvoll-schizotypisch*, *ehrgeizig-narzisstisch* und/oder *optimistisch-rhapsodisch* als die Gruppe mit Suizidgedanken

- 1.3) Es wird bei Personen nach einem Parasuizid eine niedrigere Depressivität sowie weniger antisoziales, rücksichtsloses Verhalten erwartet als bei den suizidalen Personen. Die Gesamtwerte der Skalen *Still-Depressiv* und *Selbstbestimmt-Antisozial* sollten signifikant niedriger sein als bei der suizidalen Probanden.
- 1.4) Bei den Probanden mit Suizidgedanken wird erwartet, dass sie sich von der Kontrollgruppe am wenigsten unterscheiden. Sie erleben ihre Suizidgedanken mehr in der Phantasie, weil sie sehr auf sich selbst konzentriert, ahnungsvoll und ehrgeizig sind (hohe Ideale besitzen). Sie geben sich viel Mühe, ihr positives Selbstbild aufrechtzuerhalten und sind trotz verschiedener Schwierigkeiten dem Leben gegenüber positiv eingestellt. Diese Probanden haben wahrscheinlich eine höhere Kapazität für positive Emotionalität und vermögen schnell positive Stimmung selbst herzustellen. Es wird vermutet, dass die Probanden aus der Gruppe mit Suizidgedanken auf den Skalen *Ahnungsvoll-Schizotypisch* und/oder *Ehrgeizig-Narzisstisch* oder *Optimistisch-Rhapsodisch* signifikant höhere Werte erreichen, als die Probanden der parasuizidalen und der suizidalen Gruppe.
- 2) **Selbststeuerung.** Es wird angenommen, dass die Personen der suizidalen Gruppe über schwache Selbststeuerungskompetenzen verfügen und ihr Selbst stark geschwächt ist. Da sie starke Sinnlosigkeitsgefühle erleben, spüren sie oft, dass sie ihre selbstkongruenten Ziele nicht umsetzen können und dass sie nicht das tun, was sie wollen, was ihnen Spaß macht oder wichtig in ihrem Leben erscheint. Sie können sich aber nicht selbst motivieren, nicht hinter eigenen Bedürfnissen und Werten stehen und die sinnvollen Werte ihres Lebens nicht umsetzen. Es wird erwartet, dass die Werte der suizidalen Gruppe von mindestens einer der 3 Subskalen der Selbststeuerungskompetenzen (*Selbstmotivierung*, *Aktivierungskontrolle* oder *Selbstbestimmung*) signifikant niedriger sind als bei den anderen drei Gruppen.
- 2.1) Es wird vermutet, dass bei den Personen aus der Gruppe nach dem Parasuizid die Selbststeuerungsfunktionen nicht so geschwächt sind wie bei den suizidalen Probanden. Die Probanden nach dem Parasuizid sollten mehr handlungsorientiert sein als die mit Suizidgedanken und jene nach einem ernsthaften Suizidversuch. Die ausgeprägten Funktionen der Willensbahnung ermöglichen ihnen

eine schnelle oft unüberlegte Ausführung der Absichten und Ziele, welche zu einem Parasuizid führen können. Es wird erwartet, dass die Werte der parasuizidalen Gruppe auf mindestens einer von 3 Skalen der Funktionen der Willenshemmung (*Prospektive Lageorientierung, Konzentrationsschwäche* oder *Volitionale Passivität*) signifikant schwächer ausgeprägt sind als bei den Probanden der suizidalen Gruppe und der Gruppe mit Suizidgedanken.

- 2.2) Es wird vermutet, dass die Personen mit Suizidgedanken lageorientiert sind und unter Intrusionen leiden, die oft als Suizidgedanken auftreten. Ihre Selbststeuerungsfunktionen sind wahrscheinlich signifikant stärker als bei den suizidalen Personen. Sie erholen sich nach negativen Ereignissen durch die guten Selbstkompetenzen sehr schnell und können sich auch gut mobilisieren. Es wird erwartet, dass bei der Gruppe mit Suizidgedanken mindestens eine von 3 Skalen der Selbststeuerungskompetenzen (*Selbstmotivierung, Selbstbestimmung, Aktivierungskontrolle*) signifikant höhere Werte zeigt als bei der suizidalen Gruppe.
- 2.3) Es wird angenommen, dass bei den Personen der Gruppe mit Suizidgedanken die Funktionen der Willenshemmung *Prospektive Lageorientierung, Konzentrationsschwäche* und/oder *Volitionale Passivität* signifikant stärker ausgeprägt sind als bei der Kontrollgruppe und der Gruppe nach dem Parasuizid.
- 2.4) Es wird erwartet, dass die Skala Belastung und die Skala Bedrohung bei den übrigen drei Gruppen signifikant höher ausfallen als bei der Kontrollgruppe.
- 3) Es wird vermutet, dass sich bestimmte Selbststeuerungsmechanismen für alle vier Gruppen finden, die eine effiziente Wirkung gegen bzw. auf die Depressivität, als Suizidrisikofaktor ausüben.
 - 3.1) Es wird vermutet, dass es signifikante Unterschiede in der Pfadanalyse zwischen den Gruppen hinsichtlich der Art solcher Selbststeuerungsfunktionen gibt.
 - 4) Es wird vermutet, dass sich defizitäre Selbststeuerungsmechanismen für die suizidale und/oder die parasuizidale Gruppe finden, die eine signifikante Wirkung auf die Suizidalität ausüben.
 - 4.1) Es wird vermutet, dass es signifikante Unterschiede zwischen den vier Gruppen hinsichtlich der Art der Selbststeuerungsfunktionen gibt.

- 5) Soziale Unterstützung.** Es wird vermutet, dass die Personen aus der suizidalen Gruppe signifikant häufiger gar keine Unterstützung in schwierigen Situationen bekommen haben als die Personen der übrigen drei Gruppen.
- 6) Persönlichkeitsdimensionen.** Es wird erwartet, dass die Ergebnisse der Skalen der NEO-FFI darauf hinweisen, dass die suizidalen Personen weniger offen, introvertierter und/oder neurotischer als die Personen der übrigen drei Gruppen sind.
- 7) Depressionsniveau.** Es wird bei den suizidalen Probanden ein signifikant erhöhtes Depressionsniveau erwartet. Es wird vermutet, dass die suizidalen Probanden einen höheren Gesamtwert im BDI-Test erzielen als alle übrigen Probanden.
- 7.1)** Es wird vermutet, dass die suizidale Gruppe ein signifikant höheres Ergebnis in der Subskala *Hoffnungslosigkeitsgefühl* aus dem BDI-Test erreicht als die anderen drei Gruppen.
- 8) Suizidrisiko nach dem Lebenssininventar.** Es wird vermutet, dass die Personen der suizidalen Gruppe ein niedrigeres Lebenssinngedühl haben als die anderen Probanden, und sie dementsprechend einen niedrigeren Gesamtwert im Lebenssininventar (RVL-I) erreichen als die übrigen Probanden.
- 8.1)** Es wird vermutet, dass die Furcht vor einem Suizidversuch, das Selbsteffizienzgedühl, Lebenssinngedühl sowie Optimismus bei den suizidalen Probanden niedriger ausfallen wird als bei allen anderen Probanden. Die Werte der Skalen *Furcht vor Suizid* und *Überleben und Angenommene Lebensansicht* aus dem RVL-I sollten also bei der suizidalen Gruppe im Vergleich zu den anderen drei Gruppen signifikant niedriger sein.
- 9) Suizidrisiko nach dem Rorschachsuizidindex.** Es wird erwartet, dass die suizidalen Personen in vier der sechs Subskalen des Rorschachsuizidindexes für Adoleszente signifikant höhere Werte erreichen als die Personen der übrigen Gruppen, und damit die Unterschiede in der impliziten Selbstwahrnehmung und Affektivität zwischen den suizidalen und nicht-suizidalen Personen signifikant werden.
- 9.1)** Es wird vermutet, dass die suizidale Gruppe eine negative implizite Selbstwahrnehmung hat, die von den schwachen Selbstprozessen abhängig ist. Die Subskala aus dem Rorschach-Suizidindex, die negative Selbstbeobachtung kennzeichnet, sollte signifikant höher sein als bei der übrigen drei Gruppen.

- 9.2) Es wird angenommen, dass die suizidale Gruppe über eine schwächere kognitive Emotionskontrolle verfügt als die übrigen Gruppen. Es wird bei den suizidalen Probanden eine höhere Impulsivität erwartet als bei den anderen Probanden.
- 9.3) Es wird bei den suizidalen Probanden erwartet, dass bei positiver Emotionalität oder positivem Affektausdruck, diese durch negativen Affekt, Angst und Passivität gehemmt werden. Es wird in dem Rorschachtest eine höhere Affekthemmung bei den suizidalen Probanden erwartet als bei den Probanden der anderen drei Gruppen.
- 9.4) Es wird vermutet, dass die suizidalen Probanden mehr Aggressionsgefühle nicht nur gegen sich selbst, sondern auch gegenüber anderen spüren. Es wird eine höhere Antwortzahl mit Ausdruck der Aggression in zwischenmenschlichen Beziehungen bei den suizidalen Probanden im Rorschachtest erwartet als bei den Probanden der übrigen drei Gruppen.
- 9.5) Es wird angenommen, dass die suizidalen Probanden unlogischer und unflexibler denken, was mit ihrer negativen Selbstvorstellung stark verbunden ist. Es werden mehr unlogische Inhalte in der Rorschachantworten von den suizidalen Probanden erwartet als von den Probanden der übrigen drei Gruppen.
- 9.6) Es wird angenommen, dass die suizidale Gruppe starke, unterdrückte Aggressionsgefühle und gleichzeitig Angst vor der eigenen Aggression erlebt. Es wird erwartet, dass die unterdrückte Aggressivität in der suizidalen Gruppe durch den Indikator *Rotschock* auf die rot-schwarz-farbigen Rorschachtafeln auftaucht. Der Rotschock, das heißt die verlängerte Reaktionszeit auf die Tafeln II und III, sollte bei den suizidalen Probanden signifikant häufiger vorhanden sein als bei den anderen Probanden der übrigen drei Gruppen.
- 10) **Stimmungsverbesserung nach Selbstaktivierung.** Es wird vermutet, dass die Personen der suizidalen Gruppe mit hoher Sensibilität für negativen Affekt, nach Aktivierung des Selbstsystems (durch Sinnstiftung, Ressourcenaktivierung u.a.) eine Stimmungsverbesserung erreichen können, genauso wie die gesunden Probanden aus der Kontrollgruppe. Es wird bei der suizidalen und der Kontrollgruppe nach der Aktivierung des Selbstsystems eine signifikante Verbesserung der positiven Stimmung erwartet, die durch den erhöhten Wert der BEF-K Subskaalen: *Aktivierung* und/oder *Freude* gekennzeichnet ist.

EMPIRISCHER TEIL

I BIOGRAPHISCHE AUSSAGEN DER VERSUCHSPERSONEN

In der Begegnung mit jungen Menschen am zweiten oder dritten Tag nach ihrem Suizidversuch, wenn sie sich angespannt, unruhig und traurig, hilflos und einsam fühlen, ist es sehr wichtig, dass sich ein Therapeut nicht nur fachlich kompetent, sondern auch emotional engagiert und mitfühlend zeigt. Besonders junge Leute reagieren auf jedes Zeichen von Routine und Missverständnis sehr empfindlich. Der Gesprächspartner muss also mit viel Kreativität sowohl auf der „emotionalen“ als auch auf der „intellektuellen Welle“ der Jugendlichen „mitschwingen“ und dabei authentisch bleiben. Das heißt nicht, gegenüber den Traurigen auch traurig zu werden oder sich gegenüber den Verzweifelten auch der Verzweiflung hinzugeben, sondern mit einer positiven emotionalen Einstellung zu versuchen, sie durch bestimmte Therapieansätze aus dem negativen Stimmungstief herauszuholen. Anders gesagt muss der Psychologe schon wie ein U-Boot in die „Tiefe des emotionalen subjektiven Erlebens“ des Gesprächspartners hineintauchen, darf aber das „sichere Land der objektiven Erfahrung“ nicht aus dem Auge verlieren.

Wichtig ist, das Vertrauen der Jugendlichen aufrechtzuerhalten. Der Psychologe muss zeigen, dass er echt an den Jugendlichen und ihrem Leben, ihren Interessen, Ängsten und Sorgen interessiert ist und sich in ihre Lebenssituation einfühlen kann. Das Eingehen auf gefühlsbetonte Äußerungen der Probanden mit Empathie hilft den jungen Menschen sich zu öffnen und sich auszusprechen, wenn sie das wichtige Gefühl haben, verstanden zu werden.

Um dem Leser die Stimmung der Begegnungen mit den jungen Leuten nach einem Suizidversuch näher zu bringen, werden im folgenden ein paar kurze Biographiebeispiele der Jugendlichen dargestellt. Die Lebendigkeit und Emotionalität der biographischen Aussagen zeigt ein anderes Bild als die üblichen Klischees und mehr als pure Statistik, die in unseren Medien das Bild der suizidalen Menschen sehr vereinfacht darstellen. Stattdessen sollte man suizidale Jugendliche anhand ihrer individuellen Biographien und damit wahrheitsgetreuer und umfassender betrachten.

a) Beispiel einer Jugendlichen nach einem ernsthaften Suizidversuch

Eine 17-Jährige besuchte die zweite Klasse der Berufsschule. Während ihrer Freizeit zeichnete sie gerne und spielte gerne Gitarre. Sie traf sich öfters mit ihren Freunden, um mit ihnen zusammen zu singen und zu musizieren. Zwei Monate nach Auftauchen eines Schulproblems eskalierte ihre angespannte Situation. Von ihren Freunden hatte sie sich bewusst zurückgezogen. Sie fühlte sich schlechter und alles schien zu schwer zu sein. Sie hatte den Eindruck, etwas hatte sie umzingelt „und als scheine die Sonne nur noch hinter den Wolken.“ Im letzten Schulhalbjahr fiel sie in drei Fächern durch und musste diese Fächer im folgenden Semester nachholen. „Das war eine reine Nervensache und hatte mit Intelligenz wenig zu tun,“ bezeichnet sie.

Zu Hause hat sie ein großes Problem mit ihrem Stiefvater. Ihre Mutter ließ sich scheiden als sie zwei Jahre alt war und heiratete ihren jetzigen Stiefvater, der psychisch krank und häufig sehr aggressiv ist. Im Alter von 14 Jahren hatte sie bereits ihren ersten Suizidversuch, der durch den Konflikt mit ihrem Stiefvater ausgelöst wurde. Die Mutter blieb ihre einzige Bezugsperson, ihr älterer Bruder leistete zu dieser Zeit seinen Wehrdienst ab. Die Mutter liebt sie sehr: „Obwohl sie auch sehr krank ist (Angstneurose), unterstützt sie mich nach besten Kräften.“

Nach dem Misserfolg in der Schule kamen die Suizidgedanken zurück. Jeden Abend hatte sie das Gefühl, nichts mehr Wert zu sein und nichts aus sich machen können. Ihre familiären Probleme haben sie in Ihrer Aussichtslosigkeit noch verstärkt. Sie hatte schwere Schuldgefühle, Resignationsgedanken und die Überzeugung, sowieso nichts mehr schaffen zu können. Alles was noch hätte kommen können wäre bestenfalls eine weitere bittere Niederlage und ein zusätzlicher Schmerz gewesen.

Sonntagabends nahm sie alle Tabletten des Vaters auf einmal (wusste gar nicht genau wie viele das waren) und wollte nicht mehr leben. Die Mutter fand sie nach ein paar Stunden mit ihrem Abschiedsbrief in ihrem Bett. Die Diagnose lautete: „Intoxicatio medicamenta suizidalis“ und „Anpassungsreaktion.“ Die Ärzte konnten ihr gerade noch das Leben retten.

In ihrem Abschiedsbrief stand:

„Was ist die Finsternis und
was ist hell?“

Was ist das, in mir,
 Tod oder Schmerz?
 Vielleicht nur ein Traum
 Vielleicht nur Magie
 Vielleicht weiß ich nicht
 erst Schmerz und später Tod?

Ich will mich bei euch allen entschuldigen, aber es musste so sein. (Hier folgte eine Zeichnung von einem Grab mit einem Kreuz und dem Wort „Entschuldigung“).
 Verzeih mir, Mutter, aber so konnte es nicht weitergehen. Ich kann nicht mehr so leiden. Ich bitte euch alle: sagt das ruhig meiner Mutter.“

Darunter zeichnete sie ein dreidimensionales Kreuz mit einem roten Herz in der Mitte. Hinter dem Kreuz versteckt sich eine emporerankende, weinende Schlange. Ihre herzförmigen Tränen fallen in eine blutrote Pfütze. Auf die Frage, was das sei, antwortete sie: „Das bin ich, eine weinende Schlange.“ Wie denn eine Schlange so weinen könne, wollte ich weiter wissen. „Das Böse kann auch traurig sein. Ich war böse, aber ich weinte auch. Und ich habe um Verzeihung gebeten.“ „Du hast Gott sei Dank überlebt...“, antwortete ich. „Es sollte mir vielleicht noch eine Chance gegeben werden...“

Ein erschütterndes Bekenntnis eines sensiblen Mädchens. Sie hatte in ihrer Phantasie ihr ganzes Leid und den eigenen Tod ausgelebt. In der Realität gelang es ihr sogar zu überleben.

b) Ein weiteres Beispiel einer Jugendlichen nach einem ernsthaften Suizidversuch.

Eine 15-Jährige besuchte eines der besten Gymnasien in Schlesien und hatte gerade das zweite der vier Abiturschuljahre begonnen. Sie sprach vier Sprachen und kam aus einer sehr gebildeten Familie (Vater Mediziner, Mutter Betriebswirtschaftlerin) und war unter den Besten der Klasse zu finden. Trotz des guten sozialen Umfeldes und eines insgesamt erfolgreichen Lebens litt sie seit ca. 9 Monaten unter Resignationsgedanken und durchlitt „depressive Zustände“. Suizidgedanken begleiteten sie seit 6

Monaten. Sie hatte den Eindruck, dass sie alle anderen störe; „...wenn es mich nicht gäbe, wäre es für alle besser...“.

Anfangs hatte sie die Suizidgedanken ungefähr ein/zweimal pro Woche immer abends, vor dem Schlafengehen. Die letzten drei Wochen sogar täglich. „Die Gedanken kommen von alleine: ... für jeden Menschen bin ich ein Hindernis, eine Last. Wenn ich zu jeder Person (Bezugsperson) einen Faden ziehen würde, dann sähe ich nur, dass ich Last und Kummer bringe; weil ich das aber nicht will oder kann, muss ich mich aus dem Leben zurückziehen.“

Am Montag nach der Schule hatte sie die Absicht, den Selbstmord zu begehen, und ihr Suizidversuch folgte auch sofort. Niemand war zuhause, Mutter und Vater waren beide auf Geschäftsreisen und der kleine Bruder (ein Jahr jünger) würde erst zwei Stunden später aus der Schule nach Hause kommen. Sie hatte 100 Panadol Schmerztabletten (Paracetamol) mit der Absicht zu sterben, eingenommen. Nach drei Stunden aber musste sie sich übergeben und sagte dem inzwischen angekommenen Bruder, dass sie jetzt schlafen gehe und er sie in Ruhe lassen solle. Der Bruder hatte aber gemerkt, dass etwas nicht stimmte und rief den ärztlichen Notdienst an. Nach stundenlangen Entgiftungsmaßnahmen kam sie wieder zu sich. Der ärztliche Befund lautete: „Intoxicatio medicamenta suicidalis“, „Anpassungsreaktion“ (und „Depressive Reaktion“ mit Fragezeichen). Medizinisch (internistisch) betrachtet hatte sie hormonelle Störungen aus einer Schilddrüsenüber- und Unterfunktion, die ihre psychische Stimmung teilweise beeinflusst haben könnte.

Ihre Eltern bezeichnete sie als sehr anspruchsvoll. Besonders die Mutter war mit ihr unzufrieden, aber weniger mit ihren Noten, als mit ihrem Einsatz und Fleiß in der Schule. Wenn sie fleißiger sein würde, wäre sie viel besser und könnte eventuell sogar Klassenbeste sein. Sie hatte aber einfach keine Lust, viel mehr für die Schule zu tun. Sie las den Lernstoff nur einmal und machte danach lieber etwas anderes, interessanteres als stundenlang ihre Hausaufgaben zu optimieren. Sie forderte von ihrer Mutter mehr Freiheit und Unabhängigkeit, die Mutter von ihr wiederum mehr Fleiß in der Schule. Obwohl ihre Mutter sie ständig zu mehr Fleiß bewegen wollte und ständig dazu drängte, liebte sie sie sehr. Für sich selbst fühlte sie keine Liebe, sondern nur Hass, da sie sich selbst nur als Last für ihre Umwelt empfand.

Von außen hatte sie auch keine soziale und emotionale Unterstützung bekommen. Sie konnte auch ihre Suizidgedanken nicht mehr aushalten und von anderen Gedanken trennen. Es war wie ein Filter. Sie waren wie ein Filter eine Art Brille, durch die jeglicher Gedanke ging. „Anfangs findet man die Tat unmoralisch. Man stellt sich das Leid der Familie vor. Später kommen die Suizidgedanken aber immer häufiger und schneller und man macht sich nur noch Gedanken über das: Wo, Wie und Wann seiner Absicht umsetzen kann,... um sich selber von seinem Leiden zu erlösen“. Die Anderen spielen dann keine Rolle mehr.

So war sie auf einen abschüssigen Weg geraten, auf dem Belastung, eigentlich jedoch die Last der Erwartungen von außen die Lust am Leben ausgeblendet hatten.

c) Beispiel eines Jugendlichen nach einem parasuizidalen Versuch

Ein 19-Jähriger besuchte das letzte Abiturschuljahr. Sich selbst bezeichnete er als einen leidenschaftlichen Romantiker, der oft das Leiden des Daseins erlebe. Seine Lieblingsbeschäftigung war die Lektüre romantischer Lyrik und die postmoderne Prosa von Franz Kafka. Eine unglückliche Liebe war das direkte Motiv für seinen Suizidversuch. Er empfand die Trennung von seiner Freundin als ein großes Schicksal: „Sie war einfach anders, aber Sie fühlte sich verletzt, und ich habe ihr wehgetan. Das war (leider) ein Fehler von mir, dass ich sie verlassen habe.“ – erzählte er später. Nach der Trennung geriet er in eine melancholische Stimmung.

Suizidgedanken hatte er schon seit drei Jahren. Während der letzten zwei Monate überlegte er ungefähr zweimal pro Woche, ob es nicht besser wäre, nicht mehr zu leben. Das Leben war für ihn eine schwere Last, unter der er mit seiner Sensibilität sehr litt (weil er wie seine Mutter zu sensibel war). Seit zwei Monaten durchlebte er eine „Persönlichkeitskrise und tiefe Minderwertigkeitsgefühle“, wie er sagte. Die Suizidabsicht entstand einen Tag zuvor, den Suizidversuch wollte er mit Absicht überleben: „Um anderen zu zeigen, wie wichtig ich für sie bin. Damit sie überlegen, wie es wäre, wenn ich nicht mehr da wäre...“, erklärte er. Am Samstag vormittag nahm er 20 Tabletten Doxepin. Er wusste genau, dass seine Eltern zwei Stunden nach der Einnahme nach Hause kämen. So war es auch. Die Eltern fanden ihren bewusstlosen Sohn im Bett und erst nach 24-stündigen Entgiftungsmaßnahmen war er wieder bei

Bewusstsein. Die ärztliche Diagnose lautete: „Intoxicatio medicamenta suicidalis“ und „Anpassungsreaktion.“

Er erinnert sich an zahlreiche Auseinandersetzungen zwischen den Eltern seit seiner Kindheit. Seine emotionale Bindung zu den Eltern war sehr schwach. Der Vater ist Alkoholiker und ein äußerst geschäftiger Händler, der verkauft, was gerade zu erkaufen ist. Die Mutter kümmert sich um die Familie und hilft auch dem Vater bei seinen Geschäften. Die große Schwester studiert erfolgreich Astronomie an einer Universität. Im Gegensatz zum Bruder hat sie viel bessere Kontakte zu anderen Leuten. Er sitzt öfters alleine in seinem Zimmer und hört Musik, manchmal besucht er auch Rockkonzerte. Schüchtern, launisch und meist gehemmt unterdrückt er seine aggressiven Gefühle: „Wut, Aggression... mag ich nicht zeigen. Erst wenn es gar nicht mehr geht, explodiere ich.“ Gelegentlich raucht er Marihuana, liebt es, Autoritäten Widerstand zu leisten, und sieht sich als Anarchist. Er glaube aber an Gott, „weil dieser zur Vergebung der Sünden bereit ist.“ In den schwierigen Stunden vor seinem Suizidversuch bekam er keine soziale Unterstützung, hatte sie aber auch kaum gesucht, weil er alles alleine erleben wollte. Nach der Tat fühlte er sich viel besser und hatte auch keine Suizidgedanken mehr.

Seine romantische Phantasie, die Identifikation mit dem romantischen Helden hat sich manchmal mit dem realen Leben vermischt. Manchmal wirkte sie als eine einfache Flucht vor den realen Problemen, als Abwehrmechanismus um die vielen Lebensschwierigkeiten (Partnerschaft- und Familienkonflikte, Alkoholismus des Vaters) aushalten zu können. Was er aus seiner Suizidhandlung gewinnen konnte, war die Freude über das Überleben und über eine gelungene theatralische Inszenierung mit einem romantischen Hintergrund, ohne das Bewusstsein, dass der Versuch schlimmer hätte enden können.

d) Beispiel einer Jugendlichen mit Suizidgedanken

Eine 18-jährige Jugendliche besuchte die letzte Abiturklasse. Drei Monate lang nach der Trennung von ihrem Freund fühlte sie sich niedergeschlagen. Ihre Beziehung hatte zwei Jahre gedauert, ihr Freund war ihre erste Liebe und ihr ganzes Glück gewesen. Fast jeden Tag, nachdem sie aus der Schule kam, weinte sie, wollte am liebsten nicht mehr leben oder einfach weit weg von der Stadt sein. Sie fühlte sich abgewiesen,

ausgenutzt und verlassen. Ihr Vertrauen und der ganze Wert des Lebens brach zusammen. Sie wollte nicht mehr in die Schule gehen, sondern nur verschwinden. Sie wurde des Lebens und der Welt überdrüssig.

Zwei Monate lang hatte sie Suizidgedanken: „Es gibt keinen Sinn weiterzuleben... warum bin ich da? ...wer braucht mich noch? ...wer will mir zuhören?“ – fragte sie sich jeden Tag und keiner war da. Die ganze Situation verstärkte sich noch durch ihre konfliktreiche Beziehung zu ihrem Vater. Der Vater hatte Alkoholprobleme und begann oft zu streiten. Weil sie kein ruhiger Typ war, regte sie sich jedes Mal sehr auf und konnte sich kaum beruhigen. Anstatt einer liebe- und verständnisvollen Familie hatte sie nur Konflikte und Ärger zu Hause. Die Mutter gab ihr Schutz, kam aber immer erst spät von ihrer Arbeit heim. Die kleine Schwester war noch zu klein, um ihre Probleme zu verstehen. Unterstützung von außen hatte sie kaum bekommen. Am meisten unterstützte sie noch ihre Lehrerin. Nun hat sie den Kontakt zu ihren Schulfreunden wieder aufgebaut und fühlte sich akzeptiert. Ihr Selbstwertgefühl ist nach und nach gewachsen. Mit der Zeit fand sie wieder Hoffnung und Lust am Leben.

Die Enttäuschung junger Menschen nach einem Liebesverlust ist selbstverständlich groß, wenn man zugrunde legt, dass für viele Menschen in den Worten „Ich liebe Dich“ das ganze Selbst hingelegt wird. Wenn die Liebe abgewiesen wird, impliziert das gleichzeitig, dass man als Person ebenfalls keinen Wert mehr hat. Das ganze Dasein, alles, was es beinhaltet, ist in diesen Worten enthalten. Wenn der Liebende nicht mehr geliebt wird, sieht er oft keinen Sinn mehr darin weiterzuleben. Was unterscheidet die vielen Menschen, die nach dem Liebesverlust trotz der harten Realität und des emotionalen Schocks die Energie zum Leben wiederfinden, von denen, die ihr Schicksal so tief erleben, dass sie nicht mehr leben wollen? Diese theoretische Frage erfordert eine psychologische Erklärung. Es geht um die Erklärung der Mechanismen des Selbst zur Bewältigung der Angst nach Liebesverlust oder Misserfolg und darum wie sich die Personen der suizidalen Gruppe in Bezug auf Selbststeuerungsprozesse von den Personen der übrigen drei Gruppen unterscheiden.

II MITTELWERTVERGLEICHE ZWISCHEN DEN VIER GRUPPEN

In der Testuntersuchung und dem klinischen Interview sollten die verschiedenen, persönlichkeitspezifischen und einige situationelle Bedingungen untersucht werden, die auf die Suizidalität Einfluss haben könnten. Es werden Persönlichkeitskomponenten (Persönlichkeitsstile, Persönlichkeitsdimensionen) und Selbststeuerungsfunktionen in den vier Gruppen untersucht und verglichen. Die Frage ist, welche Persönlichkeitsstile und Selbststeuerungsfunktionen bei suizidalen Probanden besonders stark ausgeprägt sind? Wie unterscheiden sich die suizidalen Personen in diesen Persönlichkeitskomponenten von den anderen Probanden? Einige klinische Untersuchungen belegen (Poustka 1985, Remschmidt und Schmidt 1985), dass das Suizidrisiko bei jungen Menschen mit einem ausgeprägten antisozialen und depressiven Persönlichkeitsstil verbunden ist. Es ist aber auch möglich, dass es andere Persönlichkeitsstile gibt, die das Suizidrisiko erhöhen. Es ist bei diesem Thema wichtig, nicht nur einzelne Persönlichkeitsmerkmale zu untersuchen, sondern entsprechend der PSI-Theorie eine umfassende, innere willentliche Dynamik der Suizidhandlungen zu erfassen. Zur Erforschung der Suizidalität werden Suizidskalen, Suizidrisikoindikatoren und Depressionsdimensionen in allen vier Gruppen untersucht. Es geht um die Frage, wie weit sich die suizidalen Personen im Bezug auf die Suizidindikatoren von den anderen Probanden unterscheiden.

1. Methode

1.1 Die Versuchspersonen

Es wurden vier Gruppen untersucht. Alter, Geschlecht und Schulbildung der Kontrollgruppe wurden möglichst gut den anderen drei Gruppen angepasst, um den Einfluss dieser Variablen so gut wie möglich kontrollieren zu können.

- a) **Die Kontrollgruppe** besteht aus 30 gesunden jungen Personen (9 Männer und 21 Frauen) zwischen 14 und 23 Jahren (Altersdurchschnitt 18,3 Jahre). Von den männlichen Probanden waren 6 in der Abiturklasse (einer befand sich schon in einer Ausbildung), 2 besuchten die Berufsschule und einer studierte bereits. Von den weiblichen Probanden besuchten 2 die Berufsschule, 3 waren

auf dem Gymnasium, 14 waren in der Abiturklasse und 2 studierten (siehe Tab.2.1, 2.2, 2.3 s.19-20).

- b) Die Gruppe mit Suizidgedanken** bestand ebenso aus 30 Personen (9 Männer und 21 Frauen zwischen 14 und 23 Jahren (Altersdurchschnitt 18,0 Jahre). Diese Probanden gaben in einer Umfrage, die zu einem Interview gehörte und mit diesen zwei Gruppen durchgeführt wurde an, dass sie Suizidgedanken haben. Die Suizidgedanken wurden als verbale und nichtverbale Anzeichen, die direkt oder indirekt anzeigen, dass jemand sich mit Suizidideen beschäftigt, definiert (Beck 1973). In dieser Umfrage sollten sie auf einer Skala von 1 bis 5 die Zustimmung folgender Feststellung ankreuzen: 1) „Die Gedanken über Selbstmord beschäftigen mich öfters.“ Die Alternative dazu war die Feststellung: 2) „Niemals, auch nicht kurzfristig habe ich darüber nachgedacht.“ Skala: (stimmt) 1.....2.....3.....4.....5 (stimmt nicht) Alle Personen der Kontrollgruppe kreuzten in dieser Skala eine 1 an, und die Personen aus der Gruppe mit Suizidgedanken haben entweder eine 4 oder eine 5 auf der Skala ausgewählt. Diese Ergebnisse wurden später in einem Interview bestätigt.

Die Schulbildung dieser Probanden wurde ebenso in der Tabelle 2.2 (s.20) erfasst. Von den männlichen Probanden: besuchten 6 die Abiturklasse, 1 besuchte die Berufsschule, 1 war auf dem Gymnasium und 1 studierte. Von den Frauen waren 2 auf der Berufsschule, eine studierte, 4 waren auf dem Gymnasium und 14 in der Abiturklasse.

- c) Die Gruppe nach dem Parasuizid** bestand ebenfalls aus 30 Personen, d.h. 9 Männer und 21 Frauen zwischen 14 und 23 Jahre (Altersdurchschnitt 18,5 Jahre). In einem Parasuizid wird keine bewusste Suizidabsicht festgestellt. Diese Probanden wurden in der Klinik nach dem Kriterium der bewussten Motivation als Absicht zur Selbsttötung diagnostiziert. Diese Personen sind sich bei einem Suizidversuch „auch in der Hitze des Moments bewusst, dass sie das Einnehmen eines Mittels in Überdosis überleben werden, so dass das, was sie versuchen eigentlich nicht Selbstmord genannt werden kann“ (Kessel 1965 zitiert nach Poustka 1985).

Die Schulbildung der männlichen Patienten: 4 besuchten die Berufsschule, 3

waren in der Abiturklasse, eine auf dem Gymnasium und eine studierte. Von den weiblichen Patientinnen waren 4 in der Berufsschule, 11 in der Abiturklasse, 4 im Gymnasium und 2 studierten (Tab.2.2, S. 20)

- d) Die Gruppe nach einem ernsthaften Suizidversuch** bestand aus 26 Personen (5 männlichen und 21 weiblichen) zwischen 14 und 23 Jahren (Altersdurchschnitt 18,8 Jahre). Bei den Probanden war nach dem ernsthaften Suizidversuch die bewusste Motivation als Absicht zur Selbsttötung vorhanden. Nach Stengel (1975) „...ein Selbstmord begeht der Mensch, der die Absicht hat sein Leben zu beenden, oder der impulsiv handelt und sich selbst tötet, nachdem er vorher die beste Methode ausgewählt und sich vergewissert hat, dass ihn keiner dabei behindern könnte“. Die Suizidabsicht wird durch eine hohe Intensität der autoaggressiven Komponente verstärkt.

Von dem männlichen Patienten besuchten 2 die Berufsschule, 2 waren in der Abiturklasse und einer studierte. Von den 21 Patientinnen waren 6 in der Berufsschule, 10 in der Abiturklasse, 2 im Gymnasium und 2 studierten (siehe Tab.2.2, S. 20).

Die parasuizidale und die suizidale Gruppe wurden in einer Klinik für innere Medizin, einer Klinik für Arbeitsmedizin oder einer Klinik für Pädiatrie untersucht. Die Patienten hatten eine Entgiftungsmaßnahme an der Entgiftungsstation ihrer Klinik hinter sich. Alle wurden zwei oder drei Tage nach ihrem Suizidversuch untersucht. Ihre ärztliche, internistische Diagnose war „*Intoxicatio medicamenta suicidalis*“. Die psychiatrische Diagnose hat bei den Probanden der beiden klinischen Gruppen andere mögliche psychiatrische Störungen (wie Psychosen, Depressionen, Persönlichkeitsstörungen u.a.) ausgeschlossen. Die Diagnose bei den Personen nach dem ernsthaften Suizidversuch sowie bei den Personen nach dem Parasuizid, lautete in fast allen Fällen: „*Anpassungsreaktion*“ bzw. „*Situative Reaktion*“ (nach der polnischen Version des statistischen Manual ICD-10).

1.2 Untersuchungsdesign

Der vierstufige Faktor „Gruppe“ wurde mit den Skalen der Persönlichkeitsfragebögen (als abhängige Variablen) analysiert. Weiterhin

wurden die Mehrfachvergleiche (post hoc) zwischen den Mittelwerten der Gruppen in Bezug auf jede unabhängige Variable durchgeführt und die Kontraste ermittelt.

Die gesamte Untersuchung dauerte 2 bis 3 Stunden und wurde in folgender Weise durchgeführt (anschließend folgte das klinische Experiment: siehe Kap.3). Die Fragebögen 3, 6 und 7 (siehe Anhang) verlangten eine kulturelle (polnische) Adaptation.

1. Klinisches Interview
2. Beck-Depressions-Inventar (BDI, Beck 1974)
3. Reasons for Living Inventory (RFL-I, Linehen, Goodstein, Nielsen & Chiles 1983)
4. Rorschachtest (Rorschach 1921, Silberg & Armstrong 1992)
5. Five-Factor-Modell (Neo-FFI, Costa & McCrae 1992)
6. Persönlichkeits-Stil und –Störungsinventar (PSSI, Kuhl 1997)
7. Selbststeuerungsinventar (SSI, Kuhl 1998)

1.3 Die abhängigen Maße.

Zu Beginn der Untersuchung wurde ein nichtstandardisiertes Interview durchgeführt. Gesundheitszustand, soziale Lage, Schulbildung, sozialen Kontakte u.a. wurden in den Häufigkeitstabellen in Prozentwerten dargestellt. Nach dem Interview wurden die Testmethoden angewendet. Die abhängige Variable in dieser Untersuchung sind:

- a) die Suizidkomponenten
 - die Subskalen des RVL-I
 - die Subskalen des Rorschach-Suizidindex für Adoleszente
- b) die Depressionskomponenten
 - die Subskalen des BDI
- c) die Persönlichkeitskomponenten
 - die Subskalen des PSSI-K
 - die Subskalen des SSI-K
 - die Subskalen des NEO-FFI

1.4 Instruktion und Versuchsdurchführung.

Das Interview. Die Jugendlichen aus der Kontrollgruppe und der Gruppe mit Suizidgedanken, die in der Schule untersucht worden sind, wurden genauso wie die Klinikpatienten aus der parasuizidalen und der suizidalen Gruppe nach einem Musterinterview nach ihrer Lebensgeschichte befragt (siehe Anhang der Arbeit). In dem Interview befanden sich Fragen nach Suizidgedanken. Auf Grund der Antworten auf diese Fragen wurden die Schüler weiterhin in eine Gruppe mit Suizidgedanken und eine ohne Suizidgedanken aufgeteilt.

Bei den Patienten aus der Klinik, nach dem Parasuizid und dem ernsthaften Suizid fragte der Psychologe zusätzlich nach dem Gesundheitszustand mit der Standardfrage: „Wie kam es dazu, dass du in die Klinik gekommen bist“? Der Patient erzählte seine Suizidgeschichte und versuchte, auch den Hintergrund seines Suizidversuchs näher zu beschreiben. Auf Grund dieses Interviews wurden biographische Aussagen von einigen Probanden rekonstruiert und in dem biographischen Teil am Anfang des experimentalen Teils der Arbeit dargestellt.

Die klinischen Fragebögen. Nach dem Interview wurden die klinischen Kurzfragebögen der BDI-Test und der RFL-I von den Probanden ausgefüllt. Die Instruktion befindet sich auf dem Testfragebogen im Anhang dieser Arbeit.

Der projektive Rorschachtest. Die Instruktion für dem Rorschachtest lautete: „Ich zeige dir zehn Tafeln, auf jeder Tafel ist ein Tintenkleck und du sagst mir bitte nun, was es deiner Meinung nach sein könnte oder woran es dich erinnert.“ Der Proband soll von dem Psychologen dazu gebracht werden, sich möglichst ungezwungen zu fühlen. Es muss ihm aber klar sein, dass von ihm bestimmte Aufgaben verlangt werden. Einem erfahrenen Kliniker sollte es gelingen, eine entspannte aber durchaus kontrollierte Atmosphäre herzustellen.

Der Proband hat in der eigentlichen Testphase die Möglichkeit, spontan ohne Druck oder Anleitung seitens des Untersuchers auf die Tafeln zu antworten. Die Antworten wurden nach Möglichkeit wortwörtlich notiert. Gleichzeitig führt man (und notiert) unbemerkt für den Probanden drei Arten von Zeitmessungen durch (nach Klopfer 1967).

1. Die Reaktionszeit - die Zeit zwischen der Darbietung der Tafel und der ersten Antwort des Probanden.
2. Die gesamte Antwortzeit – die Zeitdauer, die für die eigentliche Testphase erforderlich ist (von Beginn bis zum Abschluss der eigentlichen Testphase).
3. Die Antwortzahl pro Tafel ist wichtig, wenn ungewöhnliche Verzögerungen eintreten und wird durch die Anzahl der Tafelantworten dividiert.

Für die Nachbefragung gibt es folgende Bedingungen:

- a) Der Proband darf nicht wissen, welche Art der Information der Untersucher mit seinen Fragen erhalten möchte.
- b) Der Proband darf nicht das Gefühl haben, dass seine Deutungen in Frage gestellt werden.

Der Untersucher erklärt: „Du hast ihre Antworten gegeben. Ich will nun gerne wissen, was dich an diesem Klecks auf den Gedanken brachte, hier einen ...(z.B. Schmetterling) zu sehen“ oder „...was auf der Tafel erinnert dich an einen...(z.B. Schmetterling)?“

Die spezifischen Techniken betreffen die Befragung nach der Lokalisation, der Determinante und nach dem Antwortinhalt. Soweit es möglich war, sind die Worte des Probanden genau festgehalten und auf der rechten Seite des Protokolls neben die erläuterte Antwort, geschrieben worden. Die eigentliche Testphase variierte bei den Probanden sehr stark und dauerte ca. 15 bis 30 Minuten und ebenso war die gesamte Zeit für die Nachbefragung unterschiedlich. Die Nachbefragung dauerte ca. 20 bis 40 Minuten.

Die Persönlichkeitsfragebögen. Als nächste Testmethoden wurden die Persönlichkeitsfragebögen angewendet. Zuerst das Persönlichkeits- Stil- und Störungsinventar, anschließend das Selbststeuerungsinventar und schließlich das Fünf-Faktoren-Modell. Die Instruktionen zu diesen Testmethoden befinden sich auf jedem Testfragebogen und sind im Anhang dieser Arbeit vorhanden. (Nach der Testuntersuchung gab es eine kurze Pause und zuletzt folgte noch das klinische Experiment - siehe Kap. II.10).

2. Demographischer Vergleich der vier Forschungsgruppen, Interview

Die Untersuchung einer Klinischen Gruppe beinhaltet meistens ein genaues und ausführliches Interview oder ein strukturiertes Gespräch. Das Interview zeigt nicht nur ein demographisches Abbild der Versuchspersonen, sondern auch viele wichtige Informationen über die Lebensgeschichte der Probanden, deren Gesundheitszustand, Familie, Bildung und soziale Kontakte. In einem Interview, in dem der Kontakt zwischen dem Psychologen und den Jugendlichen gut aufgenommen wird, gibt man den Probanden die Möglichkeit, sich besser auszusprechen, und damit die Frage nach den Gründen ihres Verhaltens empirisch deutlicher zu präzisieren. Mit der Interviewanalyse kann man versuchen, die Frage nach der Lebensart und ihren Problemen so genau wie möglich zu beschreiben. Diese können später mittels verschiedener Forschungsmethoden empirisch überprüft werden.

Im folgenden wird eine tabellarische Zusammenfassung dieser Stichprobe dargestellt.

Tabelle 2.1 Alter der Versuchspersonen der vier Forschungsgruppen (Häufigkeitsverteilung und Prozentpunkte).

Alter (Jahre)	Kontrollgruppe N = 30	Suizidgedanken N = 30	Parasuizid N =30	Suizid N = 26
14 –17	3 (10%)	5 (16%)	14 (46%)	9 (35%)
18 –20	21 (70%)	23 (77%)	8 (27%)	5 (19%)
21 –24	6 (20%)	2 (7%)	8 (27%)	12 (46%)

Durch den Vergleich des Alters aller vier Gruppen kann man feststellen, dass die Gruppe mit Suizidgedanken und die Kontrollgruppe eine ähnliche Verteilungsstruktur aufweisen. In der mittleren Adoleszenz (zwischen 18 und 20 Jahre) treten die Suizidgedanken am häufigsten auf.

Die parasuizidale Gruppe besteht aus durchschnittlich jüngeren Probanden (zwischen 14 und 17 Jahre). Fast die Hälfte der Probanden hatte in der früheren Adoleszenz einen parasuizidalen Versuch hinter sich.

Die Jugendlichen, die einen ernsthaften Suizidversuch hinter sich haben, sind meistens älter. Fast die Hälfte von den Probanden hatte einen Suizidversuch im Alter zwischen

21 und 24 Jahre (spätere Adoleszenz), aber auch in der früheren Adoleszenz (14 bis 17 Jahre) treten die ernstesten Suizidversuche deutlich häufiger auf als in der mittleren Adoleszenz (zwischen 18 und 20 Jahre).

Tabelle 2.2 Die Schulbildung (besuchte oder abgeschlossene Schule) der Probanden in den vier Gruppen.

Bildung	Kontrollgruppe			Suizidgedanken			Parasuizid			Suizid		
	GESAMT	M	F	GESAMT	M	F	GESAMT	M	F	GESAMT	M	F
Berufsschule	4 (14%)	2	2	3 (10%)	1	2	8 (27%)	4	4	8 (32%)	2	6
Abiturschule	19 (62%)	6	14	20 (66%)	6	14	15 (50%)	3	11	12 (46%)	2	10
Gymnasium	4 (14%)	1	3	5 (17%)	1	4	4 (13%)	1	4	3 (11%)	0	2
Studium	3 (10%)	1	2	2 (7%)	1	1	3 (10%)	1	2	3 (11%)	1	2

Der Vergleich der Schulbildung zeigte bei allen vier Gruppen fast die gleiche Verteilung der Ergebnisse. Die meisten Jugendlichen sowohl in der Kontrollgruppe und in der Gruppe mit Suizidgedanken als auch in der parasuizidalen und in der suizidalen Gruppe besuchten die Abiturklasse oder waren kurz nach dem Abitur. Die zweithäufigste Schulform war die Berufsschule. Der Zahl der Studenten war in allen vier Gruppen am niedrigsten.

Tabelle 2.3 Geschlecht der Versuchspersonen in allen vier Gruppen.

Geschlecht	Kontrollgruppe	Suizidgedanken	Parasuizid	Suizid
Männlich	9 (30%)	9 (30%)	7 (24%)	5 (19%)
weiblich	21 (70%)	21 (70%)	23 (76%)	21 (81%)

Der Vergleich der Geschlechter zeigte, dass mehr als doppelt so viele Mädchen wie Jungen Suizidgedanken hatten. Dreimal so viele Mädchen hatten einen parasuizidalen Versuch hinter sich und viermal so viele einen ernstesten Suizidversuch.

Tabelle 2.4 Anzahl der Suizidkrisen mit Suizidversuchen bei den Versuchspersonen der vier Gruppen.

Suizidkrise	Kontrollgruppe	Suizidgedanken	Parasuizid	Suizid
1 Suizidversuch	0	0	30 (100%)	15 (62%)
2 bis 3	0	0	0	9 (53%)
Mehr als 3	0	0	0	2 (8%)

Im Gegensatz zu den ernsthaften Suizidversuchen fanden die parasuizidalen Versuche nur einmal in ihrer Lebensgeschichte statt (Tab.2.4).

Von den Jugendlichen nach ernsthaftem Suizidversuch hatte fast die Hälfte schon früher einmal einen Selbstmordversuch begangen. Diese Probanden hatten schon zwei, drei oder vier ernsthafte Suizidversuche hinter sich und gehörten deshalb direkt zu der höchsten Risikogruppe.

Die Dauer der Suizidgedanken (Tab.2.5) ist sowohl bei der suizidalen Gruppe, als auch bei der Gruppe mit Suizidgedanken sehr hoch. Mehr als die Hälfte der Probanden beider Gruppen durchlebte die Suizidgedanken länger als 3 Monate. Die kurzfristigen Suizidgedanken hatten bei den Gruppen eine Zeitdauer von einer Woche. Jede vierte Person mit Suizidgedanken ohne Suizidversuch durchlebte diese eine Woche lang. Jede sechste Person hat sich mit ihren Suizidgedanken einen Monat lang beschäftigt. Jede zweite Person hatte die Suizidgedanken länger als drei Monate bis ein Jahr lang durchlebt.

Im Gegensatz dazu hatten die suizidalen Probanden ihre Suizidphantasien über einen längeren Zeitraum hinweg. Jede dritte Person hatte ihre Suizidgedanken kurzfristig, bis zu einem Monat lang durchlebt. Zwei Drittel der Gruppe hatten langfristige Suizidgedanken (3 Monate bis 3 Jahre) erlebt. Länger als drei Monate lang hatten 16 von 26 Personen Suizidgedanken.

In der parasuizidalen Gruppe fiel die Dauer der Gedanken etwas kurzfristiger aus. Zwei Drittel der Gruppe durchlebten ihre Suizidgedanken zwischen einem Tag bis zu einem Monat lang. Jede zweite aus dieser Personengruppe gab an, nur kurzfristig (2 – 3 Stunden) bis maximal einen Tag lang darüber nachgedacht zu haben. Nur jede dritte Person der parasuizidalen Gruppe hatte ihre Gedanken mehr als drei Monate lang.

Die Häufigkeit der Suizidgedanken (Tab.2.5) zeigt deutliche Unterschiede in allen drei klinischen Gruppen. Jede dritte Person der Gruppe ohne Suizidversuch durchlebte die Suizidgedanken nur einmal täglich. Der Rest der Probanden durchlebte die Suizidgedanken noch seltener, nur ein- bis zweimal pro Woche.

Tabelle 2.5 Dauer und Häufigkeit der Suizidgedanken bei Personen in allen vier Gruppen.

Dauer der Suizidgedanken	Kontrollgruppe	Suizidgedanken	Parasuizid	Suizid
1 Tag	0	0	10 (33 %)	0
1 Woche	0	8 (27 %)	7 (24 %)	4 (15 %)
Monat	0	5 (17%)	3 (10 %)	6 (23%)
3 Monate	0	6 (20%)	4 (13 %)	7 (27 %)
1 Jahr	0	10 (33 %)	5 (17 %)	4 (15 %)
Mehr als 1 Jahr	0	1 (3 %)	1 (3 %)	5 (19 %)
Häufigkeit der Suizidgedanken				
1 x pro Woche	0	7 (24 %)	4 (13 %)	0
2 x pro Woche	0	12 (40 %)	2 (6 %)	2 (8 %)
1 x am Tag	0	11 (36 %)	24 (81 %)	5 (19 %)
2 x am Tag	0	0	0	5 (19 %)
3 x am Tag	0	0	0	6 (23 %)
> 3 x am Tag	0	0	0	8 (31 %)

In der parasuizidalen Gruppe hatte jede fünfte Person ihre Suizidgedanken seltener (ein- oder zweimal wöchentlich). Der Rest der Probanden durchlebte Suizidgedanken einmal am Tag. Bei der suizidalen Gruppe lag die Häufigkeit der Suizidgedanken viel höher. Nur jede vierte Person hatte ihre Suizidgedanken höchstens einmal täglich. Fast drei Viertel hatten ihre Suizidgedanken mehr als einmal täglich. Jede dritte Person der suizidalen Gruppe hatte ständig ihre Suizidgedanken (mehr als dreimal täglich).

Tabelle 2.6 Zeitraum der Suizidabsicht der Versuchspersonen und seine direkten Folgen (Lebensgefahr)

Suizidabsicht	Kontrollgruppe	Suizidgedanken	Parasuizid	Suizid
> als 1 Woche	0	0	6 (20%)	12 (42%)
> als 1 Tag	0	2 (6%)	24 (70%)	14 (58%)
wollte sterben	0	0	0	26 (100%)
wollte überleben	0	0	30 (100%)	(2 – 8%)
rief um Hilfe	0	0	16 (35%)	0

Die Suizidabsicht (Tab.2.6) kommt bei der Gruppe mit Suizidgedanken sehr selten vor. Nur zwei Personen planten einen Suizidversuch, den sie aber doch nicht in die Tat umsetzten.

Die parasuizidalen Personen planten ihren Suizidversuch kurzfristig. Jede fünfte Person plante ihren Suizidversuch länger als eine Woche im voraus. Der Rest der Probanden entschied sich, einen Suizidversuch noch am selben Tag durchzuführen. Alle Personen der parasuizidalen Gruppe planten ihre Rettung gleich mit. Die Hälfte rief sicherheitshalber selbst um Hilfe, um noch gerettet werden zu können.

Bei den ernsthaften Suizidversuchen hat die Hälfte der Jugendlichen ihren Tod langfristig (länger als eine Woche im voraus) geplant. Der zweite Teil hatte den Tod eher kurzfristig (bis zu einem Tag im voraus) geplant, aber mit der Absicht nicht mehr gerettet werden zu können. In zwei Fällen ließen die Probanden die Möglichkeit ihrer Rettung offen. Es war ihnen egal, ob sie sterben oder gerettet werden, d.h. sie spielten einfach nur mit ihrem Schicksal.

Tabelle 2.7 Familienstand, Frühkindliche Entwicklung in der Familie und Familienkrankheiten bei den Versuchspersonen in allen vier Gruppen..

Familienstand	Kontrollgruppe	Suizidgedanken	Parasuizid	Suizid
Komplette Fam.	25 (83%)	16 (54%)	21 (70%)	14 (58%)
1 Elternteil fehlt	5 (17%)	13 (43%)	8 (27%)	12 (42%)
Eltern fehlen	0	1 (3%)	1 (3%)	0
Tod der Eltern	1 (3%)	2 (6%)	2 (6%)	6 (23%)
Entwicklung bis 6 J.				
Komplette Fam.	27 (90%)	19 (64%)	23 (76%)	18 (69%)
1 Elternteil fehlt	3 (10%)	10 (33%)	6 (20%)	7 (28%)
Eltern fehlen	0	1 (3%)	1 (3%)	1 (3%)
Elternkonflikte	7 (23%)	17 (57%)	14 (46%)	18 (69%)
Familienkrankheiten				
Alkoholismus	7 (23%)	9 (30%)	8 (28%)	9 (35%)
Suizidversuche	0	0	1 (3%)	6 (23%)
Psychosen	1 (3%)	0	0	2 (8%)
Andere	2 (6%)	2 (6%)	2 (6%)	1 (3%)

In der Kontrollgruppe war die Familie meistens intakt (Tab.2.7). In der früheren Kindheit waren beide Eltern fast immer zu Hause gewesen. Jede vierte Person kann sich an Streit zwischen ihren Eltern früher erinnern. In jeder vierten Familie gab es alkoholranke Eltern (meistens Väter) und in einer Familie einen psychisch kranken Elternteil.

Nur die Hälfte der Personen mit Suizidgedanken hat eine komplette Familie. Beide Eltern hatten nur zwei Drittel dieser Gruppe in der früheren Kindheit zu Hause. Fast alle Personen dieser Gruppe können sich an zahlreiche Auseinandersetzungen zwischen den Eltern erinnern. In jeder dritten Familie gab es Alkoholismus.

Die Familien der parasuizidalen Probanden waren bei jeder dritten Person vollständig. In der Kindheit fehlte bei jeder vierten Person ein Elternteil zu Hause länger als sechs Monate lang. Die Hälfte der parasuizidalen Gruppe erinnerte sich an Streit zwischen den Eltern in ihrer früheren Kindheit. Bei jeder vierten Familie gibt es Alkoholismus und bei einer sogar einen tödlichen Suizidversuch.

Die Familien in der suizidalen Gruppe waren bei der Hälfte der Probanden nicht vollständig. In jeder vierten Familie war ein Elternteil verstorben. In der Kindheit fehlte bei jeder dritten Person ein Elternteil zu Hause. Eine Person hatte keine Eltern mehr. Alle Probanden dieser Gruppe können sich an zahlreiche Auseinandersetzungen zwischen den Eltern in ihrer Kindheit erinnern. Bei jeder dritten Familie gibt es Alkoholismus und bei zwei Familien psychische Krankheiten. Jede vierte Versuchsperson dieser Gruppe erlebte in ihrer eigenen Familie oder in der näheren Verwandtschaft einen tödlichen Suizidversuch.

Tabelle 2.8 Der dominante Konfliktcharakter der Probanden mit ihren Eltern in der vier Gruppen.

Konflikt mit den Eltern	Kontrollgruppe	Suizidgedanken	Parasuizid	Suizid
Zu wenig Freiheit	1 (3%)	0	6 (17%)	2 (6%)
Zu hohe Ansprüche	1 (3%)	0	1 (3%)	5 (19%)
Zu wenig Liebe	0	14 (46 %)	15 (50%)	2 (6%)
Zu viel Kontrolle	1 (3%)	1 (3%)	1 (3%)	12 (46%)

Die jungen Leute aus der Kontrollgruppe finden ihre Eltern liebevoll, nicht zu anspruchsvoll und auch nicht streng, wenn es um die Kontrolle und die Freiheitsbeschränkungen ihrer Kinder geht (Tab.2.8).

Die Hälfte von den Probanden sowohl aus der Gruppe mit Suizidgedanken als auch aus der parasuizidalen und suizidalen Gruppe findet, dass sie zu wenig Liebe von den Eltern bekommen haben. Jede fünfte Person in der parasuizidalen Gruppe findet, dass die Eltern ihr zu wenig Freiheit geben. In der suizidalen Gruppe findet jeder fünfte, dass seine Eltern zu hohe Ansprüche haben, die sie als Kinder keineswegs erfüllen konnten.

Tabelle 2.9 Krankheitsprobleme, Drogen- und Alkoholmissbrauch sowie Psychotherapieaufnahme der Probanden in allen vier Gruppen.

Gesundheitliche Probleme	Kontrollgruppe	Suizidgedanken	Parasuizid	Suizid
Psychische	0	0	2 (6%)	5 (19%)
Internistische	5 (17%)	6 (20%)	4 (13%)	6 (23%)
Chirurgische	0	0	2 (6%)	1 (3%)
Alkohol	0	0	1 (3%)	2 (7%)
weiche Drogen	0	0	4 (13%)	2 (7%)
Harte Drogen	0	0	0	3 (11%)
Psychotherapie	4 (13%)	2 (6%)	4 (13%)	2 (7%)

Der Gesundheitszustand der Probanden in allen vier Gruppen ist allgemein gut (Tab.2.9). Nur jede fünfte Person in der Gruppe mit Suizidgedanken und jede sechste in der Kontrollgruppe hatte in der Vergangenheit internistische Probleme. Außerdem trinken nur wenige Jugendliche gelegentlich in größeren Mengen Alkohol und noch weniger hatten mit „weichen“ Drogen wie Haschisch oder Marihuana zu tun.

In der parasuizidalen Gruppe ist die Gesundheitssituation sehr ähnlich, mit dem Unterschied, dass zwei Personen schon eine Familientherapie hinter sich hatten (aufgrund des Alkoholismus der Eltern). Der Suizidversuch in dieser Gruppe hatte keinen gesundheitlichen, sondern einen situativen Hintergrund.

In der suizidalen Gruppe hatte jede vierte Person internistische oder chirurgische Probleme und jede fünfte Person hatte schon eine psychische Behandlung hinter sich.

Drei Versuchspersonen wurden in ihrer Vergangenheit wegen Drogenmissbrauch (Heroin), und zwei in ihrer Kindheit wegen Verhaltenstörungen behandelt. Nach ihrem Suizidversuch wurde aber keine klinische (psychiatrische) Diagnose gestellt. Außer Drogenmissbrauch bei drei Patienten wurde bei allen anderen als ärztliche Diagnose nur die „*situative*“ bzw. „*Adaptive Reaktion*“ ohne psychische Störungen gestellt.

Tabelle 2.10 Verschiedene Schulprobleme der Probanden in allen vier Gruppen

Schulprobleme	Kontrollgruppe	Suizidgedanken	Parasuizid	Suizid
Schulwechsel	1 (3%)	2 (6%)	2 (6%)	3 (12%)
Klassenwechsel	0	1 (3%)	0	1 (3%)
Klassenwiderhol.	1 (3%)	0	2 (6%)	6 (23%)
Schulschwänzen	0	2 (6%)	6 (20%)	9 (34%)
Lernprobleme	0	3 (10%)	6 (20%)	5 (19%)

Die Schule war für die Kontrollgruppe fast unproblematisch (Tab2.10). Klassenwechsel, Schulschwänzen, aktuelle Lernschwierigkeiten traten in der Gruppe (fast) nicht auf. Nur eine Person musste ein Schuljahr wiederholen und eine hat die Schule einmal gewechselt.

Ebenso unproblematisch war es bei der Gruppe mit Suizidgedanken. Zwei Personen wechselten ihre Schule, eine wechselte die Klasse, und zwei schwänzten mehrmals den Unterricht. Drei Personen hatten ausgeprägte Lernschwierigkeiten.

In der parasuizidalen Gruppe wechselten zwei Personen die Schule und zwei wiederholten das Schuljahr, aber jede fünfte war mehrmals aus der Schule weggelaufen, genauso viele hatten ausgeprägte Lernprobleme.

Bei den suizidalen Probanden sieht die Schulsituation ganz anders aus. Zwar mussten nur drei Personen die Schule wechseln und eine die Schulklasse, aber fast jede vierte Person musste schon eine Klasse wiederholen und jede dritte hat mehrmals die Schule geschwänzt. Aktuelle Lernschwierigkeiten zeigte jede fünfte Person aus der Gruppe der Suizidalen.

Das Selbstbild der Kontrollgruppe ist im Allgemeinen sehr positiv (Tab2.11). Jede vierte Person sagte, dass sie ihre aggressiven Gefühle unterdrückt, und jede dritte Person gab an, dass sie ihre aggressiven Gefühle zu stark nach außen trage. Jede fünfte Person empfindet ein niedriges Selbstwertgefühl, und jede sechste fühlt sich einsam.

Die Personen der übrigen drei Gruppen hatten Schwierigkeiten, mit ihrer eigenen Aggressivität umzugehen. Aus der Gruppe ohne Suizidversuche externalisierte jede Dritte Person ihre aggressiven Gefühle zu stark nach außen statt sie unter Kontrolle zu halten, zwei Drittel unterdrückten ihre Aggression, anstatt sie zu äußern.

Tabelle 2.11 Einige Selbstbildeigenschaften: Umgang mit eigener Aggression, Selbstwertgefühl und Einsamkeitsgefühl der Probanden aller vier Gruppen.

Selbstbild	Kontrollgruppe	Suizidgedanken	Parasuizid	Suizid
Aggressions-Hemmung	7 (23%)	20 (67%)	23 (77%)	18 (68%)
aggressives Verhalten	10 (30%)	10 (33%)	7 (23%)	8 (32%)
niedriges Selbstwertgefühl	6 (20%)	23 (77%)	25 (83%)	19 (73%)
Einsamkeit	5 (17%)	22 (74%)	19 (63%)	19 (73%)

Dieselbe Situation gibt es bei der suizidalen Gruppe. Zwei Drittel der Probanden unterdrückten innere Aggression. Ein Drittel konnte ihre Aggression nicht gut unter Kontrolle halten und äußerte ihre aggressiven Gefühle zu stark nach außen.

In der parasuizidalen Gruppe hielt sich jede vierte Person für zu aggressiv und der Rest meinte, Aggressionen zu stark zu unterdrücken. In dieser Gruppe durchlebten 25 Personen (mehr als drei Viertel) ein niedriges Selbstwertgefühl und zwei Drittel der Gruppe spürten Einsamkeit.

In der suizidalen Gruppe und ebenso in der Gruppe mit Suizidgedanken fühlten sich drei Viertel der Personen zu einsam und genauso viele gaben ein niedriges Selbstwertgefühl an.

Tabelle 2.12 Probleme in dem sozialen Bereich bei den Versuchspersonen aller vier Gruppen.

Soziale Probleme	Kontrollgruppe	Suizidgedanken	Parasuizid	Suizid
mit Partner	1 (5%)	10 (33%)	14 (47%)	12 (46%)
mit Religion	2 (6%)	8 (27%)	2 (6%)	7 (27%)
mit Autorität	10 (33%)	22 (73%)	10 (33%)	15 (58%)
mit anderen	10 (33%)	19 (63%)	23 (77%)	11 (42%)

In der Kontrollgruppe liegen die sozialen Probleme bei jeder dritten Person in zwischenmenschlichen Kontakten und in der Beziehung zu Autoritäten (Tab.2.12). In der Gruppe mit Suizidgedanken, hatte jede dritte Person Probleme mit dem Partner, jeder vierte Konflikte mit ihrer Religion, drei Viertel hatten einen Konflikt mit Autoritäten und fast zwei Drittel hatten Schwierigkeiten im Kontakt mit anderen Leuten.

Die Probanden haben nach dem parasuizidalen Versuch ihre sozialen Probleme in dem partnerschaftlichen Bereich (jede zweite Person), aber gleichzeitig zeigen sie große Schwierigkeiten in dem Kontakt und Umgang mit anderen Leuten (mehr als drei Viertel der Probanden). Jeder dritte hatte Probleme mit der eigenen Autorität und nur einige (wie bei der Kontrollgruppe – zwei Personen) haben Probleme mit der Religion. In der suizidalen Gruppe sind die Probleme mit den Autoritäten am stärksten vertreten (bei 15 von 26 Personen.) Fast die Hälfte der Probanden hatte Probleme mit ihren Partner, jedoch nur wenige im zwischenmenschlichen Bereich. Jede vierte hatte Probleme im Umgang mit ihrer Religion.

Tabelle 2.13 Profit aus den Suizidphantasien und Suizidversuch und der Wunsch nach Aufmerksamkeit der Bezugspersonen bei den Probanden aller vier Gruppen..

gewünschte Aufmerksamkeit	Kontrollgruppe	Suizidgedanken	Parasuizid	Suizid
der Eltern	0	4 (13%)	15 (50%)	1 (3%)
des Partners	0	1 (3%)	17 (57%)	1 (3%)
der Autorität	0	0	4 (13%)	0

Jeder sechste Jugendliche in der Gruppe mit Suizidgedanken glaubte, dass er (bei den Eltern, seltener beim Partner) mit Suizidphantasien Aufmerksamkeit wecken könne (Tab.2.13).

In der suizidalen Gruppe glaubte kaum einer daran. Nur zwei Personen, wollten mit ihrem Suizidversuch die Aufmerksamkeit der Eltern oder des Partners wecken.

Die parasuizidale Gruppe war davon überzeugt, dass sie mit ihrem Suizidversuch die Aufmerksamkeit und das Interesse der anderen gewinnen könnte. Die Hälfte der Personen wollte auf den Partner, der andere Teil auf das Interesse der Eltern einwirken.

Tabelle 2.14 Soziale Unterstützung, die die Probanden früher (vor dem Suizidversuch) erhalten haben.

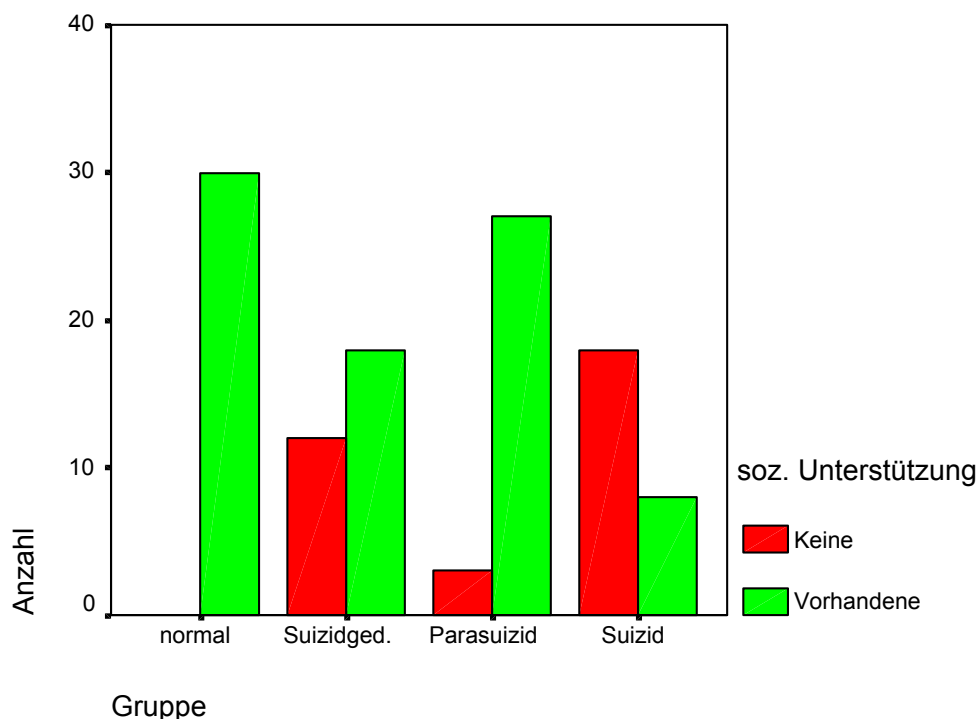
soziale Unterstützung	Kontrollgruppe N = 30	Suizidgedanken N = 30	Pariasuizid N = 30	Suizid N = 26
keine von				
Vater	2 (6%)	15 (50%)	12 (40%)	19 (73%)
Mutter	0	14 (46%)	8 (27%)	16 (62%)
Geschwister	0	14 (46%)	9 (30%)	19 (73%)
Freunde	0	13 (43%)	5 (17%)	17 (65%)
niedrige:				
Vater	5 (17%)	9 (30%)	4 (13%)	1 (3%)
Mutter	2 (6%)	9 (30%)	4 (13%)	2 (6%)
Geschwister	2 (6%)	9 (30%)	2 (6%)	1 (3%)
Freunde	1 (3%)	10 (33%)	6 (20%)	1 (3%)
mittlere:				
Vater	6 (20%)	3 (10%)	7 (23%)	3 (10%)
Mutter	8 (27%)	3 (10%)	9 (30%)	2 (6%)
Geschwister	8 (27%)	3 (10%)	8 (27%)	2 (6%)
Freunde	9 (30%)	4 (13%)	9 (30%)	4 (13%)
Gute:				
Vater	9 (30%)	3 (10%)	4 (13%)	2 (6%)
Mutter	11 (36%)	3 (10%)	4 (13%)	5 (20%)
Geschwister	10 (33%)	4 (13%)	7 (23%)	2 (6%)
Freunde	11 (36%)	3 (10%)	5 (20%)	3 (10%)
Sehr gute:				
Vater	8 (27%)	0	3 (10%)	1 (3%)
Mutter	9 (30%)	1 (3%)	5 (17%)	1 (3%)
Geschwister	10 (33%)	0	4 (13%)	1 (3%)
Freunde	9 (30%)	0	5 (17%)	1 (3%)

Die Jugendlichen der Kontrollgruppe hatten in schwierigen Situationen immer eine soziale Unterstützung bekommen (Tab.2.14). Mehr als ein Drittel gab an, dass er ausreichend gute Unterstützung sowohl von Zuhause, als auch von den Freunden

bekam. Jeder dritte bezeichnete die Unterstützung von Mutter, Geschwistern und Freunden und jeder vierte die Unterstützung vom Vater als sehr gut. Der Rest der Probanden fand die Unterstützung von Zuhause und von Freunden mittelgut, dabei schätzte jeder sechste die Unterstützung durch den Vater als niedrig ein. Zwei Personen gaben an, dass sie vom Vater überhaupt keine Unterstützung erhalten hatten. Bei den parasuizidalen Probanden ist die Unterstützung allgemein mittelmäßig. Jeder dritte bekommt etwas Unterstützung von der Mutter und jeder vierte vom Vater. Die Hälfte der Probanden bekam gute oder mittlere Unterstützung von den Geschwistern. Jeder sechste hat sehr gute Hilfe bei der Mutter und jeder sechste bei den Freunden gefunden. Dass es keine Unterstützung vom Vater gibt, geben 12 Probanden an. Jeder dritte bekam keine Unterstützung von den Geschwistern und jeder vierte von der Mutter.

Die soziale Unterstützung der Probanden in der Gruppe mit Suizidgedanken war allgemein entweder gar nicht oder nur geringfügig vorhanden. Fast jede zweite Person dieser Gruppe bekam keine Unterstützung von Mutter, Vater, Geschwister und Freunden. Jede dritte Person beurteilt diese Unterstützung als niedrig. Nur zwei bis vier Personen in dieser Gruppe empfanden die Unterstützung von ihren Bezugspersonen als mittelmäßig und ebenso viele als gut.

Abb.2.1 Keine- vs. vorhandene soziale Unterstützung in den 4 Gruppen.



In der suizidalen Gruppe ist die soziale Unterstützung in schwierigen Situationen meistens gar nicht vorhanden. Vom Vater und von den Geschwistern bekommen drei Viertel der Probanden gar keine Unterstützung. Zwei Drittel der Probanden können auf keine Unterstützung von der Mutter und von Freunden hoffen. Nur jede fünfte von den Probanden der suizidalen Gruppe bekommt in schwierigen Situationen eine gute Unterstützung von der Mutter und jeder zehnte eine mittlere bis gute Unterstützung von dem Vater, von Geschwistern und Freunden.

Die Abbildung 2.1 zeigt, wie oft bei den Probanden gar keine soziale Unterstützung (von Mutter, Vater, Geschwister oder Freunden) subjektiv wahrgenommen wurde. Der Chi-Quadrat-Test ergab signifikante Effekte für die suizidale Gruppe (Chi-Quadrat (3) = 40.155, $p = 0.000$). Die suizidalen Probanden finden (18, 69.3%) oder empfinden subjektiv in schwierigen Situationen häufiger gar keine soziale Unterstützung, als die Personen der anderen drei Gruppen. Der Vergleich zwischen der suizidalen und der Gruppe mit Suizidgedanken wurde nach dem t-Test signifikant ($t(54) = 2.246$, $p = 0.026$). Die suizidalen Personen bekommen oder empfinden öfters gar keine soziale Unterstützung als die Probanden mit Suizidgedanken die Kontrollgruppe ($t(54) = 8.068$, $p = 0.000$), und die parasuizidale Gruppe ($t(54) = 5.659$, $p = 0.000$). Diese Befunde sind vereinbar mit der theoretischen Annahme (Hypothese 5), dass die suizidalen Jugendlichen signifikant häufiger gar keine soziale Unterstützung bekommen als die anderen Probanden.

Tabelle 2.15 Direktes Motiv oder Auslöser des Suizidversuchs (Suizidgedanken) bei den Versuchspersonen aller vier Gruppen.

Motiv oder Auslöser	Kontrollgruppe	Suizidgedanken	Parasuizid	Suizid
Verlust des Partners	0	6 (20%)	13 (44%)	7 (27%)
Tod eines Elternteiles	0	0	2 (6%)	6 (23%)
Probleme mit den Eltern	0	6 (20%)	9 (30%)	6 (23%)
Probleme in der Schule	0	3 (10%)	6 (20%)	5 (19%)
Verlust des Lebenssinnes	0	14 (47%)	3 (10%)	5 (19%) 23 (90%)*

Anmerkungen:

*Der Lebenssinnverlust tritt zusätzlich und parallel zu anderen Motiven auf.

Der Auslöser der Suizidgedanken war bei der Hälfte der Probanden in der zweiten Gruppe der Verlust der Lebensfreude und des Lebenssinns (Tab.2.15). Nur jede fünfte leidet unter einem direkten Problem wie Liebesverlust oder Probleme mit den Eltern und jede zehnte, hatte Schulprobleme.

Der parasuizidale Versuch wurde bei der Hälfte der Probanden durch einen Verlust der Bezugspersonen verursacht. Die meisten (44% der Personen) hatten einen Liebesverlust erlebt und zwei andere Personen hatten einen Elternteil verloren. Jeder vierte hatte Probleme mit den Eltern und jeder fünfte Schulprobleme.

Bei den Personen der suizidalen Gruppe gab es keine dominierenden Suizidmotive oder Auslöser des Suizidversuches. Jeder vierte nannte Liebesverlust als Hauptmotiv des suizidalen Verhaltens. Ebenso viele Jugendliche hatten früher Probleme mit ihren Eltern und sechs Personen litten schwer unter dem Tod ihres Elternteiles. Jede fünfte Person hatte Probleme in der Schule. Jeder fünfte sagte auch, dass es keine direkte Ursache ihres Suizidversuches außer einem tiefen Verlust der Lebensfreude und einem Sinnlosigkeitserlebnis gibt. Solche tiefen Sinnlosigkeitserlebnisse hatten 90% der Personen vor ihrem Suizidversuch erfahren.

Tabelle 2.16 Die Ambivalenz der Gefühle bei den Versuchspersonen aller vier Gruppen.

Gefühlambivalenz	Kontrollgruppe	Suizidgedanken	Parasuizid	Suizid
Hass – Liebe gegen sich selbst	0	3 (10%)	3 (10%)	12 (46%)
Hass – Liebe gegenüber dem Partner	1 (3%)	3 (10%)	13 (43%)	9 (35%)
Hass – Liebe gegenüber den Eltern	1 (3%)	3 (10%)	6 (20%)	2 (6%)
Hass – Liebe gegenüber der Autorität	1 (3%)	6 (20%)	11 (37%)	10 (38%)

In der Kontrollgruppe hatten nur einzelne Personen ambivalente Gefühle, d.h. gleichzeitig Liebe und Hass gegenüber anderen wie dem Partner, einer Autoritätsperson und den Eltern erlebt (Tab.2.16). Keine Person dieser Gruppe hatte

ein ambivalentes Gefühl gegen sich selbst. Die Gruppe mit Suizidgedanken litt auch nur zur Hälfte unter der Gefühlsambivalenz. Jeder fünfte empfand sowohl Liebe als auch Hass gegenüber den Eltern und jeder zehnte gegenüber der Autoritätsperson, dem Partner oder sich selbst. In der parasuizidalen Gruppe erlebte fast die Hälfte Hass und Liebe gegenüber dem Partner. Mehr als jeder dritte hatte ambivalente Gefühle gegenüber den Eltern. Jeder fünfte gegenüber der Autoritätsperson und zusätzlich jeder zehnte gegen sich selbst. Die Gruppe nach dem ernsthaften Suizidversuch erlebte zur Hälfte starke ambivalente Gefühle gegenüber sich selbst. Jeder dritte erlebte Hass und Liebe gegenüber den Eltern und ebenso viele gegenüber dem Partner. Nur zwei Personen erlebten ambivalente Gefühle gegenüber der Autoritätsperson.

Tabelle 2.17 Das präsuizidale Syndrom bei den Versuchspersonen aller vier Gruppen.

Präsuizidale Syndrom	Kontrollgruppe	Suizidgedanken	Parasuizid	Suizid
Situative Einengung	0	0	0	19 (73%)
Dynamische Einengung	0	0	0	18 (70%)
Einengung der Werte	0	0	0	19 (73%)
Soziale Einengung	0	0	0	18 (70%)

Die präsuizidale Einengung (Tab.2.17) ist nur für die suizidale Gruppe typisch. Die situative, dynamische und die Einengung der Werte erlebt drei Viertel dieser Gruppe. Zwei Drittel der Gruppe erlebten eine Einengung im sozialen Bereich. Obwohl die Elemente des präsuizidalen Syndroms aufgrund subjektiver Angaben gewonnen werden, muss man jedoch anmerken, dass ein Interview nur in einem sehr begrenzten Sinne (im Vergleich z.B. zum Test von Bertram (1975) oder dem Befragungsschema von Löchels (1981) Untersuchung) die Einschätzung des präsuizidalen Syndroms darstellt.

2.1 Zusammenfassung und Diskussion.

2.1.1 Alter, Schulbildung und Geschlecht der Versuchspersonen

Die Frage, ob ein Suizidrisiko mit bestimmten Größen wie Alter, Schulbildung oder Geschlecht verbunden ist, ist schwer zu beurteilen. Manche Autoren machen darauf aufmerksam, dass bei jungen Leuten der Altersbereich von 15, 20 und 25 besonders gefährlich sei. Das ist eine Zeit, die mit vielen Lebensveränderungen verbunden ist. Der Sprung in ein neues Umfeld, in eine neue Schule oder Arbeit kann viel Stress und Schwierigkeiten mit sich bringen. Auch die dargestellten Interviewergebnisse scheinen diese Vermutungen zu bestätigen. In der Altersstufe von ca. 15 bis 20 Jahre gab es doppelt so viele Suizidversuche wie im Alter zwischen 18 und 20 Jahren (siehe Tab.2.1). Außer den Umfeldveränderungen könnte sein, dass die Adoleszenzkrise genau in diesem Alter besonders stark voranschreitet, was zu einem Suizidversuch beitragen könnte. Die zahlreichen Suizidversuche kurz nach dem Abitur oder bei dem Übergang zur Abiturklasse (siehe Tab.2.2), können ein Zeichen für Angst oder ein Problem im Zusammenhang mit der eigenen Zukunft sein. Man bemerkt vielleicht, in dieser Phase besonders, dass man noch keinen Beruf, keinen festen Platz im Leben und keine sichere Lebensperspektive hat. Diese Probleme haben die Studenten oder die Jugendlichen in der Berufsschule nicht.

Warum es einen großen Unterschied zwischen den Geschlechtern im Bezug auf Suizidversuche gibt (Tab.2.3), ist nicht ganz klar. Viele Forschungsarbeiten stellen fest, dass Frauen viermal mehr Suizidversuche hinter sich haben, aber die männlichen Suizidversuche viermal häufiger tödlich (gefährlicher) sind (Poustka, 1985). Dieses Phänomen könnte man versuchen erklären, dass Frauen tendenziell histrionischer und romantischer als die Männer sind. Sie tun so, als ob sie in ihrem Verhalten sehr „laut und gefährlich seien“, tatsächlich haben jedoch ihre Absichten weniger Kraft und Effizienz. Die Männer sind andererseits nicht so hysterisch im Verhalten, sondern effizient, und wenn sie etwas tun, dann ist es ihnen meistens ernst, ihre Absicht wird dann zu Ende gebracht.

2.1.2 Dauer und Häufigkeit der Suizidgedanken, Suizidabsicht und Suizidkrisen.

Ein wichtiges Anzeichen, dass die momentane Situation eines Menschen wirklich als ernsthaft einzuschätzen ist, ist eine langfristige Suizidabsicht mit einem genauen Plan:

wo, wann und auf welche Weise man sich das Leben nehmen wird. Solche weitergehenden Suizidfantasien begleiten langfristig fast jeden zweiten suizidalen Jugendlichen (Tab.2.4). Sie verbalisieren ihre Gedanken manchmal, und man sollte solche Gespräche nicht bagatellisieren, weil sie oft ganz wörtlich und ehrlich gemeint sind. Oft sind diese Gespräche als Abschied gedacht und nicht immer nur als Hilferuf zu bewerten (oder vielleicht sowohl das eine als auch das andere).

Dass der parasuizidale Versuch nur bei jedem fünften langfristig überlegt ist, bedeutet, dass die Suizidversuche in den meisten Fällen impulsiv sind. Das eigentliche Ziel bei einem Suizidversuch - sich das Leben zu nehmen - wird von den parasuizidalen Probanden gar nicht wahrgenommen, und eigentlich kann damit auch ein Selbstmordversuch gar nicht tödlich enden. Eigentlich verhalten sich alle diese Menschen so, dass sie rechtzeitig gerettet oder für sich selbst noch um Hilfe rufen können. Die parasuizidalen Jugendlichen erleben nur eine Suizidkrise in ihrem Leben und haben nur einen Suizidversuch hinter sich. Bei den Suizidalen ist das nur zur Hälfte so. Fast jeder Zweite hat bereits mehr als einen Suizidversuch hinter sich (Tab.2.5) womit sind diese Personen auch am stärksten suizidgefährdet sind.

Häufigkeit und Dauer der Suizidgedanken bezeichnen sich, ist nicht die Dauer, sondern darauf wie oft und intensiv diese Gedanken auftreten. Es wird oft behauptet, es gäbe allgemein viele Menschen, die Suizidgedanken ein- oder mehrmals im Leben haben. Oder anders gesagt: man hat im Leben durchaus mal den Drang „nicht mehr zu leben“. Dann kann man sich aber gewöhnlich schnell mit anderen Ideen effektiv von diesen Gedanken ablenken und sie dadurch bewältigen. Ähnlich ist der Fall bei der Gruppe mit Suizidgedanken ohne Suizidversuche. Remschmidt (1979, 1992) unterscheidet in der Adoleszenz die Reifungskrise oder Adoleszenzkrise von der Suizidkrise und stellt fest, dass 50% aller Jugendlichen Suizidgedanken, zu irgendeinem Zeitpunkt erleben.

Die Hälfte der Gruppe mit Suizidgedanken hatte ihre Gedanken über den Tod nur kurzfristig bis einen Monat lang, die andere Hälfte langfristig drei Monate bis ein Jahr (Tab.2.6), wenn sie aber nur einmal pro Woche oder einmal am Tag auftauchten, können diese Personen die Gedanken schnell verarbeiten, um sich auf andere, wichtigere Aktivitäten zu konzentrieren. Diese Gedanken bleiben einfach nur im „Hinterkopf“, sie kommen und gehen, können aber nicht umgesetzt werden, weil ihre

Intensität, ihre Kraft zu gering ist, um sie zur Ausführung zu bringen. Bei den parasuizidalen Probanden waren die Suizidgedanken auch nicht intensiver (höchstens einmal am Tag, aber meistens nur einmal pro Woche). Bei ihnen hat aber wahrscheinlich eine andere, sehr impulsive Energie den parasuizidalen Versuch in Gang gebracht. Der Inhalt der impulsiven Gedanken war schnell, aber nicht ernsthaft tödlich, der Tod war nicht gewollt.

Bei der suizidalen Gruppe war der Verlauf der Suizidgedanken ganz anders. Zwei Drittel der Personen hatten langfristige Suizidgedanken (Tab.2.6). Nur jede vierte hatte sie einmal am Tag, jede fünfte hatte sie zweimal am Tag und der Rest der Probanden (mehr als die Hälfte) dreimal täglich oder häufiger, das heißt fast andauernd. Die Suizidgedanken haben einen intrusiven Charakter, sie wirken so, dass sie nicht gewollt und fast ohne Pause immer wiederkehren. Die Intensität der Suizidgedanken ist so stark, dass man sich nicht mehr auf etwas anderes konzentrieren kann (siehe zweites biographisches Beispiel). Der gesamte Lebensinhalt dieser Menschen besteht nur noch daraus, wie und wo es am besten wäre, sich endlich das Leben zu nehmen, um den quellenden Gedanken ein Ende zu machen und sich aus dem Leid des als sinnlos empfundenen Lebens zu befreien. Die Kraft der impulsiven Gedanken wird stärker als die eigene Energie des Selbst, so dass sich am Ende der starke Suizidimpuls gegen die eigenen Prozesse des Selbst wendet. Die impulsiven Suizidgedanken haben so viel „Kraft“, dass sie irgendwann ausgeführt werden müssen. Aber warum kann das Selbst plötzlich auf einmal so schwach werden? Man kann vermuten, dass bei einem Suizidversuch die Energie des Selbst eine wichtige Rolle spielt. Die Frage, welche Lebensereignisse, Probleme und damit verbundene psychische Prozesse auf das Selbst eine besondere Wirkung ausüben, bleibt offen.

2.1.3 Familienprobleme, Schulprobleme und Probleme im sozialen Bereich.

Die Familien- oder Schulprobleme sowie Partnerschaftsprobleme könnten eine gewisse Belastung für die Jugendlichen sein. Besonders die Probleme aus der früheren Kindheit, in der, bei jeder vierten Familie der suizidalen Probanden, ein Elternteil zu Hause fehlte, und selbst dort, wo die Eltern zusammen waren, erlebten alle diese Kinder Unruhe und viel Streit zwischen den Eltern. Solche Stresssituationen können viel Angst und Unsicherheit bei den Kindern induzieren. Im Jugendalter hatte fast jede

zweite Person nur einen Elternteil zu Hause (Tab.2.7). Die anderen Elternteile waren entweder gestorben (bei 6 Familien) oder lebten getrennt. Bei jeder zweiten vollständigen Familie gab es Alkoholismus.

Eine ähnliche Situation gab es auch in der Gruppe mit Suizidgedanken ohne Suizidversuche. In dieser Gruppe gab es ebensoviel Alkoholismus und Auseinandersetzungen zwischen den Eltern seit der Kindheit. Es fehlte fast bei jeder zweiten Familie ein Elternteil zu Hause. Man kann feststellen, dass die Lebenssituationen der Personen in beiden Gruppen sehr ähnlich waren und die äußeren Bedingungen genauso belastend. Der Unterschied zwischen den beiden Gruppen steckte also nicht selbst in ihren situativen Bedingungen, sondern im individuellen Umgang mit der schwierigen und komplizierten Situation. Das heißt, jene psychischen Dispositionen, mit denen schwierige Situation bewältigt werden können, (oder nicht, wenn sie fehlen), spielen bei einem Suizidrisiko wahrscheinlich eine entscheidende Rolle.

Anhand des Interviews wurde eine Liste von Problemen erhellt, die eine besondere Belastung für den Probanden darstellen. Außer den familiären Problemen tauchten die Probleme in der Schule bei den suizidalen Jugendlichen am häufigsten auf. Jeder dritte hat die Schule schon mehrmals geschwänzt und jeder vierte hatte Lernprobleme, jeder sechste hat die Schule oder die Schulklasse bereits gewechselt (Tab.2.9). Man kann vermuten, dass bei den Probanden einerseits Anpassungsschwierigkeiten in der Schulsituation auftauchen und dass andererseits die suizidale Jugendlichen wirklich verschiedene Arten von Lernproblemen, sowohl intellektuell als auch emotional, haben (siehe das erste biographische Beispiel).

Die gesundheitlichen Probleme in der suizidalen Gruppe sehen auch nicht gut aus – fast die Hälfte der Probanden hatte längere Zeit Probleme mit der Gesundheit. Jeder vierte war internistisch erkrankt, zwei wurden wegen Verhaltensstörungen in der Kindheit behandelt und drei waren heroinabhängig. Dazu kommt noch, dass jeder dritte unter dem Alkoholismus der Eltern litt (Koalkoholismus) und auch deswegen erkrankt ist (Tab.2.8 und Tab.2.6). Am Ende war nur jeder fünfte psychosomatisch gesund. Man kann vermuten, dass diese jungen Leute besonders empfindlich auf verschiedene Stresssymptome reagieren und deshalb auch damit verbundene psychosomatische Probleme bekommen können. Die suizidalen Jugendlichen scheinen einfach weniger resistent als die anderen Probanden zu sein

Die Probleme mit dem sozialen Umfeld sind für die Adoleszenzphase eigentlich typisch. In der Kontrollgruppe tauchen sie auch zahlreich auf, sind aber nicht so häufig (Tab.2.12). Die meisten Probleme in allen vier Gruppen gibt es mit den Autoritäten und mit dem Kontakt zu anderen Menschen. Die jungen Leute zeigen oft einen Mangel an Anpassungsfähigkeit im Umgang mit anderen, oder eine rebellische Haltung gegenüber Vorgesetzten. Andererseits fühlen sie sich oft einsam und nicht verstanden. Die Hälfte der parasuizidalen und der suizidalen Probanden hatte viele Probleme mit Partnerschaften erlebt. Die Schwierigkeiten im Kontakt mit anderen gelten auch für den familiären Bereich (Tab.2.7). Die jungen Menschen mit Suizidgedanken finden, dass ihre Eltern ihnen viel Freiheit geben und keine besonders hohen Ansprüche ihnen gegenüber haben. Jeder zweite Jugendliche fühlte sich aber von den Eltern nicht geliebt, und ebenso ist es bei Jugendlichen nach dem ernsthaften Suizidversuch. Die parasuizidalen Jugendlichen empfinden ihre Eltern auch als strenger, sie lassen ihnen weniger Freiheit, deshalb reagieren die Kinder auch oft dagegen. Bei der suizidalen Gruppe werden die Eltern von jedem fünften Probanden als anspruchsvoll betrachtet. Mit solchen Belastungen können Kinder nicht fertig werden, die nur ihre Minderwertigkeitsgefühle verstärken, (sie können es wahrscheinlich den Eltern einfach nicht recht machen).

2.1.4 Soziale Unterstützung

Wer kann die jungen Leute unterstützen und wie, wenn es ihnen besonders schlecht geht helfen? Die Personen aus der Kontrollgruppe bekommen alle eine durchschnittlich gute Unterstützung (Tab.2.12). Auch die Jugendlichen mit Suizidgedanken bekommen eine Hilfe, wenn es ihnen schlecht geht, obwohl sie nur niedrig oder mittelgut ist. In der parasuizidalen Gruppe, haben drei von vier Personen eine Unterstützung bei Freunden, jeder dritte bekommt eine gute Unterstützung von der Mutter. Man kann sagen, dass ihre soziale Unterstützung mehr oder weniger gut, zumindest aber vorhanden ist. Bei den suizidalen Jugendlichen dagegen ist die Situation sehr schlimm. Drei Viertel der Jugendlichen bekommen gar keine Unterstützung von der Familie oder den Freunden. Nur jeder Vierte kann mit der Hilfe der Mutter, oder der besten Freunden rechnen. Das Fehlen jeglicher sozialer Unterstützung ist bei der suizidalen Gruppe signifikant größer als bei den anderen drei Gruppen

(siehe Abb.2.1, S. 30). Dieser Befund ist vereinbar mit der theoretischen Annahme (Hypothese 5), dass die suizidalen Probanden häufiger gar keine soziale Unterstützung bekommen als die Probanden der übrigen drei Gruppen.

Die jungen Leute müssen ihre Probleme nach dem Suizidversuch selbst lösen, oder haben den Eindruck, dass es keine Hilfe von außen gibt. Auf jeden Fall werden sie von außen nicht gestärkt. Ihr soziales Umfeld kann sie nicht aufbauen, oder auch nur motivieren. Ob es ihnen gut oder schlecht geht, sie können sich nur auf sich selbst verlassen. Wenn man hinzunimmt, dass sich um die 75% der Personen aus der suizidalen und der Gruppe mit Suizidgedanken einsam fühlen und ein niedriges Selbstwertgefühl haben, dann kann man sehen, dass die Jugendlichen damit alleine fertig werden müssen. Weil sie keine äußere Unterstützung bekommen, ist es für sie besonders schwer, ihr Selbstwertgefühl alleine aufzubauen.

2.1.5 Suizidmotiv und die Gefühlsambivalenz.

Das direkte Motiv des Suizidversuchs ist bei beiden suizidalen Gruppen unterschiedlich. Die parasuizidalen Versuche wurden zur Hälfte direkt nach einem Liebesverlust begangen und zur Hälfte nach aktuellen Problemen mit den Eltern oder in der Schule (Tab.2.14). Bei der suizidalen Gruppe gibt es kein überwiegendes Motiv oder Auslöser für den Suizidversuch. Liebesverlust, Elternprobleme, Schulprobleme (oder bloß Lebenssinnverlust) als ein mögliches Motiv für den Suizid treten mit niedriger Häufigkeit auf, aber parallel zu all diesen Motiven tauchte ein tiefes Empfinden von Lebenssinnverlust auf (90% der Probanden). Man kann vermuten, dass ihre Probleme oder Verluste stark ihr Selbst betreffen. Wenn sie Probleme bekommen, oder jemanden verlieren, dann verlieren sie auch ihren persönlichen Lebenssinn. Die Objekte des Geschehens sind sehr stark mit ihrem Selbst verbunden und können deshalb auch das Selbst schnell zerstören oder verletzen. Die suizidalen Jugendlichen erleben die stärksten ambivalenten Gefühle, nämlich Hass und Liebe gegen sich selbst (Tab.2.16). Sie können mit ihren negativen Gefühlen, besonders ihrer Aggressivität nicht gut umgehen. Anstatt sie zu kontrollieren und nach außen zu wenden, hemmen und unterdrücken sie diese. Ihre ambivalenten Gefühle, Hass und Liebe und damit verbundene Aggressivität, haben sie eigentlich gegen sich selbst. Außerdem wenden diese Jugendlichen, die ihren Hass und ihre Aggression hauptsächlich gegenüber den

anderen erleben, alle diese starken negativen Gefühle am Ende gegen sich selbst. Mit der impulsiven Aggression, die sie nicht kontrollieren und nach außen leiten können, zerstören sie vermutlich das eigene Selbst.

Bei der parasuizidalen Gruppe ist der Hass gegen sich selbst nicht so stark, dass sie sich selbst töten wollen. Ihre Aggression und auch Gefühlsambivalenz geht immer gegen die anderen (Tab.2.16). Meistens gegen die geliebte Person oder die Eltern. Sie wenden die Aggression während des Suizidversuchs gegen sich selbst, aber nicht so intensiv, um sich selber zu zerstören, sondern um damit bei anderen etwas zu erreichen. Nur diese Parasuizidalen wollen auf andere Menschen einen Eindruck machen, um bei ihnen in der Zukunft Aufmerksamkeit oder Interesse (Tab.2.13) zu gewinnen. Das Ziel des parasuizidalen Versuchs ist nicht sich zu töten, sondern andere Menschen für sich zu gewinnen.

2.1.6 Präsuizidales Syndrom

Bei einigen Autoren diente als hoher Risikofaktor des suizidalen Verhaltens das präsuizidale Syndrom (Ringel, 1953). Dieses Syndrom ist auch nur für die suizidale Gruppe charakteristisch (Tab.2.17). Die Interviewanalyse zeigte in Übereinstimmung mit vielen anderen Studien sowie klinischen Beobachtungen während Behandlungs-episoden, dass nicht alle suizidalen Jugendlichen eine präsuizidale Einengung direkt vor dem Suizidversuch erlebten (Poustka, 1985). Nur bei drei von vier Personen tritt die Einengung wirklich auf. Das heißt, dass das Präsuizidale Syndrom bei jedem vierten Jugendlichen dieser Studien kein sicheres Zeichen für ein Suizidrisiko ist. Im Interview ergaben sich verschiedene Probleme, wie psychosomatische Symptome, Schwierigkeiten im Umgang mit der eigenen Aggressivität (innere Aggressivität) und eine gewisse Einengung des Selbstbildes wie niedriges Selbstwertgefühl, Einsamkeit, Gefühlsambivalenz, die auf schwache Selbstmechanismen der suizidalen Probanden hinweisen. Außerdem sind niedrige soziale Unterstützung und hohe Belastung (Krankheiten, Schul- und Familienprobleme) sowie Probleme im Umgang mit stressbeladenen Situationen (Alkoholismus der Eltern) ein wichtiges Signal, dass bestimmte psychische Mechanismen empirisch genauer überprüft werden müssen.

3. PERSÖNLICHKEITSSTILE IN DEN VIER GRUPPEN

Tabelle 3.1 Mittelwertvergleiche der Persönlichkeitsstile von dem Persönlichkeits- Stil- und Störungs-Inventar (PSSI-K) in den vier Forschungsgruppen (ANOVA Ergebnisse).

Persönlichkeitsstile		Kontroll- gruppe	Suizid- Gedanken	Suizid- dgedanken	Suizid	Varianzanalyse (Haupteffekt)
Antisozial	a, c) ²	54,37	62,83*	53,93	62,35*	F(3,112)=3,36 p < 0,05 ¹
Paranoid		54,56	59,73	54,50	59,50	1,84 n.s.
Schizoid		43,80	48,96	46,96	51,88*	2,89 p < 0,05
Selbstunsicher		54,06	58,83	58,43	57,21	1,39 n.s.
Zwanghaft		52,30	52,26	53,03	49,42	0,66 n.s.
Schizotypisch	a, b)	50,60	55,40	45,93	49,19	3,44 p < 0,05
Rhapsodisch	b)	51,16	52,76	49,26	45,23	2,68 p < 0,05
Narzisstisch	a)	54,83	58,43	49,20	54,26	2,89 p < 0,05
Negativistisch		50,83	62,67***	58,53*	61,50***	9,16 p < 0,001
Abhängig		56,13	53,66	56,63	56,60	0,51 n.s.
Borderline		48,07	57,63***	54,33*	58,08*	8,55 p < 0,001
Histrionisch		51,00	49,20	49,90	51,42	0,26 n.s.
Depressiv	c)	50,40	54,13	52,17	58,08*	3,04 p < 0,05
Altruistisch		53,76	53,50	59,26	56,07	1,79 n.s.

Anmerkungen:

¹ *p < 0,05, **p < 0,01, ***p < 0,001: signifikanter Unterschied zur Kontrollgruppe nach dem LSD –Test

² sign. Unterschied zw.: a) Suizidgedanken u. Parasuizid, b) Suizidged. u. Suizid, c) Parasuizid u. Suizid

Die PSSI-Skalen wurden mit den vier Gruppen als Stufen dieses Faktors einer einfaktoriellen Varianzanalyse unterzogen. Es zeigte sich ein signifikanter Haupteffekt für die Skala *Selbstbestimmt-AS* ($F(3,112) = 2.89, p < 0,05$). Die suizidale Gruppe sowie die Gruppe mit Suizidgedanken sind selbstbestimmter bzw. rücksichtloser bei der Durchsetzung eigener Ziele, verantwortungsloser und unsozialer als die Kontrollgruppe und die parasuizidale Gruppe. Für die suizidale Gruppe entspricht dies den Erwartungen (Hypothese 1).

Abb.3.1 Persönlichkeitsstile in den 4 Gruppen

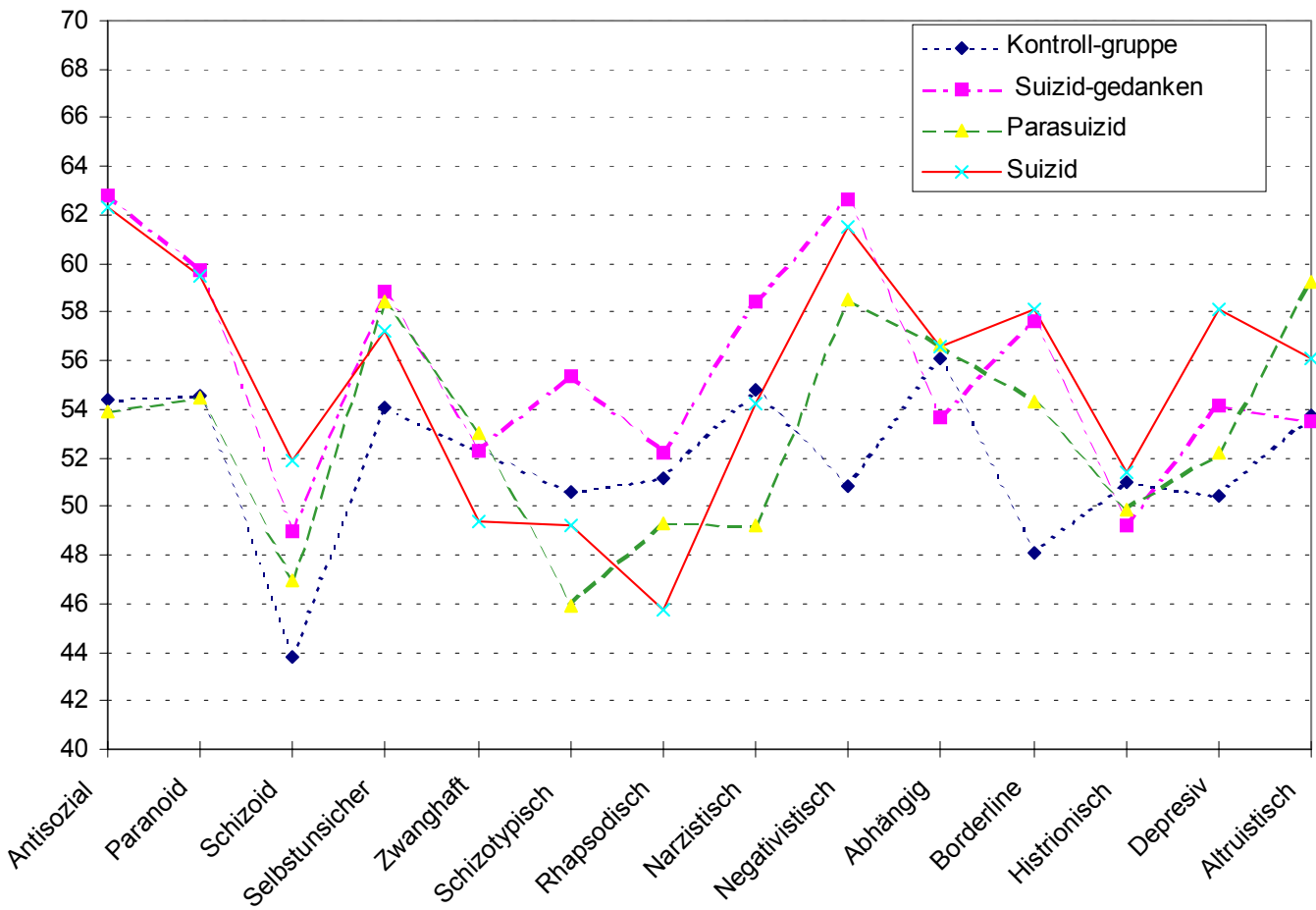
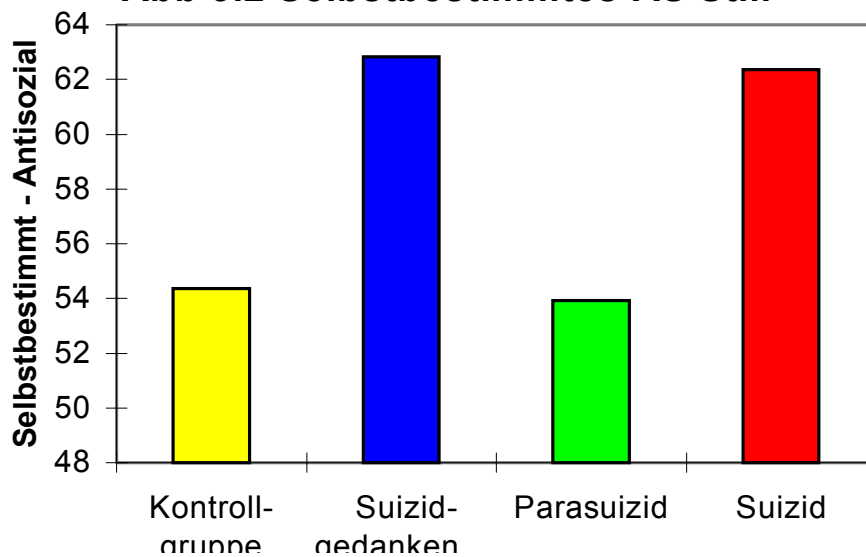
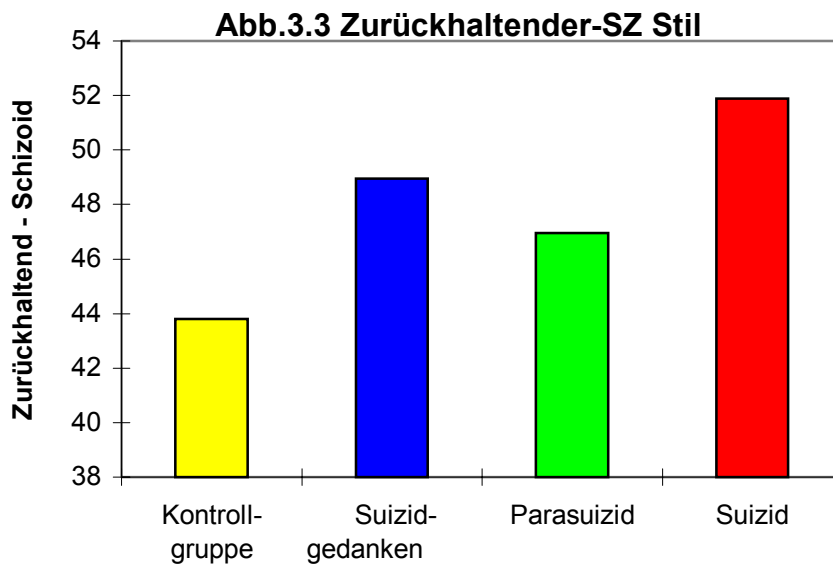


Abb 3.2 Selbstbestimmtes-AS Stil



In Bezug auf den *Zurückhaltenden-SZ* Stil zeigte sich ein signifikanter Unterschied zwischen der suizidalen und der Kontrollgruppe. Die Suizidalen sind zurückhaltender

und eingeschränkter in ihrem emotionalen Erleben und weniger ausdrucksintensiv als die Kontrollgruppe ($F(3,112) = 2.89, p < 0,01$).



In der Skala *Ahnungsvoll-ST*, zeigte sich ein signifikanter Unterschied zwischen der parasuizidalen und der Gruppe mit Suizidgedanken ($F(3,112) = 3.44, p < 0,05$). Die Probanden mit Suizidgedanken sind erwartungsgemäß (Hypothese 1.4) ahnungsvoller und unlogischer in Ihrem Denken als die parasuizidalen Probanden. Irrationale und phantastische Ereignisse haben für sie viel mehr Bedeutung als für die parasuizidalen Jugendlichen.

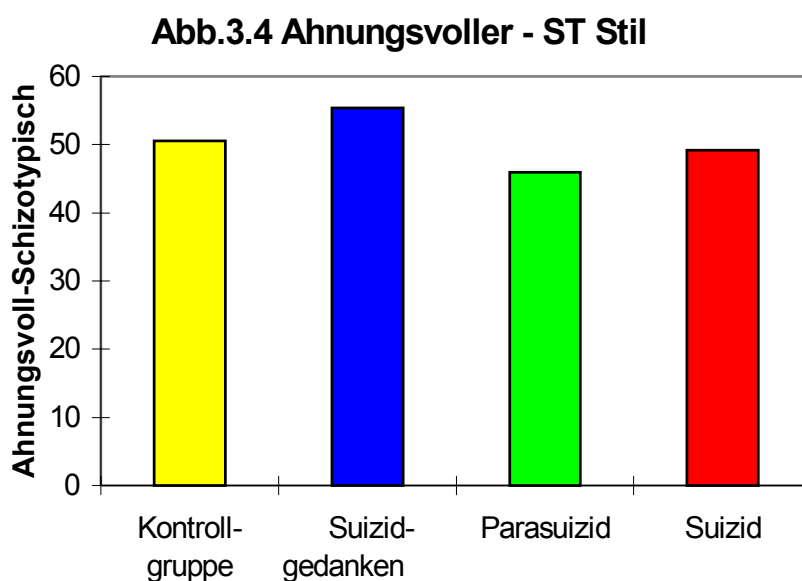
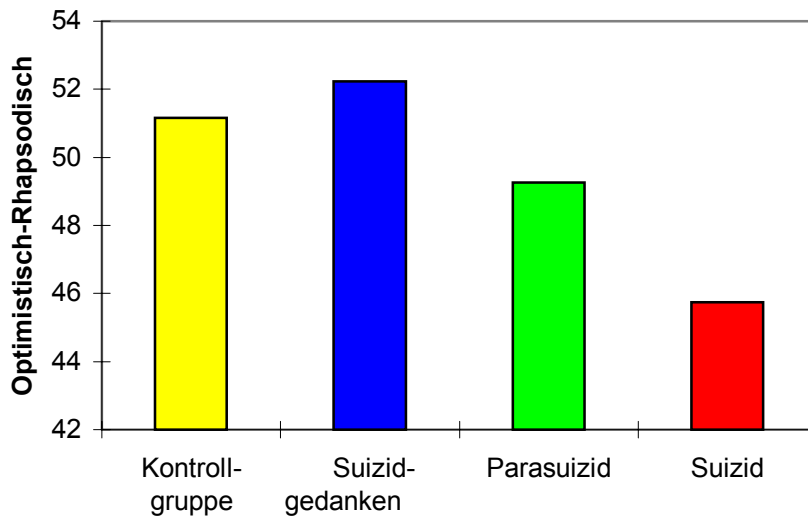
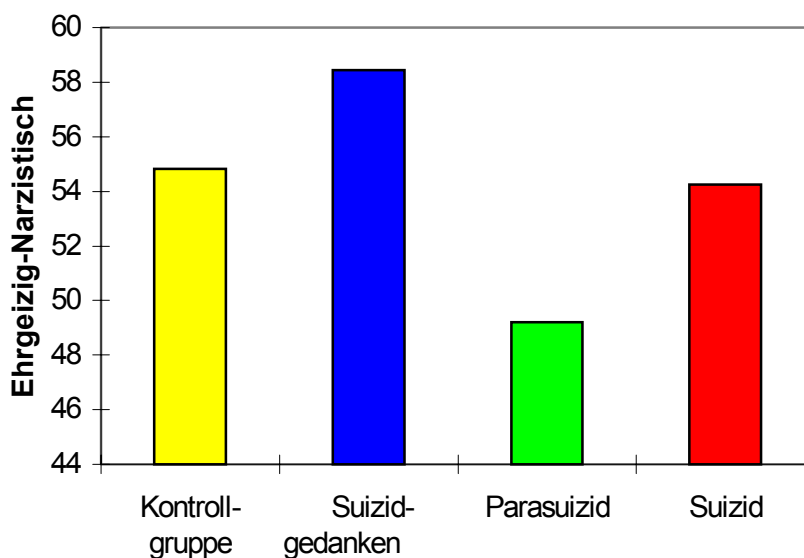


Abb.3.5 Optimistischer-RH Stil

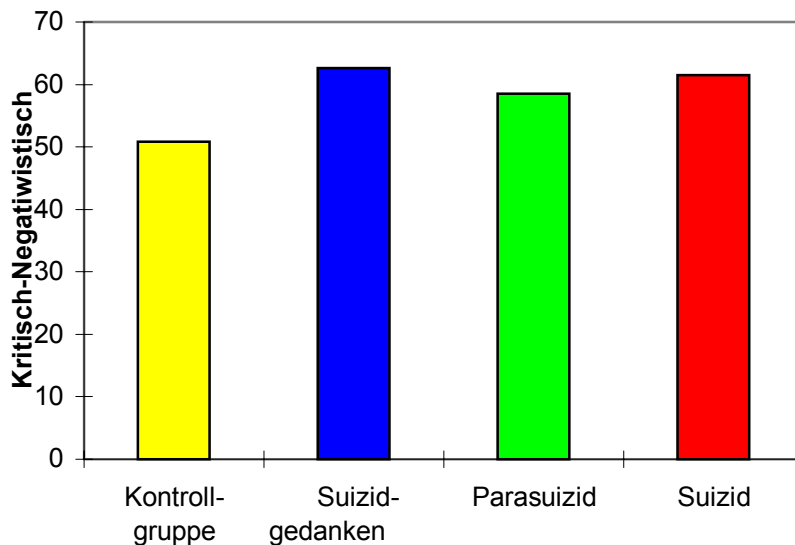
In die Skala *Optimistisch-RH* ergab die Varianzanalyse ein signifikantes Ergebnis für die Gruppe mit Suizidgedanken ($F(3,112) = 2.686, p < 0,05$). Diese Personen sind optimistischer und haben eine positivere Lebenseinstellung als suizidale Personen. Auch negativen Erlebnissen gewinnen sie leichter eine positive Seite ab als die suizidalen Probanden. Dieser Befund ist vereinbar mit der theoretischen Annahme (Hypothese 1.4), dass die Probanden mit Suizidgedanken eine höhere Kapazität für positive Emotionalität haben, als die Probanden aus der suizidalen Gruppe und eher in der Lage sind, auch positive Stimmung selbst herzustellen.

Abb.3.6 Ehrgeiziger-NA Stil

Die Varianzanalyse für die Skala *Ehrgeizig-NA* ergab einen signifikanten Unterschied zwischen den parasuizidalen Probanden und denen mit Suizidgedanken ($F(3,112) = 2.89, p < 0,01$). Im Vergleich zu der parasuizidalen Gruppe ist die mit Suizidgedanken ehrgeiziger, leistungsorientierter und auch mehr von der eigenen besonderen Bedeutung gegenüber den anderen Menschen überzeugt. Der Befund steht in Einklang mit den Erwartungen (Hypothese 1.4). Die Probanden mit Suizidgedanken sind auch weniger selbstkritisch, auf Kritik reagieren sie mehr als die parasuizidalen Personen mit Wut oder erleben sie eher als Demütigung.

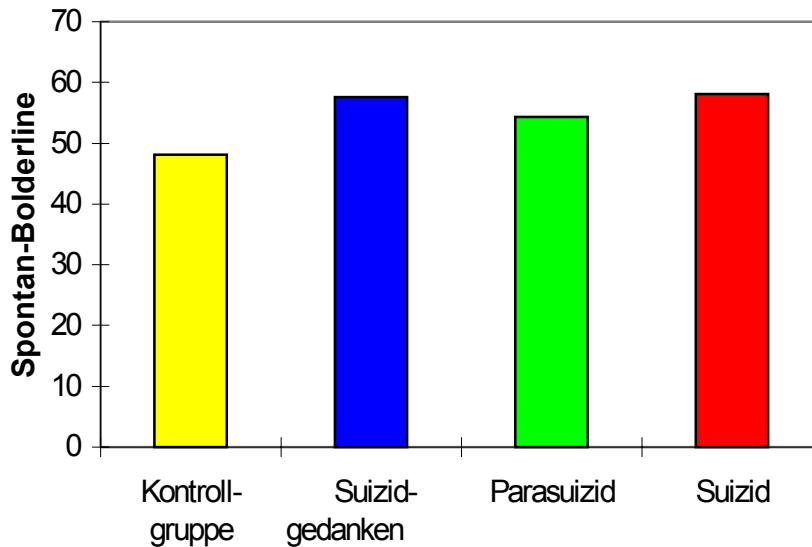
Im Bezug auf die Skala *Kritisch-NT* zeigten sich einige signifikante Effekte. Die Kontrollgruppe ist weniger passiv-aggressiv in ihrer Haltung, aber auch weniger kritisch gegenüber anderen. Sie fühlen sich weniger missverstanden und weniger ungerecht behandelt als die Probanden aller anderen drei Gruppen (vgl. Hypothese 1.2). ($F(3,112) = 9.16, p < 0,001$).

Abb.3.7 Kritischer-NT Stil



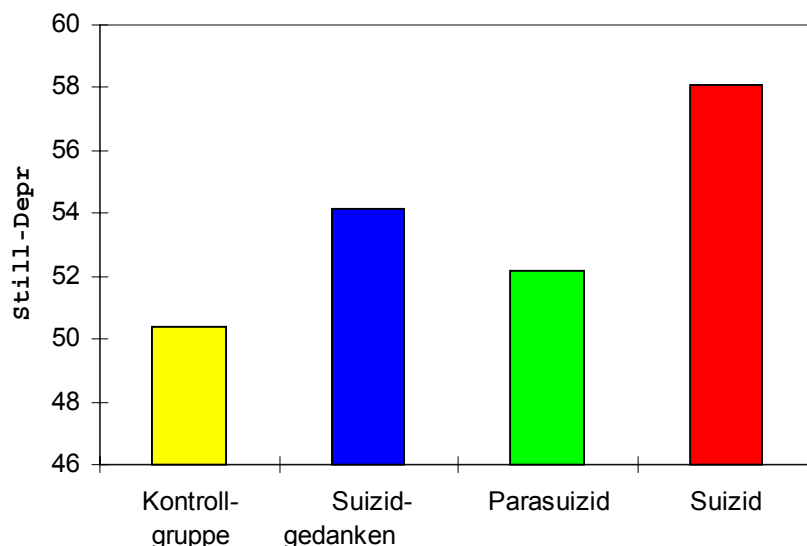
Die signifikanten Effekte zwischen der Kontrollgruppe und den anderen drei Gruppen zeigten sich auch in der Skala *Spontan-BL* ($F(3,112) = 8.55, p < 0,001$). Die Kontrollgruppe ist weniger spontan und nicht so impulsiv, sondern emotional ausgeglichener als die anderen Probanden. Erwartungsgemäß sind diese drei Gruppen instabiler in ihrem Selbstbild, in ihrer Stimmung sowie in den zwischenmenschlichen Beziehungen als die Kontrollgruppe.

Abb.3.8 Spontaner-BL Stil



In Bezug auf die Skala *Still-DP* zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen der suizidalen Gruppe und der Kontrollgruppe, sowie zu der Gruppe nach dem Parasuizid ($F(3,112) = 3.04, p < 0,05$). Die suizidalen Probanden sind mehr selbskritisch und weniger sensibel für den positiven Affekt als die Personen der anderen zwei Gruppen. Die Suizidalen fühlen sich häufiger niedergeschlagen, hoffnungsloser und wertloser als die Probanden von der Kontrollgruppe oder der Gruppe nach dem Parasuizid.

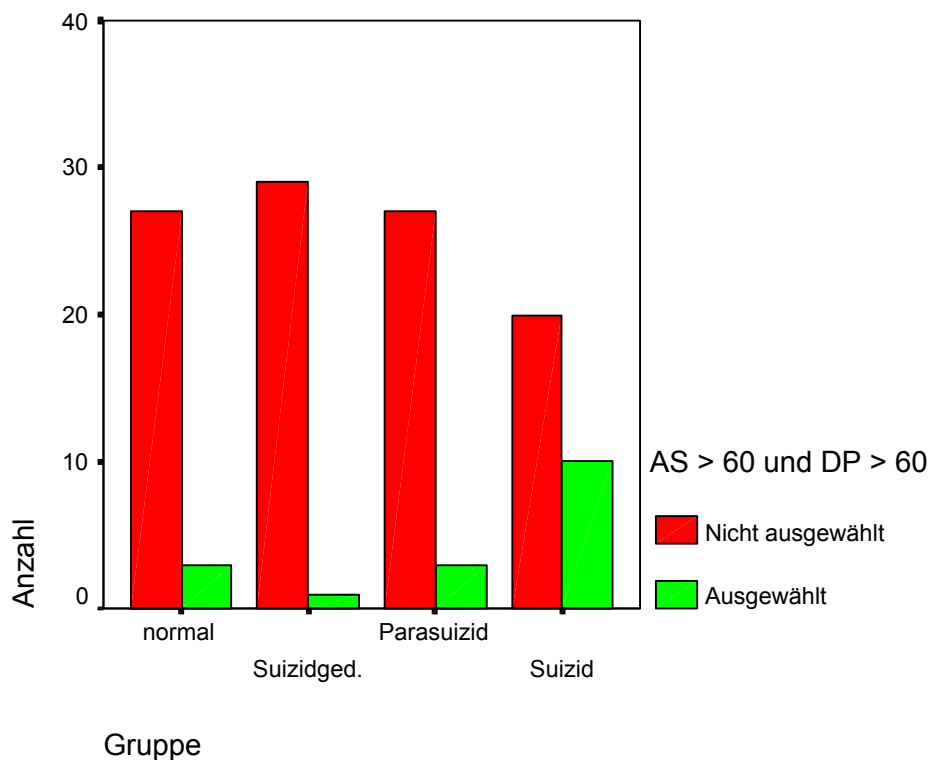
Abb.3.9 Stiller-DP Stil



Die Befunde (Abb.3.9, Abb.3.2) sind vereinbar mit der theoretischen Annahme, dass die parasuizidalen Personen im Vergleich zu den suizidalen weniger depressiv, niedergeschlagen sowie antisozial und rücksichtslos im Verhalten sind (Hypothese 1.3).

Es wurden ferner Häufigkeitsanalysen vorgenommen, wie viele Personen in einzelnen PSSI-Skalen T-Werte über 60 erreichen, d.h. in der Ausprägung der Persönlichkeitsstile eine Standardabweichung über der Normstichprobe liegen (Abb. 3.10-3.12).

Abb. 3.10 Anzahl der Personen, die sowohl im selbstbestimmten-AS als auch im stillen-DP Stil Werte über einer Standardabweichung ($T > 60$) hatten.

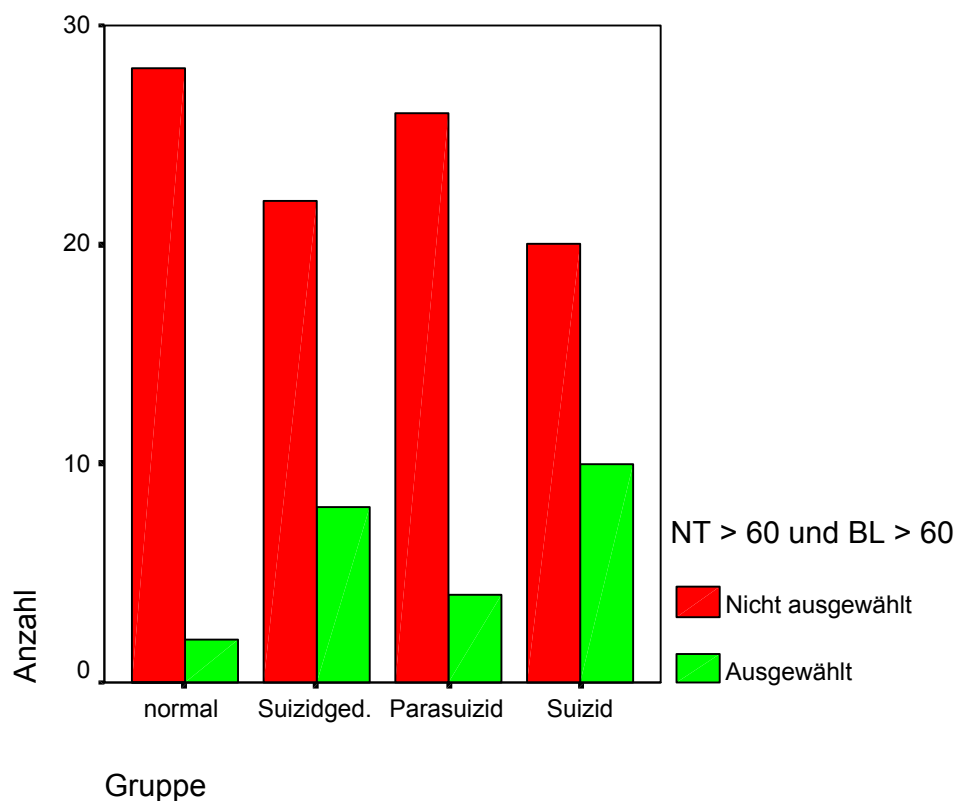


In Bezug auf die Kombination der Skalen *Selbstbestimmt-AS* und *Still-DP* ergab der Chi-Quadrat-Test signifikante Effekte für die suizidale Gruppe (Chi-Quadrat (3,) = 12.816, $p = 0.005$). Die Annahme, dass die suizidalen Probanden häufiger (10 Personen bzw. 33.3% der Stichprobe) höhere Werte in der beiden Skalen erreichen wird dadurch gestützt: Suizidale sind antisozialer und depressiver als die Probanden der anderen drei Gruppen (Hypothese 1). Der unabhängige t-Test war für die suizidale Gruppe im Vergleich sowohl zu der parasuizidalen ($t(54) = -2.249$, $p = 0.028$) als auch zu der Gruppe mit Suizidgedanken ($t(54) = -3.203$, $p = 0.002$) und der Kontrollgruppe ($t(54) = -2.249$, $p = 0.028$) signifikant.

Der Chi-Quadrat-Test ergab auch in Bezug auf die höheren Werte in den *Skalen Kritisch-NA* und *Spontan-BL* signifikante Ergebnisse für die suizidale Gruppe (Chi-

Quadrat (3) = 8.333, $p = 0.040$). Die suizidalen Probanden erreichen häufiger (10 Personen bzw. 33.3% der Stichprobe) höhere Werte in den beiden Skalen und sind damit kritischer und impulsiver als die Probanden der anderen drei Gruppen. Der unabhängige t-Test war im Vergleich zu der Kontrollgruppe ($t(54) = -2.693$, $p = 0.009$) signifikant und im Vergleich zu der parasuizidalen ($t(54) = -1.853$, $p = 0.069$) und der Gruppe mit Suizidgedanken ($t(54) = -.555$, $p = 0.605$) nicht signifikant.

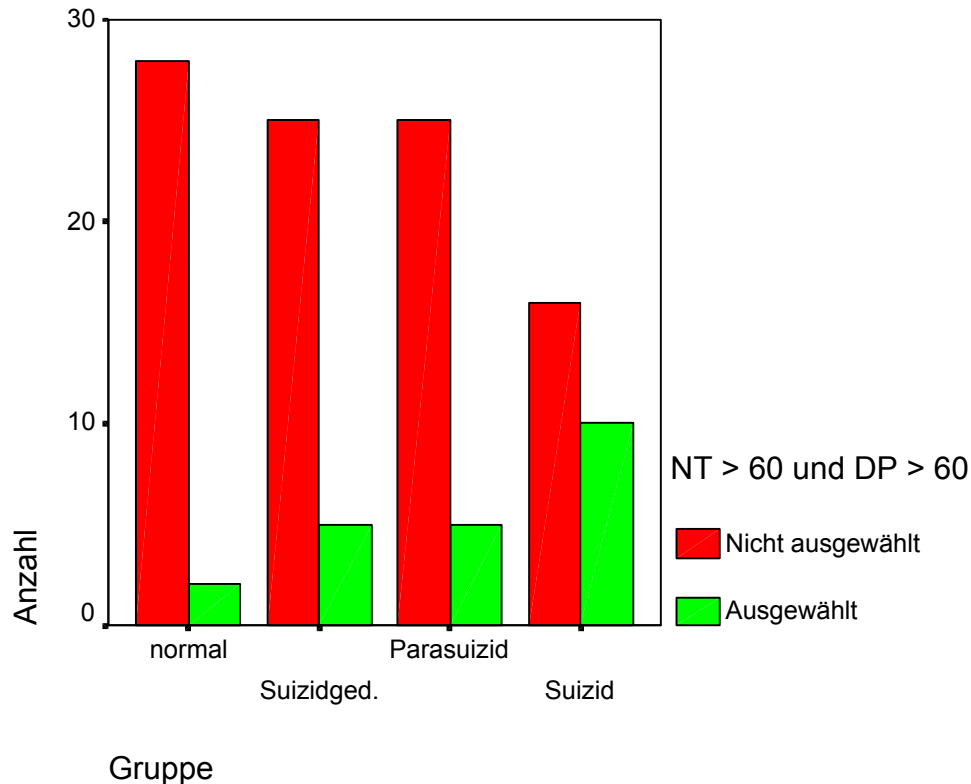
Abb. 3.11 Anzahl der Personen, die sowohl im kritischen-NT als auch im spontanen-BL-Stil Werte über einer Standardabweichung ($T > 60$) hatten.



In Bezug auf die Kombination der Skalen *Kritisch-NT* und *Still-DP* ergab der Chi-Quadrat-Test signifikante Effekte für die suizidale Gruppe (Chi-Quadrat (3) = 9.589, $p = 0.022$). Die suizidalen Probanden erreichen häufiger (10 Personen bzw. 33.3% der Stichprobe) höhere Werte in beiden Skalen. Sie sind häufig sowohl kritischer (passiv-aggressiver) als auch depressiver als die Personen der anderen drei Gruppen. Der unabhängige t-Test war im Vergleich zu der Kontrollgruppe ($t(54) = -3.079$, $p =$

0.003) signifikant und im Vergleich zu der parasuizidalen ($t(54) = -1.861$, $p = 0.068$) und der Gruppe mit Suizidgedanken ($t(54) = -1.861$, $p = 0.068$) nicht signifikant.

Abb.3.12 Anzahl der Personen, die sowohl im kritischen-NT als auch im stillen-DP-Stil Werte über einer Standardabweichung ($T > 60$) hatten.



Diese Befunde stimmen mit der Annahme überein (Hypothese 1, 1.1), dass es in der Persönlichkeitskonstellation der suizidalen Gruppe innere Unterschiede (Widerstände) gibt, d.h. während ein Teil der Probanden mehr antisozial und depressiv ist, ist der andere Probandenteil mehr negativistisch und depressiv oder mehr negativistisch und borderline als die restlichen Probanden der übrigen drei Gruppen. Es wurden analoge Analysen für andere Paare von Stilen (für den Fall, dass die T-Werte bei beiden Stilen größer als 60 sind) durchgeführt. In keinen von diesen analogen Analysen ergaben sich signifikante Effekte.

4. SELBSTSTEUERUNGSFUNKTIONEN IN DEN VIER GRUPPEN

Tabelle 4.1 Mittelwertsvergleiche der Selbststeuerungsfunktionen aus dem Selbststeuerungsinventar (SSI-K) in den vier Forschungsgruppen (ANOVA Ergebnis).

Selbststeuerungsfunktionen	Kontrollgruppe	Suizidgedanken	Parasuizid	Suizid	Varianzanalyse (Haupteffekt)
Selbstmotivierung	56,43	53,70*	52,07	47,46*	F(3,112)=2,71 p < 0,05 ¹
Aktivierungskontrolle	55,87	53,37	52,07	53,12	0,53 n.s.
Selbstbestimmung	49,87	47,87	46,53	44,31	1,42 n.s.
LOP	a, c) ² 50,47	61,77**	51,33	60,69**	7,29 p < 0,001
Volitionale Passivität	46,60	51,37	48,63	52,23*	2,71 p < 0,05
Konzentr.-schwäche a, c)	42,53	54,60*	43,33	53,50*	5,10 p < 0,01
Zielfixierung	50,10	53,47	47,70	51,88	1,85 n.s.
Konformität c)	49,37	56,67*	52,50	57,88*	4,30 p < 0,01
LOM	48,70	56,27	52,17	52,23	1,91 n.s.
Belastung	7,23	14,57***	11,67**	14,81***	14,62 p < 0,001
Bedrohung b, c)	8,00	14,10***	15,70***	19,04***	19,59 p < 0,001

Anmerkungen:

¹ *p < 0,05, **p < 0,01, ***p < 0,001: signifikanter Unterschied zur Kontrollgruppe nach dem *LSD – Test*

² sign. Unterschied zw.: a) Suizidgedanken u. Parasuizid, b) Suizidged. u. Suizid, c) Parasuizid u. Suizid

Abb.4.1 Selbststeuerungsfunktionen in den 4 Gruppen

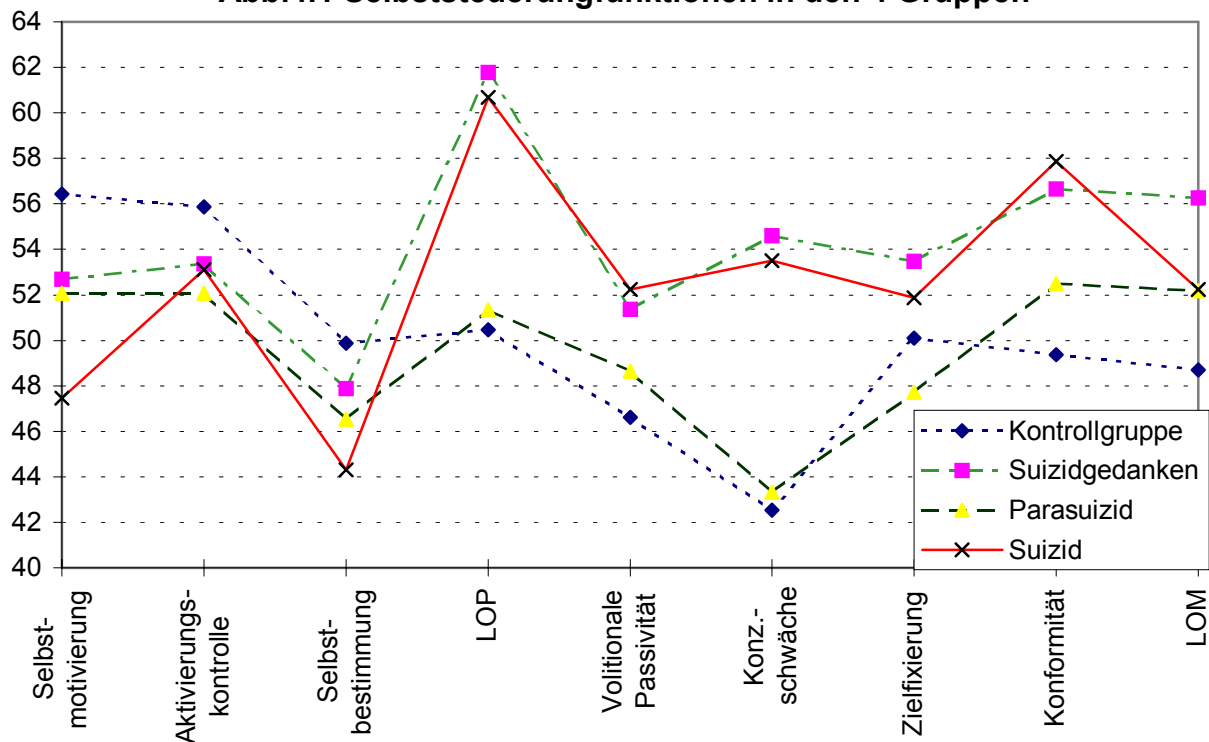
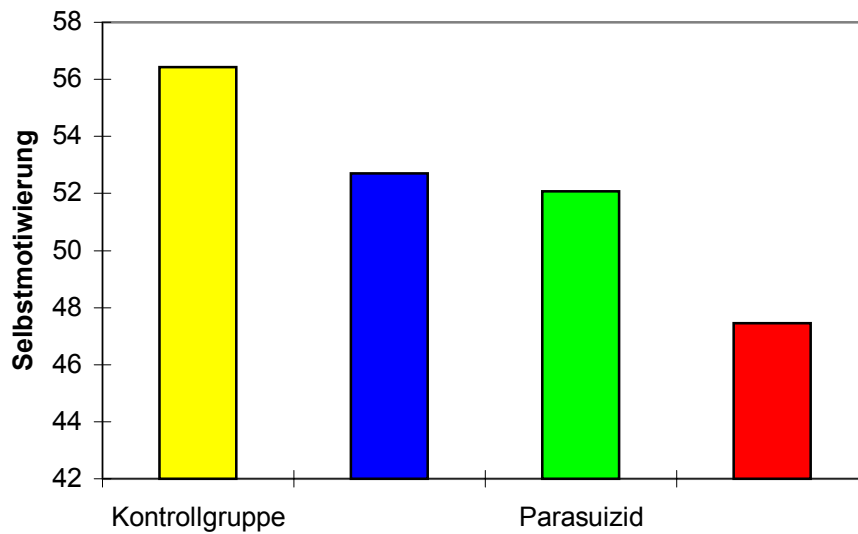
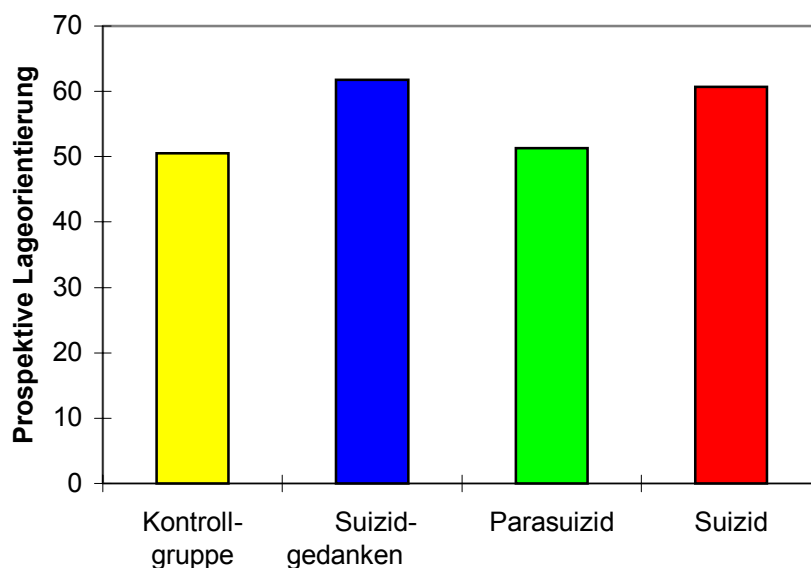


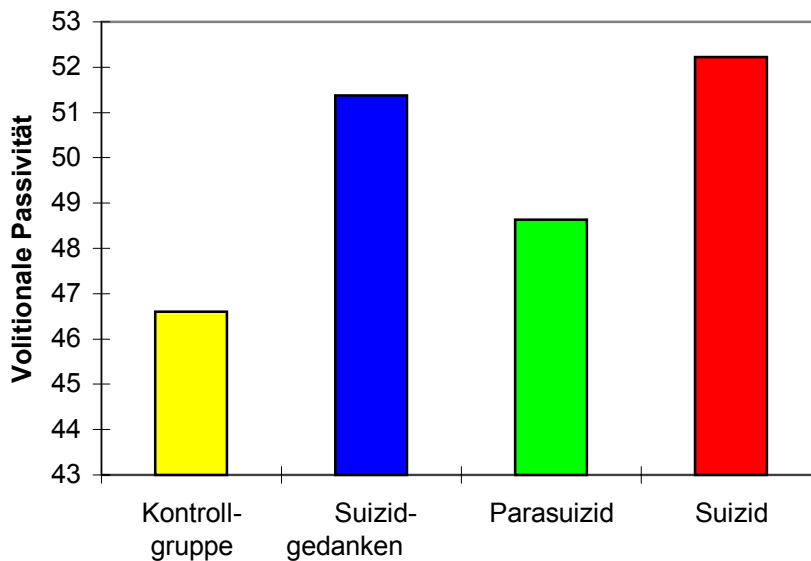
Abb.4.2 Selbstmotivierung aus dem SSI-K

Die berechnete Varianzanalyse für die Skala *Selbstmotivierung* ergab einen signifikanten Effekt für die suizidalen Probanden ($F(3,112) = 2.71, p < 0,05$). Diese Jugendlichen haben im Vergleich zu der Kontrollgruppe und der Gruppe mit Suizidgedanken (marginal signifikant $p < 0.1$) weniger die Fähigkeit, eine positive Stimmung selbst herzustellen. Es fällt ihnen schwerer, sich selber zu motivieren, wenn sie bei einer schwierigen Situation nicht unterstützt werden. Der Befund zeigt die gemäß Hypothese (2) erwartete niedrige Selbststeuerungskompetenzen bei Probanden der suizidalen Gruppe. Die Theoretische Annahme (Hypothese 2.2), dass die Probanden mit Suizidgedanken über bessere Kompetenzen der Selbstregulation verfügen als die suizidale Gruppe wurde durch Befunde mit einer marginalen Signifikanz bestätigt.

Abb.4.3 Prospektive Lageorientierung (LOP)

In Bezug auf die Skala *Prospektive Lageorientierung* (LOP) zeigten sich weitere signifikante Effekte ($F(3,112) = 7.29, p < 0,01$). Die suizidalen Probanden und die mit Suizidgedanken sind stärker lageorientiert als die parasuizidalen Jugendlichen und die aus der Kontrollgruppe. Bei den suizidalen Probanden sowie denen mit Suizidgedanken ist der positive Affekt mehr gedämpft und damit ist auch die Ausführung von generierten eigenen Zielen und Absichten gehemmter als bei den Personen aus der Kontrollgruppe und denen nach dem Parasuizid. Der Befund ist vereinbar mit der Annahme (Hypothese 2.1), dass die parasuizidale Gruppe handlungsorientierter ist und ihre Funktionen der Willensbahnung ausgeprägter sind als bei den anderen zwei Gruppen (niedrigere LOP und volitionale Passivität).

Abb.4.4 Volitionale Passivität

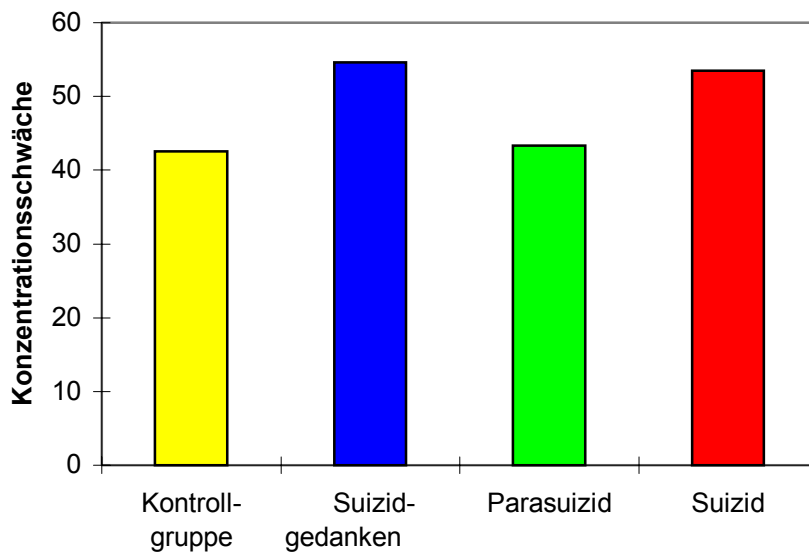


In der Skala *Volitionale Passivität* gibt es signifikante Unterschiede zwischen der Kontrollgruppe, der Gruppe mit Suizidgedanken und der suizidalen Gruppe ($F(3,112) = 2,71, p < 0,05$). Die zwei letzten Gruppen haben weniger Energie zum Umsetzen eigener Handlungsabsichten als die Kontrollgruppe. Bei ihnen ist damit die Anfälligkeit für die Umsetzung fremder Ziele höher als bei der Kontrollgruppe.

In der Skala *Konzentrationschwäche* zeigten sich signifikante Ergebnisse zwischen der Kontroll- und parasuizidalen Gruppe und der suizidalen und der Gruppe mit Suizidgedanken ($F(3,112) = 5.10, p < 0,01$). Die zwei letzten Gruppen zeigen mehr

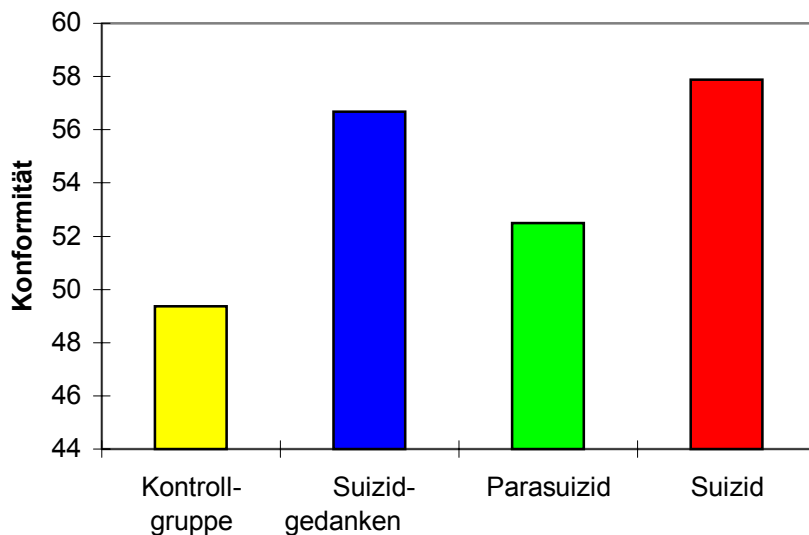
Konzentrationsschwäche, bei ihnen ist die Fähigkeit, Ablenkungen von außen oder von innen (z.B. irrelevante Gedanken) zu unterbinden, viel geringer als bei der Kontroll- und der parasuizidalen Gruppe. Die Befunde (Abb.4.3, 4.5) stützen die theoretische Annahme (Hypothese 2.2, 2.3), dass die Personen mit Suizidgedanken stärker lageorientiert sind (vgl. höhere LOP und Konzentrationsschwäche) als die Personen der Kontrollgruppe und der parasuizidale Gruppe.

Abb.4.5 Konzentrationsschwäche



In Bezug auf die Skala *Konformität* gibt es weitere signifikante Effekte ($F(3,112) = 4.30, p < 0.01$). Die Kontrollgruppe und die Gruppe nach dem Parasuizid sind weniger konformistisch als die Suizidalen und die mit Suizidgedanken.

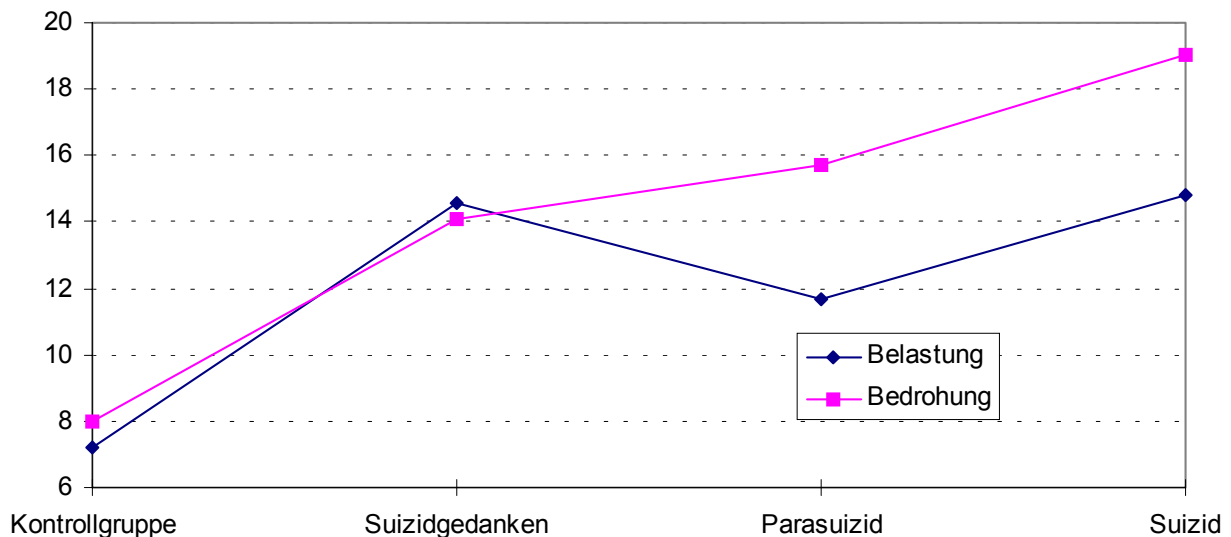
Abb.4.6 Konformität



Die beiden Gruppen mit höherer Konformität (d.h. die Gruppe mit Suizidgedanken und die suizidale Gruppe) erkennen selbstfremde Aufträge nicht und befolgen diese häufiger unter Druck oder auf Grund „eingebildeter“ Modelle fremder Erwartungen (Introjektionsneigung) als die Kontrollgruppe und die parasuizidale Gruppe.

In der Skala *Belastung* gibt es signifikante Unterschiede zwischen der Kontrollgruppe und den drei anderen Gruppen ($F(3,112) = 14.62, p < 0.001$). In Übereinstimmung mit der Hypothese (2.4) erlebten die Probanden der Kontrollgruppe viel weniger Belastung, Druck und Stress in ihrem Leben, die positiven Affekt hemmen als die Probanden der übrigen drei Gruppen.

Abb.4.7 Mittelwerte der Skalen Belastung und Bedrohung



In der Skala *Bedrohung* zeigten sich einige signifikante Ergebnisse ($F(3,112) = 19.59, p < 0,001$). Die Kontrollgruppe fühlt sich in Übereinstimmung mit der Hypothese (2.4) weniger bedroht als alle anderen Gruppen. Die suizidale Gruppe fühlte sich am bedrohtesten. Die parasuizidale und die Gruppe mit Suizidgedanken fühlten sich durch Lebensveränderungen und Stresssituationen weniger bedroht als die suizidale, aber mehr bedroht als die Kontrollgruppe. Der durch Bedrohung erhöhte negative Affekt ist bei parasuizidalen Personen und denen mit Suizidgedanken stärker als bei Gesunden, aber schwächer als bei den suizidalen Probanden.

5. DIE PERSÖNLICHKEITSAKTOREN IN DEN VIER GRUPPEN

Tabelle 5.1. Mittelwertsvergleiche der Persönlichkeitsfaktoren des Fünf-Faktoren-Modells (NEOFFI) in den vier Forschungsgruppen (ANOVA Ergebnisse).

Persönlichkeitsfaktoren		Kontrollgruppe	Suizidgedanken	Parasuizid	Suizid	Varianzanalyse (Haupteffekt)
Extraversion	a) ²	6,03	4,80*	5,97*	5,42	F(3,112)=2,90 p < 0,05 ¹
Neurotizismus		5,20	6,60*	6,33*	6,08	3,57 p < 0,05
Offenheit		4,87	5,53	5,43	5,08	0,72 n.s
Verträglichkeit		6,27	4,53**	5,00*	4,85*	4,69 p < 0,01
Gewissenhaftigkeit		6,53	5,20**	5,83	5,35*	2,77 p < 0,05

Anmerkungen:

¹ *p < 0,05, **p < 0,01, ***p < 0,001: signifikanter Unterschied zur Kontrollgruppe nach dem LSD –Test

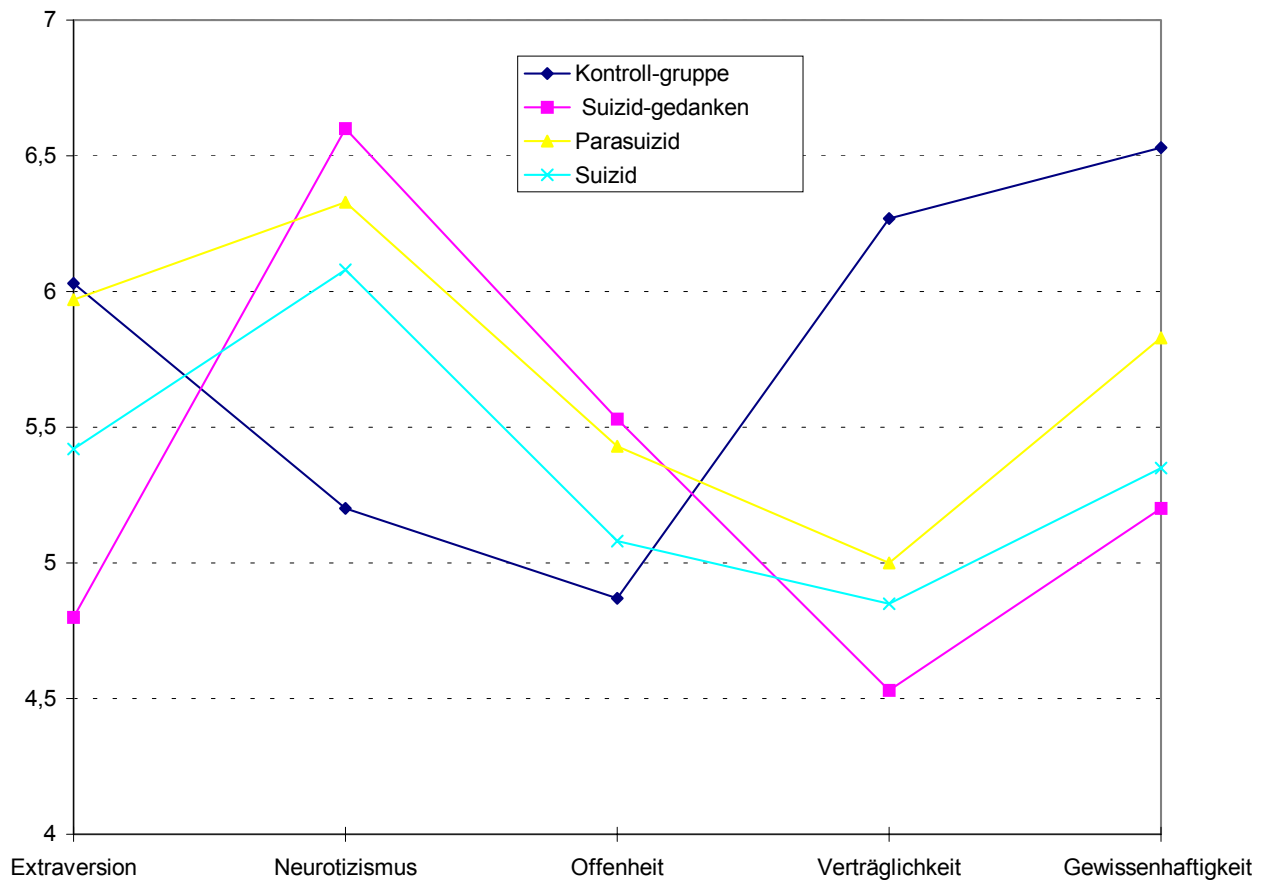
² sign. Unterschied zw.: a) Suizidgedanken u. Parasuizid, b) Suizidged.u. Suizid, c) Parasuizid u. Suizid

Die berechnete Varianzanalyse ergab einen signifikanten Haupteffekt für die Dimension *Extra- vs. Introversion* (F (3,112) = 2.90, p < 0,05). Die Probanden mit Suizidgedanken sind introvertierter als die gesunden Probanden und jene nach dem Parasuizid. Die Gruppe mit Suizidgedanken hatte eine niedrigere Sensibilität für positiven Affekt, war verschlossener und konzentrierter auf innere Erlebnisse und Gedanken als die Kontroll- und die parasuizidale Gruppe.

Für die Dimension *Offenheit* gab es keine signifikanten Effekte, d.h. die suizidale Gruppe war nicht weniger offen für Erfahrungen als die übrigen drei Gruppen.

Für die Dimension *Neurotizismus* gab es einen signifikanten Haupteffekt (F (3,112) = 3.57, p < 0,05). Die Kontrollgruppe war weniger neurotisch als die parasuizidale und die Gruppe mit Suizidgedanken. Diese beide Gruppen waren signifikant ängstlicher und zurückhaltender, und auch sensibler für negativen Affekt als die gesunden Probanden. Die Gruppe mit Suizidgedanken hatte noch höhere Introversion- und Neurotizismuswerte als die anderen beiden Gruppen. Die Unterschiede zu den anderen beiden Gruppen waren jedoch nicht signifikant. Die Erwartung, dass die suizidale Gruppe weniger offen für Erfahrungen und gehemmter sein würde, d.h. gleichzeitig erhöhte Werte für Introversion und Neurotizismus haben würde, wurde nicht bestätigt (Hypothese 6).

Abb. 5.1 Persönlichkeitsdimensionen des NEO-FFI



In der Skala *Verträglichkeit* ergab die Varianzanalyse einen signifikanten Haupteffekt ($F(3,112) = 4.69, p < 0,01$). Die Probanden der Kontrollgruppe sind anderen gegenüber aufgeschlossener, freundlicher, toleranter und kooperativer als die Probanden der anderen drei Gruppen.

In Bezug auf die Skala *Gewissenhaftigkeit* ergab die Varianzanalyse ebenso signifikante Effekte für die Kontrollgruppe ($F(3,112) = 2.77, p < 0,05$). Die gesunden Jugendlichen sind signifikant gewissenhafter, verantwortungsvoller, genauer und ehrlicher in ihrer Arbeit als die suizidalen Jugendlichen und die mit Suizidgedanken.

6. DER DEPRESSIVITÄTSPIEGEL IN DER VIER GRUPPEN

Tabelle 6.1 Mittelwertvergleiche der Depressivitätsdimensionen des BDI-Inventar in den vier Forschungsgruppen (ANOVA Ergebnisse).

Depressionsdimensionen	Kontrollgruppe	Suizidgedanken	Parasuizid	Suizid	Varianzanalyse (Haupteffekt)
1. Dysphorie	0,47	0,60	0,83*	0,92*	F(3,112)=3,01 p < 0,05 ¹
2. Hoffnungslosigkeit	0,90	1,00	1,00	1,58**	3,64 p < 0,05
3. Versagensgefühle b) ²	0,40	0,83**	1,10**	1,46**	7,30 p < 0,001
4. Objekt Bezugstörung.	0,30	0,70	0,97*	1,27*	5,54 p < 0,001
5. Schuldgefühle	0,67	0,86	1,12	1,20	2,62 n.s
6. Strafgefühle a, b)	0,33	0,40*	1,00**	1,17**	6,19 p < 0,05
7. SelbstHass	0,40	0,60	0,83*	1,23***	6,67 p < 0,001
8. Selbstvorwürfe b, c)	0,43	0,47	0,47	1,08*	3,94 p < 0,01
9. Suizidalität	0,17	0,30	0,53	0,62	2,36 n.s
10. Weinen	0,33	0,47	0,87	0,88	2,26 n.s
11. Reizbarkeit b)	0,73	0,57	1,00	1,38*	3,48 p < 0,05
12. Kontaktstörungen	0,30	0,37	0,83	0,87	2,42 n.s
13. Entscheidung.unföh.	0,73	0,73	0,83	0,96	0,58 n.s
14. Negat. Selbstvorste. c)	0,33	0,93*	0,47	1,27**	4,66 p < 0,01
15. Arbeitsunfähigkeit	0,10	0,69**	0,40	0,70**	5,39 p < 0,01
16. Schlafstörungen b)	0,13	0,47*	0,57	0,96***	5,09 p < 0,01
17. Ermüdbarkeit b)	0,30	0,30	0,43*	0,88*	3,61 p < 0,05
18. Appetitverlust a, b)	0,20	0,30	0,93**	0,69*	5,85 p < 0,001
19. Gewichtverlust	0,17	0,20	0,53	0,54	2,21 n.s
20. Hypochondrie	0,40	0,37	0,38	0,48	0,23 n.s
21. Sex. Desinteresse	0,10	0,50	0,53	0,62	2,84 n.s
22. BDI – Summe b, c)	8,10	11,90**	15,10**	20,58***	9,74 p < 0,001

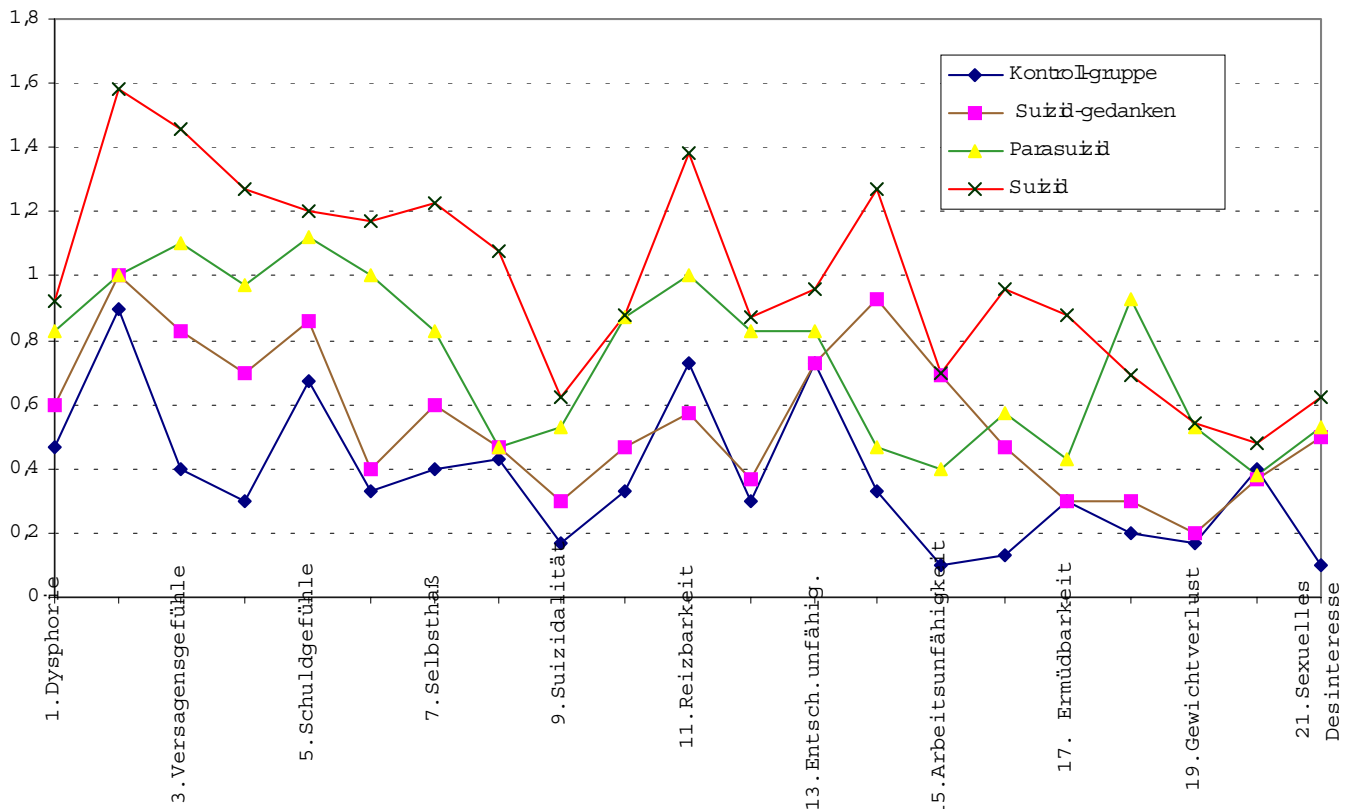
Anmerkungen:

¹ *p < 0,05, **p < 0,01, ***p < 0,001: signifikanter Unterschied zur Kontrollgruppe nach dem *LSD – Test*

² sign. Unterschied zw.: a) Suizidgedanken u. Parasuizid, b) Suizided. u. Suizid, c) Parasuizid u. Suizid

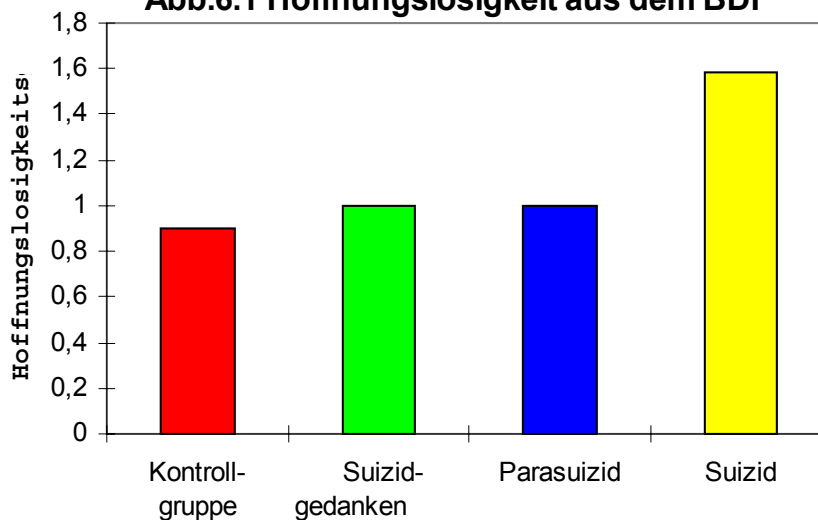
Für alle Depressionskalen von Becks Depressionsinventar wurde eine einfaktorielle Varianzanalyse gerechnet. In Bezug auf die Dysphorieskala ergab die Varianzanalyse signifikante Effekte ($F(3,112) = 3.01, p < 0.05$). Die suizidalen und die parasuizidalen Jugendlichen leiden unter einer starken dysphorischen Stimmung – sind also trauriger und schwermütiger als die Kontrollgruppe.

Abb. 6.1 Depressionsdimensionen vom BDI



In der Skala *Hoffnungslosigkeit* erreichten die suizidalen Jugendlichen die höchsten Werte. Diese Probanden hatten in Übereinstimmung mit der Hypothese (7.1) mehr Hoffnungslosigkeitsgefühle in Bezug auf ihre Zukunft als die Probanden der übrigen drei Gruppen ($F(3,112) = 3.64, p < 0,05$).

Abb.6.1 Hoffnungslosigkeit aus dem BDI



Die *Versagensgefühle* treten stärker bei der suizidalen Gruppe als bei der Kontrollgruppe und der Gruppe mit Suizidgedanken auf. In der parasuizidalen Gruppe sind die Versagensgefühle auch signifikant stärker als in der Kontrollgruppe ($F(3,112) = 7.30, p < 0.001$) ausgeprägt.

In der Skala *Objekt Bezugstörungen* gibt es signifikante Unterschiede zwischen den Probanden der Kontrollgruppe und den Probanden der suizidalen und parasuizidalen Gruppe ($F(3,112) = 6.19, p < 0,001$). Die gesunden Jugendlichen erleben signifikant mehr Zufriedenheit und Freude an allem was sie tun als die suizidalen und parasuizidalen Jugendlichen.

Strafgefühle erleben die gesunden Probanden und die mit Suizidgedanken signifikant schwächer als die suizidalen und parasuizidalen Jugendlichen ($F(3,112) = 6.19, p < 0.001$).

In Bezug auf die Skala *Selbsthass* erleben die Gesunden signifikant weniger Unzufriedenheit sowie Hassgefühle gegenüber sich selbst als die suizidalen und parasuizidalen Jugendlichen ($F(3,112) = 6.67, p < 0,001$).

In der Skala *Selbstvorwürfe* zeigten sich signifikante Effekte für die suizidale Gruppe. Diese Probanden glaubten, dass sie schlechter als andere Menschen seien, und sie waren viel selbstkritischer als alle anderen Probanden der übrigen drei Gruppen ($F(3,112) = 3.94, p < 0,01$).

In der Skala *Reizbarkeit* zeigte sich ein signifikanter Effekt. Die suizidalen Probanden fühlten sich gereizter und verärgerter als die Probanden aus der Kontrollgruppe ($F(3,112) = 3.48, p < 0,005$).

In Bezug auf die Skala *Negative Selbstvorstellung* ergab die Varianzanalyse signifikante Effekte für die suizidale Gruppe ($F(3,112) = 4.66, p < 0,01$). Die suizidalen Jugendlichen hatten mehr Furcht, dass sie schlecht und unattraktiv aussähen als die Versuchspersonen aus der Kontrollgruppe und der Gruppe nach dem parasuizidalen Versuch.

In der Skala *Arbeitsunfähigkeit* zeigte sich ein signifikanter Effekt für die Kontrollgruppe ($F(3,112) = 5.39, p < 0,01$). Diese Probanden hatten weniger Probleme mit ihrer Arbeit und schätzten ihre Arbeitsfähigkeit (Fleiß) höher ein als die suizidalen und die Probanden mit Suizidgedanken.

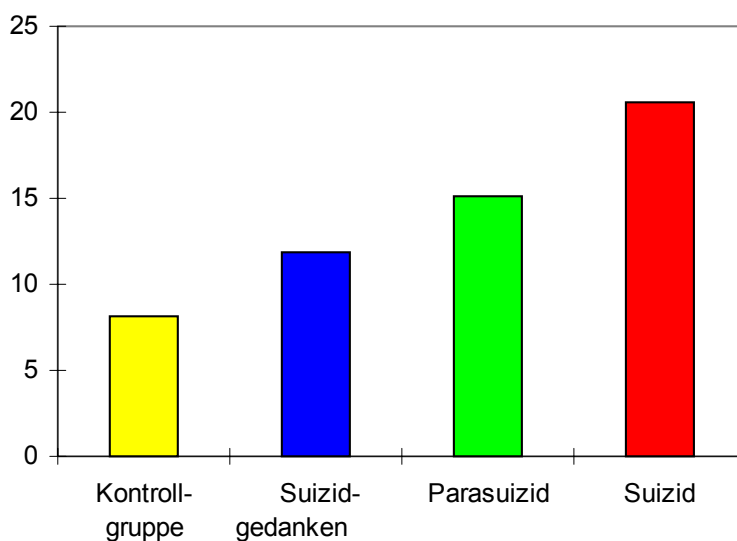
In der Skala *Schlafstörungen* zeigten sich signifikante Ergebnisse für die suizidale Gruppe ($F(3,112) = 5,09$, $p < 0.01$). Schlafstörungen traten häufiger bei den Personen der suizidalen Gruppe als bei den Jugendlichen mit Suizidgedanken und bei den Gesunden aus der Kontrollgruppe auf.

In Bezug auf die Skala *Ermüdbarkeit* ergab die Varianzanalyse signifikante Effekte für die suizidale Gruppe ($F(3,112) = 3.61$, $p < 0.05$). Diese Jugendlichen fühlten sich erschöpfter und ermüdeten schneller als die Personen aus den anderen drei Gruppen.

In der Skala *Appetitverlust* zeigten sich signifikante Ergebnisse für die suizidalen und parasuizidalen Probanden. Diese Versuchspersonen hatten weniger Appetit als die Probanden der Kontrollgruppe und der Gruppe mit Suizidgedanken ($F(3,112) = 5.85$, $p < 0.001$).

Die berechnete Varianzanalyse für die Summe der Ergebnisse aller Skalen des BDI ergab signifikante Effekte für die suizidale Gruppe ($F(3,112) = 9.74$, $p < 0.001$). Die suizidalen Probanden sind in Übereinstimmung mit der Hypothese (7) allgemein depressiver und erleben mehr Hoffnungslosigkeitsgefühle hinsichtlich ihrer Zukunft. Sie zeigen außerdem einen höheren Verlust an Motivation und Erwartungen als die parasuizidalen Probanden, die Probanden mit Suizidgedanken und die der Kontrollgruppe.

Abb.6.1 Summe der BDI Skalen



7. DIE LEBENSINNWERTE IN DEN VIER GRUPPEN

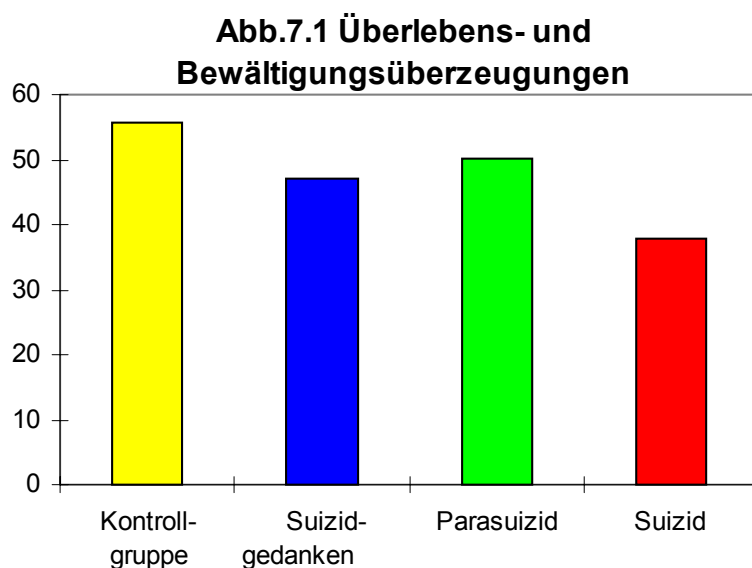
Tabelle 7.1. Mittelwertsvergleiche der Lebenssinnskalen des Lebenssinninventars (RFL-I) in den vier Forschungsgruppen (ANOVA Ergebnisse).

Lebenssinnskalen	Kontroll- gruppe	Suizid- gedanken	Parasuizid	Suizid	Varianzanalyse (Haupteffekt)
Überlebens- u. Bewältigungs- überzeugungen <i>b,c</i> ²	55,77	47,00**	50,27***	37,85***	F(3,112)=13,69 p <0,001 ¹
Verantwortung für die Familie <i>c</i>	15,73	12,37**	13,83*	11,58***	6,37 p <0,001
Furcht vor Suizid <i>b, c</i>	16,27	10,00***	10,00***	6,00***	22,44 p <0,001
Furcht vor sozialer Ablehnung	6,63	3,93**	5,53	4,54*	4,27 p < 0,01
Moralische Normen	8,40	5,40*	6,90	4,69*	5,19 p < 0,01
RFL-I Summe <i>b, c</i>	102,80	78,70***	86,53**	64,65***	24,30 p < 0,000

Anmerkungen:

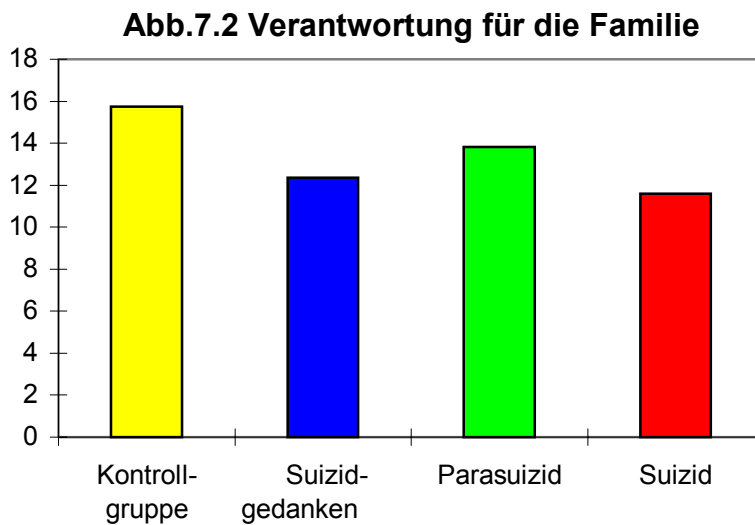
¹ *p < 0,05, **p < 0,01, ***p < 0,001: signifikanter Unterschied zur Kontrollgruppe nach dem *LSD –Test*

² sign. Unterschied zw.: a) Suizidgedanken u. Parasuizid, b) Suizidged.u. Suizid, c) Parasuizid u. Suizid.



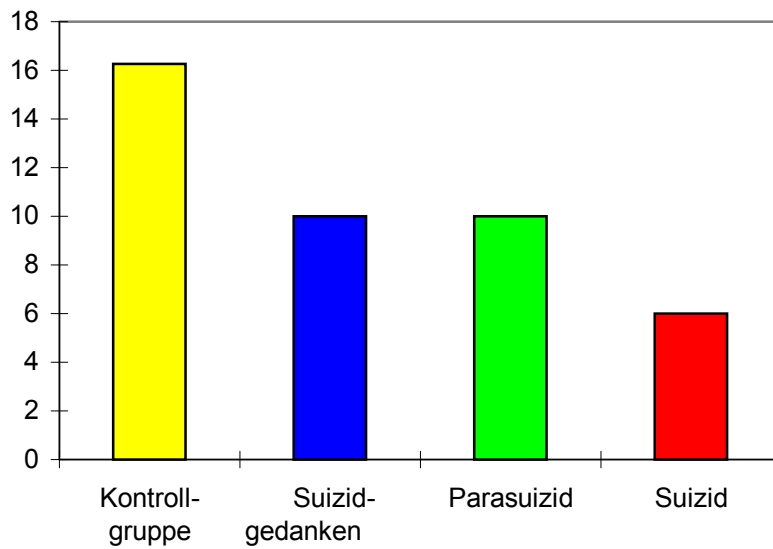
Für die Skala *Überlebens- und Bewältigungsüberzeugungen*, ergab die berechnete Varianzanalyse einen signifikanten Haupteffekt ($F(3,112) = 13.65$, $p < 0,001$). Die suizidalen Jugendlichen sind in Übereinstimmung mit der theoretischen Annahme (Hypothese 8.1) signifikant weniger selbsteffizient und optimistisch und haben ein niedrigeres Lebenssinngedühl als die Jugendlichen aller anderen drei Gruppen. Die

Personen der Gruppe mit Suizidgedanken sind im Vergleich zu den Probanden aus der Kontrollgruppe weniger selbsteffizient, optimistisch und lebensfreudig.



In der Skala *Verantwortung für die Familie* zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen der suizidalen und der Kontrollgruppe sowie der suizidalen und parasuizidalen Gruppe und auch zwischen der Gruppe mit Suizidgedanken und der Kontrollgruppe ($F(3,112) = 6.37, p < 0.001$). Die suizidalen Probanden fühlen sich weniger für die Familie verantwortlich. Ihr emotionaler Bezug zur Familie ist viel schwächer als bei den parasuizidalen Probanden und den Probanden aus der Kontrollgruppe. Die Versuchspersonen mit Suizidgedanken sind weniger verantwortlich und mit ihrer Familie emotional schwächer verbunden als die Versuchspersonen aus der Kontrollgruppe.

Die Varianzanalyse ergab für die Skala *Furcht vor Selbstmord* weitere signifikante Unterschiede für die suizidale Gruppe im Vergleich zu den anderen drei Gruppen ($F(3,112) = 22.44, p < 0.001$). Der Befund stützt die Hypothese (8.1), dass die Angst vor dem Selbstmord und dem Schmerz, der mit dem Selbstmordversuch verbunden ist, bei den suizidalen Probanden viel geringer ist als bei allen anderen Probanden der übrigen drei Gruppen.

Abb. 7.3 Furcht vor Selbstmord

Es gab ebenso einen signifikanten Haupteffekt für die Skala *Furcht vor der sozialen Ablehnung* ($F(3,112) = 22.40, p < 0,001$). Es zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen der Kontrollgruppe und der Gruppe mit Suizidgedanken sowie zwischen der Kontrollgruppe und der suizidalen Gruppe. Die Kontrollgruppe hat viel mehr Angst vor sozialer Ablehnung oder vor einem sozialen Urteil wegen eines Suizidversuchs als die anderen zwei Gruppen.

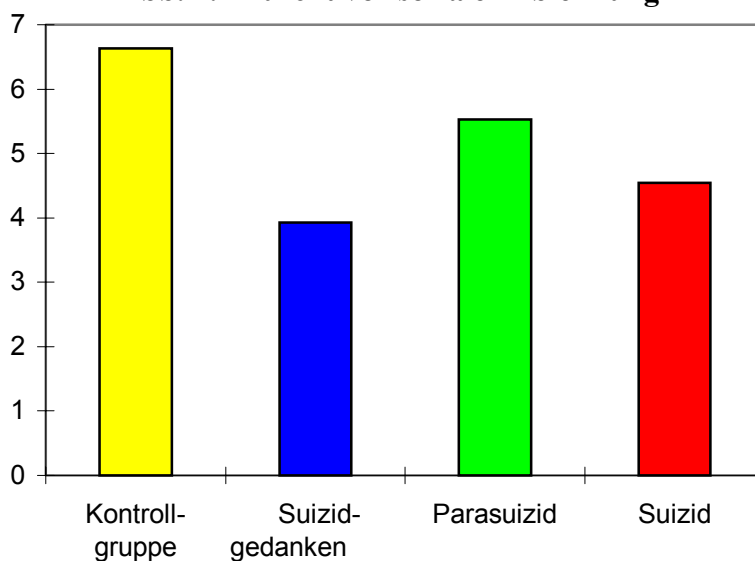
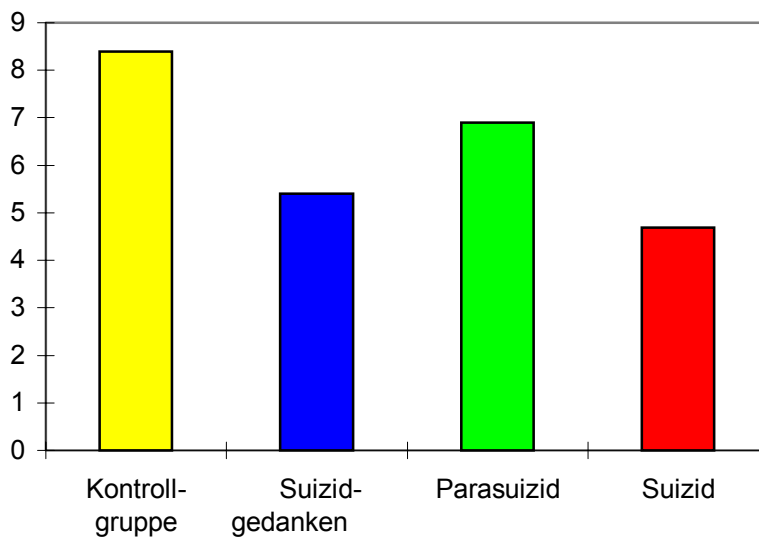
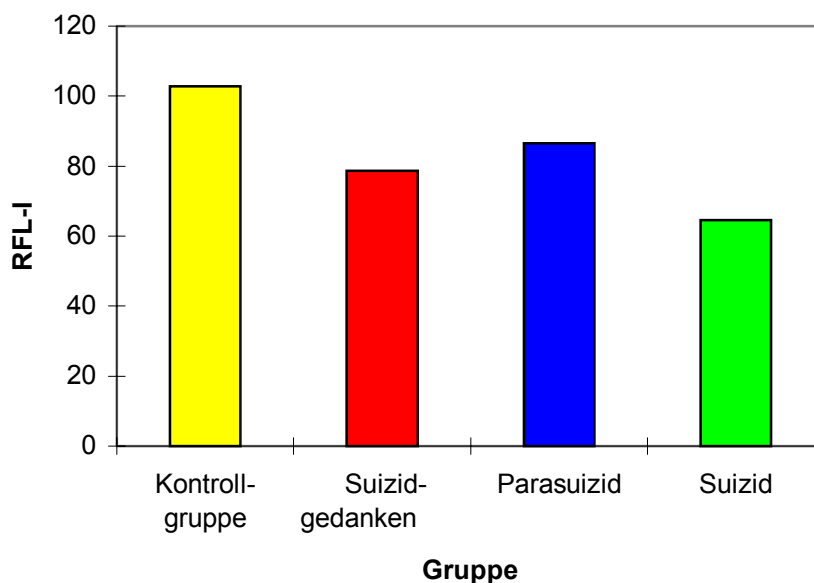
Abb. 7.4 Furcht vor sozialer Ablehnung

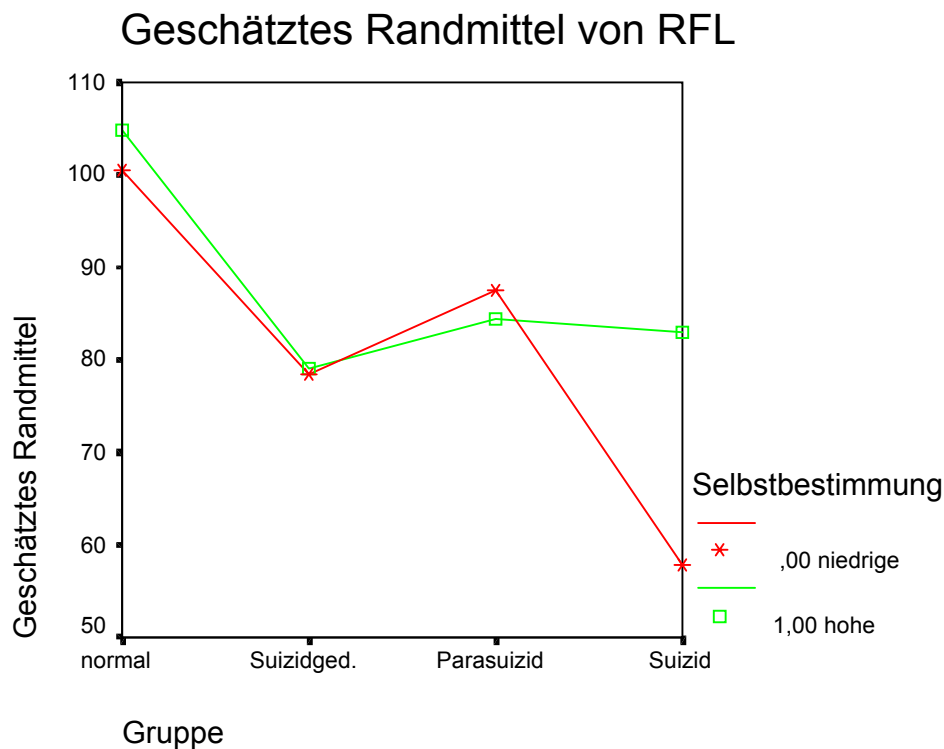
Abb. 7.5 Moralische Normen

Die moralischen Normen in Bezug auf Selbstmord sind bei der Kontrollgruppe besonders stark ausgeprägt. Die gesunden Probanden sind davon überzeugt, dass das Leben „ein Geschenk ist und nur Gott es den Menschen nehmen darf“. Die zwei anderen Gruppen, die Kontrollgruppe und die mit Suizidgedanken sind gegensätzlicher Meinung. Sie haben keine moralische Hemmungen vor einem Suizidversuch. Es zeigten sich in der Varianzanalyse signifikante Unterschiede zwischen der Kontrollgruppe und der suizidalen Gruppe sowie der Gruppe mit Suizidgedanken ($F(3,112) = 5.19, p < 0,01$).

Abb.7.6 Das Gesamtwert der Subskalen von RFL-I

Die für den Gesamtkennwert des RFL-I berechnete Varianzanalyse ergab einen signifikanten Haupteffekt ($F(3,112) = 24.303, p < 0,000$). Die suizidale Gruppe hatte signifikant erhöhte Werte in dem Reasons for Living Gesamtkennwert. Der Befund stützt die theoretische Annahme, dass die suizidalen Jugendlichen mit geschwächten Selbstfunktionen auch ein signifikant niedrigeres Gefühl für Lebenssinn erleben als die Jugendlichen der anderen drei Gruppen (Hypothese 8, 8.1). Sie sind weniger optimistisch, ihrer Meinung nach weniger selbsteffizient und für ihre Familie weniger verantwortlich. Die sozialen sowie moralischen Werte und die Furcht vor Suizid scheinen ihnen weniger wichtig zu sein als den Personen der übrigen drei Gruppen.

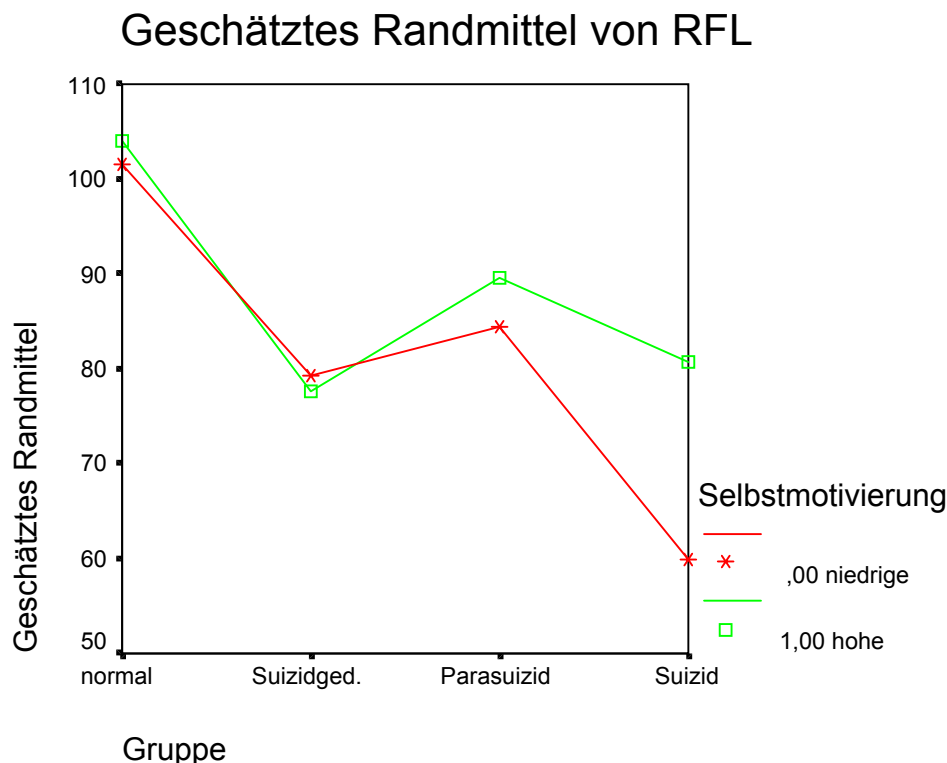
Abb.7.7 Wechselwirkung von Gruppenzugehörigkeit und hoher vs. niedriger Selbstbestimmung mit dem Reasons for Living (RFL) Kennwerten für Suizidalitätsschutz.



Die Wechselwirkung zwischen hoher vs. niedriger Selbstbestimmung und Gruppenzugehörigkeit in den Reasons for Living (RFL) als Kennwert für Suizidalitätsschutz wurde durch eine zweifaktorielle Varianzanalyse überprüft. Es zeigte sich sowohl ein signifikanter Haupteffekt für Gruppe ($F(3,116) = 18.131, p < 0.000$) als auch für Selbstbestimmung ($F(3,116) = 4.211, p < 0.05$). Reasons for Living ist

abhängig von der Gruppenzugehörigkeit (siehe Tab.7.1) und Selbstbestimmung, d.h. Personen mit hoher Selbstbestimmung nennen mehr RFL, als Versuchspersonen mit niedriger Selbstbestimmung. Die Interaktion von Gruppenzugehörigkeit und Selbstbestimmung war ebenso signifikant ($F(3,116) = 3.222, p = 0.026$), d.h. die Selbstbestimmung verändert die RFL-Wert in den einzelnen Gruppen selektiv. Die Varianzanalyse ergab ferner eine signifikante Wechselwirkung von Selbstbestimmung in der suizidalen Gruppe auf dem RFL-Wert. Bei den suizidalen Probanden bewirkte die Selbstbestimmung die Veränderung von RFL, d.h. Versuchspersonen mit hoher Selbstbestimmung hatten höhere Werte im RFL-Inventar als Kennwert für Suizidalitätsschutz während Personen mit niedriger Selbstbestimmung signifikant niedrigere Werte im RFL-Inventar zeigten ($t(25) = 4.17, p < 0.001$).

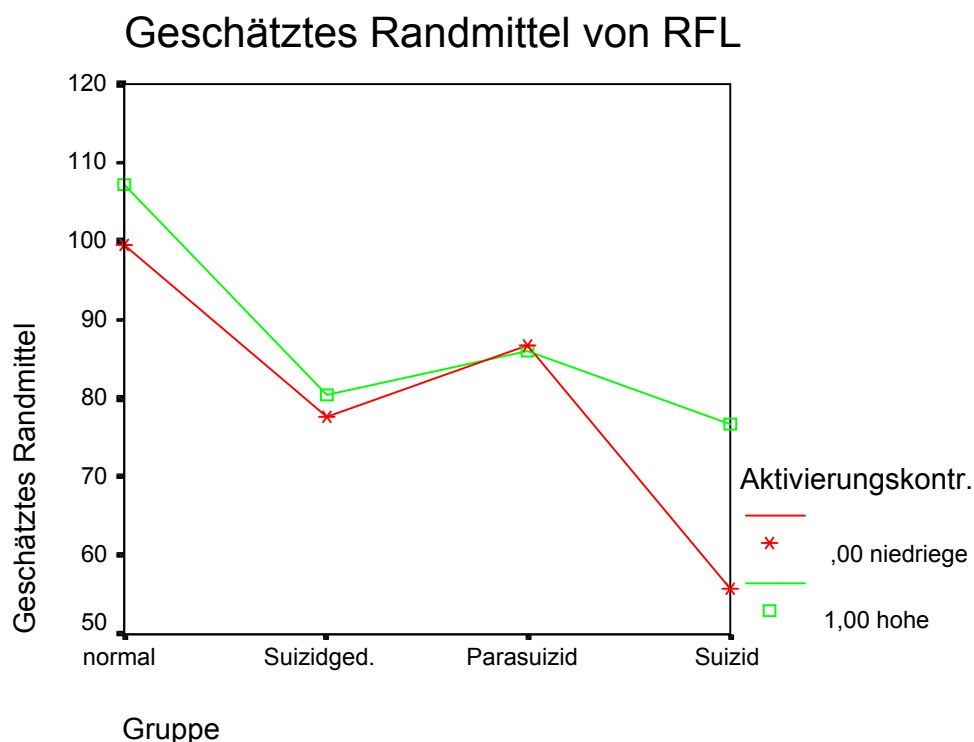
Abb.7.8 Wechselwirkung von Gruppenzugehörigkeit und hoher vs. niedriger Selbstmotivierung mit dem Reasons for Living (RFL) als Kennwert für Suizidalitätsschutz.



Ferner wurde die Wechselwirkung von hoher vs. niedriger Selbstmotivierung und Gruppenzugehörigkeit in den Reasons for Living (RFL) als Kennwert für Suizidalitätsschutz überprüft. Die zweifaktorielle Varianzanalyse ergab einen signifikanten

Haupteffekt für Gruppe ($F(3,112) = 17.228, p < 0.000$ und ebenso für Selbstmotivierung ($F(3,112) = 4.001, p < 0.05$). Die Reasons for Living sind abhängig von der Gruppenzugehörigkeit (siehe Tab.7.1) und der Selbstmotivierung, d.h. Personen mit hoher Selbstmotivierung nennen mehr RFL als Versuchspersonen mit niedriger Selbstmotivierung. Die allgemeine Interaktion von Gruppenzugehörigkeit und Selbstmotivierung war jedoch nicht signifikant ($F(3,112) = 1.766, p = 0.158$). Auf der Ebene der Einzelvergleiche in der Gruppen kann eine Differenz festgestellt werden. In der suizidalen Gruppe bewirkt die Selbstmotivierung die Veränderung von RFL, d.h. Versuchspersonen mit hoher Selbstmotivierung hatten höhere Werte im RFL-Inventar als Kennwert für Suizidalitätsschutz und Personen mit niedriger Selbstmotivierung hatten einen signifikant niedrigeren Wert im RFL-Inventar ($t(25) = 2.16, p < 0.01$).

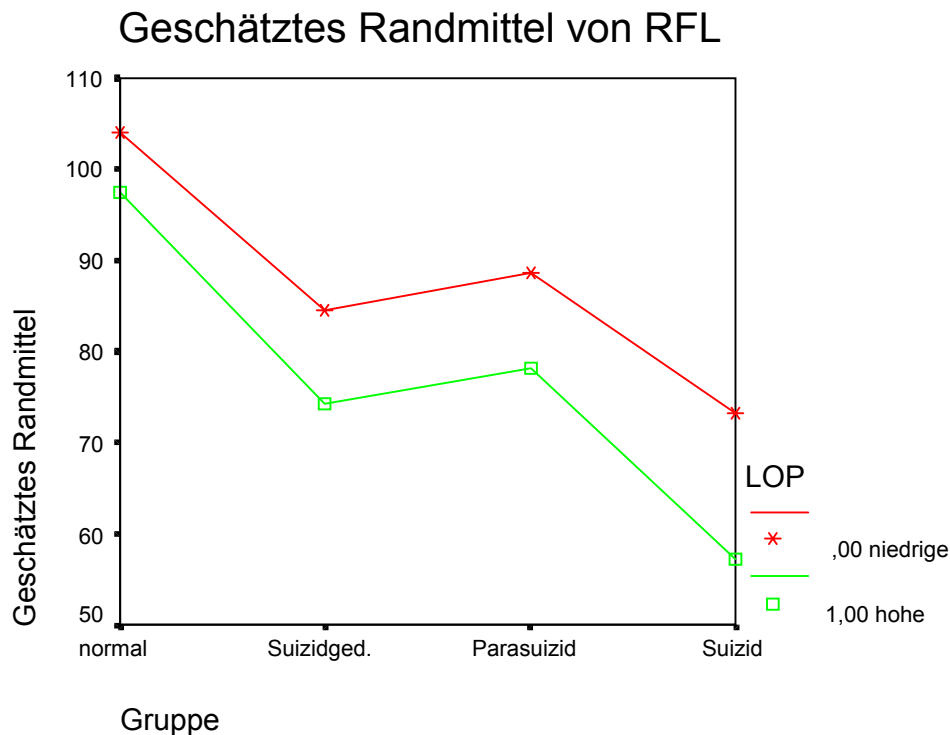
Abb.7.9 Wechselwirkung von Gruppenzugehörigkeit und hoher vs. niedriger Aktivierungskontrolle mit dem Reasons for Living (RFL) als Kennwert für Suizidalitätsschutz.



Schließlich wurde auch die Wechselwirkung der dritten Selbststeuerungskompetenz, hohe vs. niedrige Aktivierungskontrolle und Gruppenzugehörigkeit mit den Reasons for Living (RFL) als Kennwert für Suizidalitätsschutz überprüft. Die Varianzanalyse

ergab ebenso einen hochsignifikanten Haupteffekt für Gruppe ($F(3,112) = 24.090$, $p < 0.000$) und Aktivierung ($F(3,112) = 5.718$, $p = 0.019$). Reasons for Living sind abhängig von der Gruppenzugehörigkeit (siehe Tab.7.1) und Aktivierungskontrolle, d.h. Personen mit hoher Aktivierungskontrolle nennen mehr RFL als Versuchspersonen mit niedriger Aktivierungskontrolle. Die Varianzanalyse ergab keine signifikante Interaktion von Aktivierungskontrolle und Gruppenzugehörigkeit $F(3,112) = 2.046$, $p = 0.112$). Auf der Ebene der Einzelvergleiche kann jedoch eine Differenz festgestellt werden. Bei den suizidalen Probanden bewirkt die Aktivierungskontrolle die Veränderung im RFL, d.h. Versuchspersonen mit hoher Aktivierungskontrolle hatten höhere Werte im RFL–Inventar als Kennwert für Suizidalitätsschutz während Personen mit niedriger Aktivierungskontrolle signifikant niedrigere Werte im RFL–Inventar hatten ($t(25) = 3.427$, $p < 0.01$).

Abb.7.10 Wechselwirkung von Gruppenzugehörigkeit und hohe vs. niedrige Prospektive Lageorientierung (LOP/HOP) auf die Reasons for Living (RFL) als Kennwert für Suizidalitätsschutz.



Die Wechselwirkung von hoher vs. niedriger Lageorientierung Prospektiv (LOP vs. HOP) und Gruppenzugehörigkeit mit den Reasons for Living (RFL) als Kennwert für Suizidalitätsschutz wurde durch eine zweifaktorielle Varianzanalyse überprüft. Es zeigte sich ein signifikanter Haupteffekt für Gruppe ($F(3,112) = 17.120, p < 0.000$). Reasons for Living sind abhängig von der Gruppenzugehörigkeit (siehe Tab.7.1). Ebenso zeigte sich ein Haupteffekt für LOP ($F(3,112) = 9.611, p < 0.002$). Die Reasons for Living sind auch abhängig von der prospektiven Lageorientierung vs. Handlungsorientierung (LOP/HOP), d.h. Personen mit niedriger prospektiven Lageorientierung (HOP) nennen mehr RFL als Versuchspersonen mit hoher prospektiver Lageorientierung (LOP). Die Interaktion von Gruppenzugehörigkeit und LOP war jedoch nicht signifikant ($F(3,112) = 0.312, p = 0.816$), d.h. LOP verändert die RFL-Wert in den einzelnen Gruppen nicht selektiv.

Ferner wurden analoge Varianzanalysen für andere Variablen aus dem SSI-K als Faktoren (neben dem Faktor Gruppe und dem RFL als abhängige Variable) durchgeführt. In keiner von diesen analogen Analysen ergab die zweifaktorielle Varianzanalyse für diese Faktoren signifikante Effekte.

8. DIE SUIZIDRISIKOFAKTOREN IN DEN VIER GRUPPEN

Tabelle 8.1 Mittelwertsvergleiche der 6 Subskalen des Rorschach-Suizidindexes für Adoleszenten von Silberg und Armstrong (und die (m) und (T.II) Signaturen) in den vier Forschungsgruppen (ANOVA Ergebnisse). Die Erklärung der Rorschachvariablen siehe S.112.

Rorschach-Suizidindex	Kontroll- gruppe	Suizid- gedanken	Parasuizid	Suizid	Varianzanalyse (Haupteffekt)
FK + KF + K > 0 a, b) ²	0,57	0,30**	1,17**	1,33**	$F(3,116)=6,65 p < 0,001$ ¹
FC < CF + C b, c)	0,10	0,23***	0,27***	0,80***	17,68 $p < 0,001$
M - b, c)	0,23	0,27	0,27	0,67***	3,64 $p < 0,05$
Mor	0,46	0,86	0,53	0,56	2,12 n.s
Cc c)	0,60	0,76	0,40	1,27**	6,32 $p < 0,01$
Unlog > 9 b, c)	0,04	0,04	0,04	0,14*	4,46 $p < 0,01$
(m) ³	0,53	0,76	0,68	1,13*	2,51 $p < 0,10$
T. II ³ c)	0,13	0,30*	0,10	0,46**	4,97 $p < 0,01$

Anmerkungen:

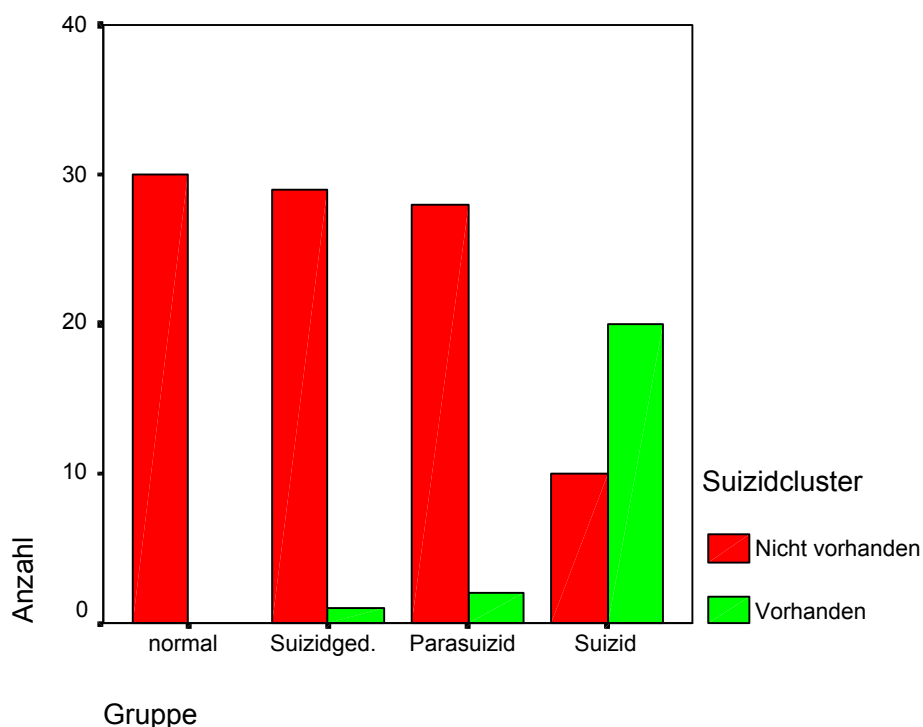
¹ * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$: signifikanter Unterschied zur Kontrollgruppe nach dem *LSD-Test*

² sign. Untersch. zw.: a) Suizidgedanken u. Parasuizid, b) Suizidged. u. Suizid, c) Parasuizid u. Suizid.

³ die Variablen *m* und *T.II* wurden in dem Suizidindex von Silberg und Armstrong nicht angewendet

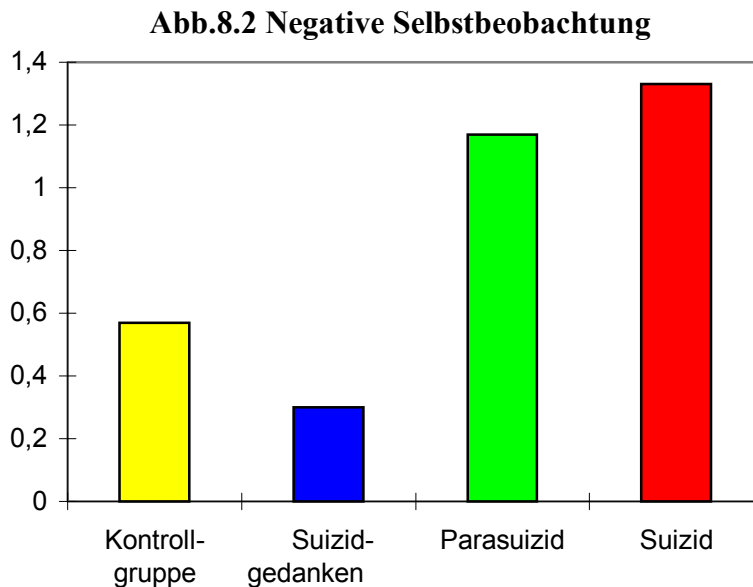
Die Häufigkeit, mit denen die Indikatoren der vier von sechs Subskalen der Suizidindex in den Antworten auf die Rorschachtafeln auftreten, wurde einem Chi-Quadrat-Test für die vier Gruppen unterzogen. Es ergab sich ein signifikantes Ergebnis für die suizidale Gruppe (Chi-Quadrat (3) = 62.917, $p = 0.000$). Dieser Befund stimmt mit der theoretischen Annahme überein, dass bei den suizidalen Personen das Suizidrisiko (angezeigt durch erhöhte Werte in vier von sechs Kategorien des Suizidkennwertes von Rorschach) höher ist als bei anderen Gruppen (Hypothese 9). Die suizidalen Probanden erlebten häufiger (70% der Probanden) als die Probanden der Kontrollgruppe (0,0% der Probanden), der Gruppe mit Suizidgedanken (1 Proband bzw. 3,3% der Probanden) und der Gruppe nach dem Parasuizid (2 Probanden bzw. 6,7%) die Symptome der Suizidalität.

Abb.8.1 Häufigkeit des Auftretens des Suizidclusters für Jugendliche aus dem Rorschachtest (Vorliegen von vier der sechs Subskalen des Kennwertes für Suizidalität).

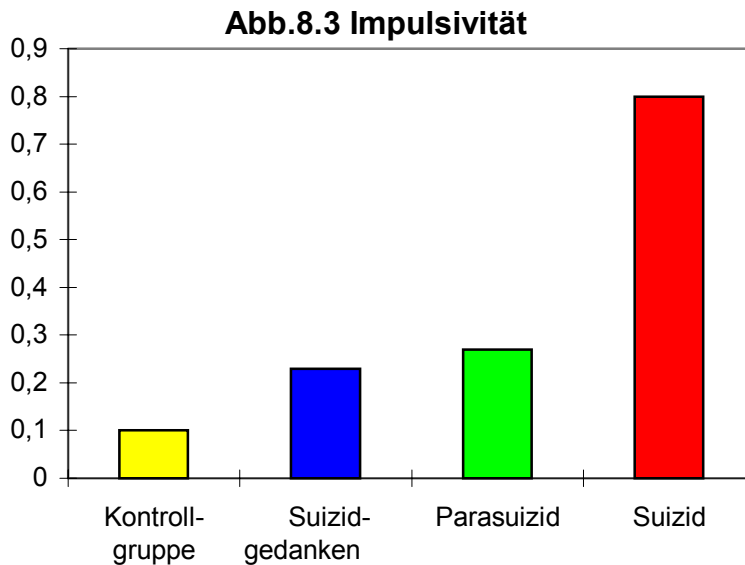


Das räumliche Sehen in einer Rorschach Tafel wird durch verschiedene Signaturen ($FK + KF + K > 0$) bestimmt (FK – Form und räumliche Schattierung, KF Schattierung und Form, K – Räumliche Schattierung). Das Bemerkenswerten von durchsichtigen Objekten und von Tiefe und Perspektive, die durch eine Schattierung des

Tafelkleckses entsteht, wird dahingehend interpretiert, dass die Probanden sich beobachteten („sehen durch sich selbst“) und ein inneres Bedürfnis nach einer anderen Lebensperspektive hatten (der Schatten ist psychoanalytisch als ein Symbol der negativen Seite des Selbst zu verstehen). Wenn die Zahl der Antworten ungleich Null ist, interpretiert man solche Ergebnisse als Zeichen einer *negativen Selbstbeobachtung*.



Die Varianzanalyse ergab signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen. ($F(3,112) = 6.65, p < 0,001$). Sowohl die Probanden nach dem ernststen Suizid als auch die Probanden nach dem Parasuizid sehen bei sich selbst viel mehr die negativen, schlechten Eigenschaften. Ihre negative implizite Einstellung zu sich selbst ist viel stärker ausgeprägt als bei den gesunden Probanden oder den Probanden mit Suizidgedanken. Dieser Befund stimmt mit der theoretischen Annahme überein (Hypothese 9.1), dass die suizidalen Probanden eine ausgeprägtere negative Selbstbeobachtung haben als die Probanden mit Suizidgedanken und die Kontrollprobanden. Der Unterschied ist für die parasuizidalen Gruppe nicht signifikant.

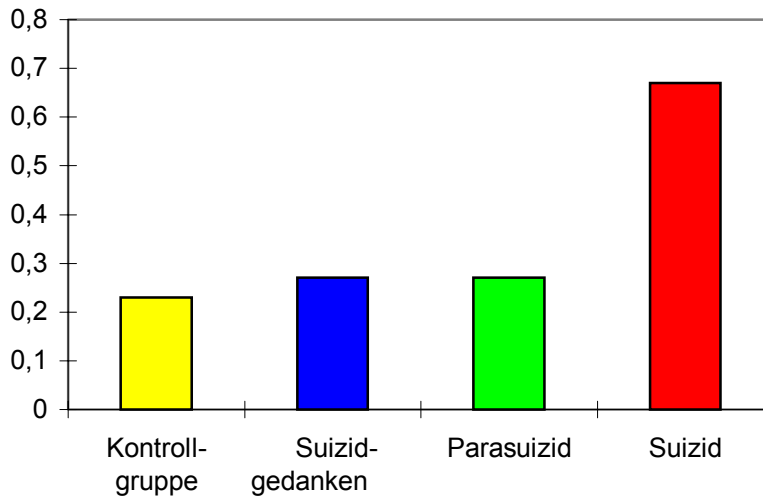


Die Relation der Formfarbantworten (*FC*) zu den Farbformantworten (*CF*) und reinen Farbantworten (*C*) wird als Zeichen für kognitive *Affektkontrolle vs. Impulsivität* interpretiert. Wenn mehr die Farbe die Form bestimmt (bei Formfarbantworten), als umgekehrt, oder wenn im gesamten Rorschachtest mehr Farbantworten als Formantworten überwiegen, dann nimmt man an, dass der Affekt kognitiv schwach kontrolliert ist. Wenn der Affekt stärker ist als die kognitive Modulierung des Affektes, schließt man auf eine erhöhte emotionale Impulsivität. Die Varianzanalyse ergab ein signifikantes Ergebnis für den Faktor Gruppe ($F(3,112) = 6.65, p < 0,001$). Die suizidalen Probanden sind in Vergleich zu den Probanden der übrigen drei Gruppen impulsiver, ihr Affekt ist sehr schwach unter Kontrolle gehalten. Dieser Befund ist vereinbar mit der Annahme (Hypothese 9.2) einer schwächeren kognitiven Emotionskontrolle der suizidalen Probanden im Vergleich zu denen der übrigen drei Gruppen.

Die Signatur (*M-*) "verzerrte Menschenvorstellungen" bedeutet, dass menschliche Bewegungen und Interaktionen, die in den Rorschachantworten auftauchen, beschädigt oder deformiert sind. Man interpretiert solche Antworten als eine *innere Aggressivität* gegenüber anderen oder in der Interaktion mit den anderen Menschen. Die gerechnete einfaktorielle Varianzanalyse zeigte einen signifikanten Unterschied zwischen der suizidalen Gruppe und den drei anderen ($F(3,112) = 3.64, p < 0,05$). In Übereinstimmung mit der Hypothese (9.4) spürten die suizidalen Jugendlichen das

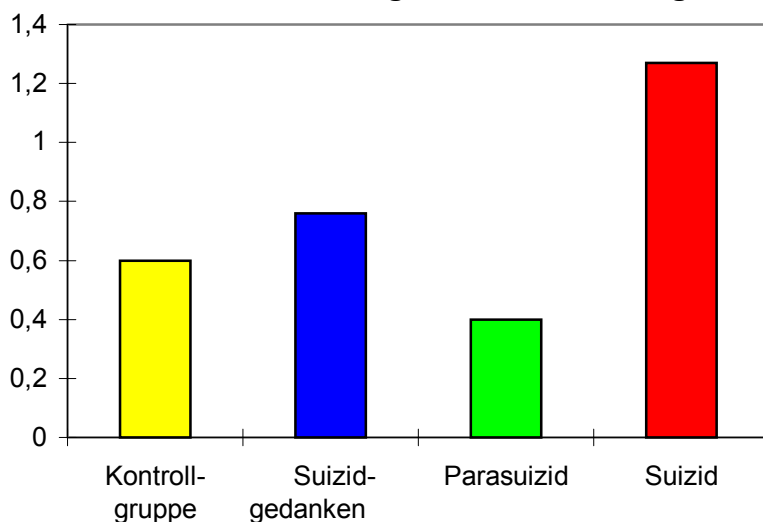
innere Aggressionsgefühl gegenüber anderen viel stärker und intensiver als die Probanden der anderen drei Gruppen.

Abb.8.4 Innere Aggressivität



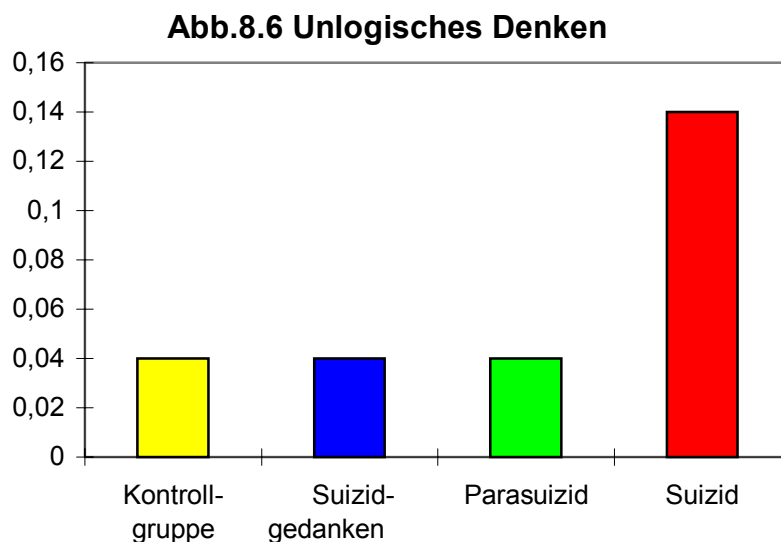
Die doppelte Signatur (*Cc*) Achromatische Farbe und Schattierung (*Farbschattierung*) interpretiert man dahingehend, dass *Affekt durch Angst und Passivität gehemmt* ist. Die einfaktorielle Varianzanalyse ergab ein signifikantes Ergebnis für die suizidale Gruppe im Vergleich zu der parasuizidalen und der Kontrollgruppe ($F(3,112) = 6.32$, $p < 0,01$). Bei den suizidalen Jugendlichen wird emotionaler Ausdruck durch Angst und Passivität gehemmt.

Abb.8.5 Affekt durch Angst und Passivität gehemmt



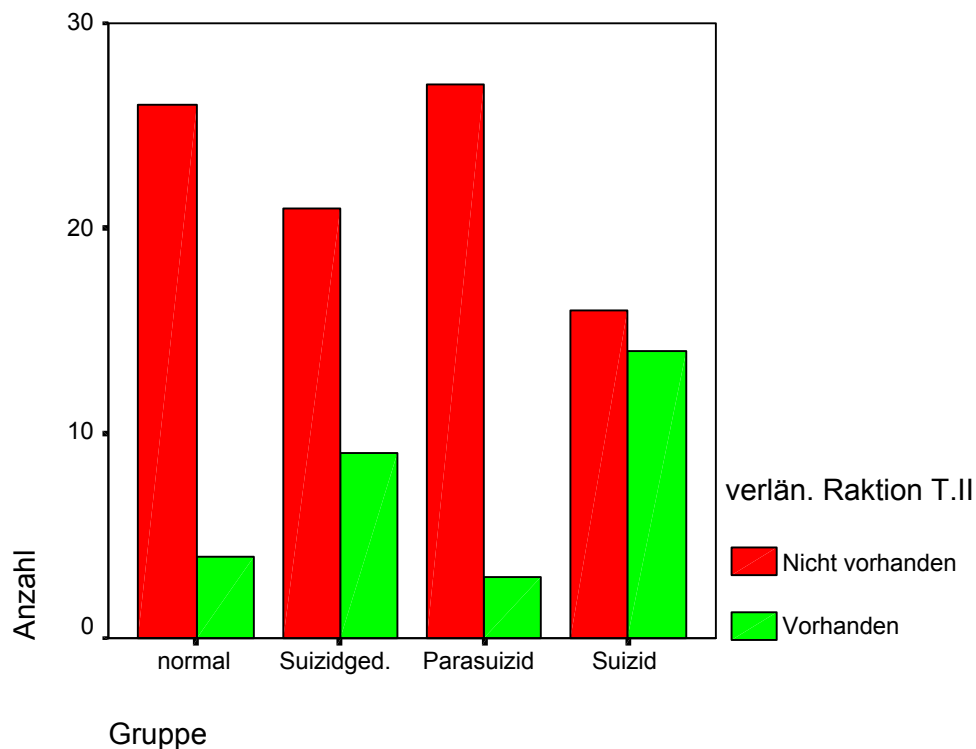
Der Befund ist vereinbar mit der theoretischen Annahme (Hypothese 9.3), dass bei den suizidalen Personen häufiger ein schmerzhafter Affekt bei emotional positiver Erregung auftritt und häufiger eine Affekthemmung stattfindet als bei den Personen der parasuizidalen und der Kontrollgruppe.

Mehrere unlogische Antworten ($UNLOG > 9$) wie Konfabulationen, Kontaminationen, Perseverationen etc., interpretiert man als ein Zeichen für *unlogisches Denken*, *kognitive Unflexibilität* oder in schweren Fällen als Denkstörungen. Die Varianzanalyse ergab ein signifikantes Ergebnis für die suizidale Gruppe ($F(3,112) = 4.46, p < 0,01$). Dieser Befund bestätigt die theoretische Annahme, dass die suizidalen Probanden viel unlogischer und unflexibler denken als die Probanden aller anderen Gruppen.



Die verlängerte Reaktionszeit so genannter *Schock auf Tafel II* bei einem Rorschachtest interpretiert man als Aggressivität und Angst vor der eigenen Aggressivität. Die Häufigkeit, mit der der Schock auf Tafel II bei den Probanden der 4 Gruppen auftrat wurde dem Chi-Quadrat-Test für die vier Gruppen unterzogen (Abb.8.7).

Abb.8.7 Häufigkeit des Auftretens der verlängerten Reaktionszeit (sog. Schock) auf Tafel II (T.II) als Kennwertes für Aggressivität und Angst



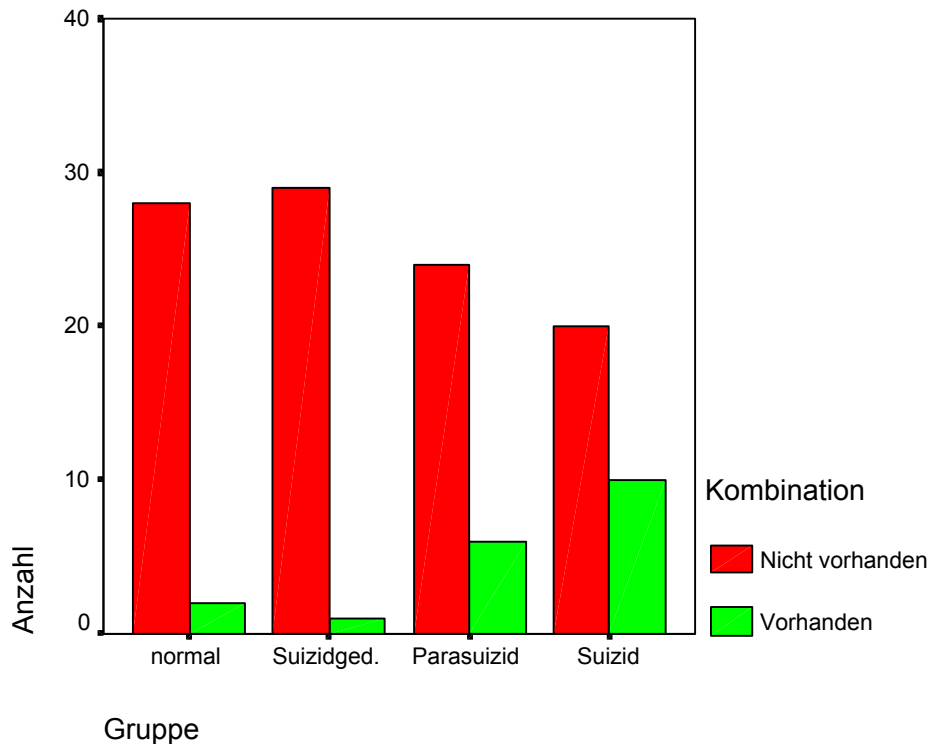
Es ergab sich ein signifikantes Ergebnis für die suizidale Gruppe (Chi-Quadrat (3) = 13.689, $p = 0.003$). Bei den suizidalen Personen trat der Schock (Tafel 2) häufiger als bei anderen Gruppen auf. Die suizidalen Probanden erlebten häufiger (14, 46.7%) als die anderen Probanden Aggressionsgefühle und gleichzeitig Angst, diese Gefühle zu äußern oder auszudrücken. Der unabhängige t-Test war für die suizidale im Vergleich zu der Gruppe mit Suizidgedanken (9, 30%) jedoch nicht signifikant ($t(54) = -1.325$, $p = 0.19$). Im Vergleich der suizidalen Gruppe mit der parasuizidalen Gruppe (3, 10%) war der t-Test signifikant ($t(54) = -3.392$, $p = 0.001$). Ebenfalls signifikant war der t-Test (4, 13,3%) im Vergleich zu der Kontrollgruppe ($t(54) = -2.973$, $p = 0.004$). Die Befunde sind vereinbar mit der Annahme (Hypothese 9.6), dass die suizidalen Probanden stärker unterdrückte Aggressionsgefühle und Angst vor eigener Aggressivität erleben als die anderen Probanden.

Die Summe der differenzierten und undifferenzierten Schattierungsantworten als Räumlichkeit, Perspektive, Tiefe ($FK+KF+K>0$) soll ein Anzeiger für ein Bemühen des Probanden sein, seine Ängste vor Versagung der Geborgenheitsbedürfnisse und vor Liebesverlust durch introspektive Einsicht (negative Selbstbeobachtung) zu

beherrschen. Der Proband stellt eine Distanz zwischen sich und seinen Liebesbedürfnissen her, indem er sie „objektiviert“, er versucht also, seine Ängste vor Liebesverlust durch introspektive Einsicht zu kontrollieren. FK zeigen zwar ein introspektives Bemühen an, bedeuten aber nicht notwendigerweise eine echte Einsicht und Selbsterkenntnis. Hierzu braucht man ein positives Verhältnis $M > (FM+m)$ und $M > 2$ für eine gute Ich-Kontrolle (siehe S. 95, Teil I, Kap 3.1). Wenn dabei $M < (FM+m)$ und $2m$ oder mehr sind, dann ist die Ich-Kontrolle zu schwach, und das introspektive Bemühen hilft nicht, die Ängste vor Liebesverlust zu beherrschen. Das bedeutet eine Gefährdung der Integration und Autonomie des Ich (durch Gefühlsausdruck - eine Angst mit Tendenz zur Verzweiflung). Wenn 2 oder mehr m in den Kontrollfunktionen des Ich ($M < FM+m$) auftreten, dann gefährden unkontrollierbare Impulserlebnisse das Wertsystem oder die Selbstachtung und können für die Ich-Struktur bedrohlich sein. Angst vor Liebesverlust (mit Tendenz zur Verzweiflung) und schwache Ich-Kontrolle bedeuten eine Bedrohung der Ich-Struktur (weil die Gefahr nicht mehr unter die Kontrolle des Ich gebracht werden kann).

Die Häufigkeit, mit der die Angst vor Liebesverlust und schwache Ich-Kontrolle, bei jeder von den vier Gruppen auftritt, wurde einem Chi-Quadrat-Test für die vier Gruppe unterzogen. Es ergab sich ein signifikanter Unterschied für die suizidale Gruppe (Chi-Quadrat (3) = 12.694, $p = 0.005$). Bei den suizidalen Personen tritt Angst mit Bedrohung der Ich-Struktur häufiger als bei anderen Gruppen auf. Die suizidalen Probanden erleben häufiger (10 Probanden bzw. 33.3% der Stichprobe) als die anderen Probanden die Angst nach Verlust der Liebe oder Zuwendung mit Tendenz zu Verzweiflung, weil die Gefahr nicht mehr unter Kontrolle des Ich gebracht werden kann und für die ganze Ich-Struktur eine Bedrohung darstellen kann.

Abb. 8.8 Häufigkeit des Auftretens der Kombination von: Angst vor Versagung der Liebes- und Geborgenheitswünsche ($FK+KF+K>0$), Impulsivität ($m>1$) und schwache Ich-Kontrolle ($M<FM+m$)¹.



¹Anmerkung: Erklärung der Rorschachvariablen siehe S. 95, 104; Kap.3.1 (Theoret. Teil).

Der unabhängige t-Test war für die Suizidalen im Vergleich zu der Gruppe mit Suizidgedanken (1 Proband bzw. 3,3% der Stichprobe) signifikant ($t(54) = 2.693$ $p = 0.009$). Ebenso signifikant war der t-Test (2 Probanden bzw. 6,6% der Stichprobe) für die Kontrollgruppe ($t(54) = 2.693$, $p = 0.009$). Für die parasuizidale Gruppe (6 Probanden bzw. 20% der Stichprobe) war der t-Test jedoch nicht signifikant ($t(54) = 1.161$, $p = 0.250$). Diese Befunde sprechen dafür, dass die suizidale Gruppe viel intensiver und häufiger die Angst nach Frustration der Liebe oder Zuwendungsbedürfnisse erlebt als die Personen mit Suizidgedanken und die aus der Kontrollgruppe.

9. Die Diskussion

9.1 Die Persönlichkeitsstile

Die Persönlichkeitskonstellation ist bei der suizidalen Gruppe durch folgende PSSI-Stile charakterisiert: Selbstbestimmt-AS, Zurückhaltend-SZ, Still-DP und an zweiter Stelle durch den kritisch-NT und spontan-BL Stil. Die suizidalen Jugendlichen ziehen sich stark zurück. Ihre emotionalen Beziehungen mit anderen sind distanziert (SZ). Sie sind auch weniger optimistisch (RH), erleben sich selbst oft als wertlos und niedergeschlagen (DP) oder fühlen sich missverstanden und ungerecht behandelt (NT). Die passiv-aggressive Komponente (NT) und hohe Impulsivität (BL) in Zusammenhang mit Rücksichtslosigkeit bei der Durchsetzung ihrer eigenen Ziele (AS) ist bei den suizidalen Jugendlichen sehr lebensgefährlich. Die depressive, hoffnungslose Stimmung mit verhaltenshemmender Wirkung, kann durch rücksichtsloses Durchsetzungsvermögen (die durch Herabregulierung von negativem Affekt beim selbstbestimmten Stil zustande kommen) ersetzt werden, und auf Grund von hoher Impulsivität des aggressiven Affektes (BL) zum Selbstmord führen.

Die charakteristischen Merkmale der suizidalen Gruppe im PSSI-K (Kritisch-NT, Selbstbestimmt-AS, Spontan-BL, Still-DP) stimmen mit den Merkmalen der Gruppe mit Suizidgedanken überein. Solche Merkmale findet man auch in der Gruppe mit Suizidgedanken, diese Gruppe hat jedoch noch zusätzlich den optimistischen-RH und ahnungsvollen-ST Stil, der mit einer hohen Belohnungsensibilität verbunden ist und die beiden Gruppen voneinander unterscheidet (Abb.3.5, 3.4). Diese Befunde mögen in Bezug auf das STAR-Modell überraschen, weil in dieser Gruppe gegensätzliche Stile zusammenkommen. Das könnte ein Hinweis auf zwei oder sogar drei Untergruppen innerhalb der suizidalen Patienten sein, von denen die erste antisozial und depressiv sein kann, die andere eher negativistisch und borderline und die dritte (als Kombination der beiden) negativistisch und depressiv (Abb.3.10-3.12).

Die Hypothese (1), dass bei suizidalen Jugendlichen die hohe Depressivität mit einer hohen antisozialen Komponente zusammen kommt, wurde bestätigt. Die Rücksichtslosigkeit im Durchsetzungsvermögen in hoffnungsloser Stimmung kann bei einigen Personen von der Gruppe in Bezug auf einen Suizid besonders gefährlich sein.

Die zweite Gruppe der suizidalen Probanden ist durch hohe Impulsivität und Negativismus gekennzeichnet. Die passiv-aggressive Komponente (NT) mit dem

Gefühl, missverstanden und ungerecht behandelt zu sein und die hohe Impulsivität (BL), bei der Identitätsverlust, Sinnlosigkeit und das Gefühl von innerer Leere auftritt, kann dazu beitragen, dass die passive, starke Aggressivität sich bei impulsivem Verhalten gegen das eigene Selbst richtet.

Die dritte Gruppe mit der depressiven und passiv-aggressiven Komponente ist durch Kritik gegenüber den anderen und gleichzeitige Selbstkritik, soziale Ungerechtigkeit- und Schuldgefühle gekennzeichnet. Die Personen fühlen sich missverstanden und wertlos. Den Grund, dass es den anderen besser als ihnen geht, finden sie oft bei sich selbst. Ihre Niedergeschlagenheit und Hoffnungslosigkeit führt wahrscheinlich dazu, dass sie ihre passive Aggressivität am Ende in einem impulsiven Akt nicht gegen die anderen, sondern gegen sich selbst wenden. Diese Befunde stimmen mit der Annahme, überein, dass bei der suizidalen Gruppe mehr extreme Persönlichkeitsstile als nur der depressive und antisoziale Stil zu finden sind (Hypothese 1.1).

Die Gruppe mit Suizidgedanken setzt sich durch folgende PSSI-Stile zusammen: Selbstbestimmt-AS, Ahnungsvoll-ST, Optimistisch-RH, Ehrgeizig-NZ und auch Kritisch-NT, Spontan-BL (niedrige Sensibilität für Bestrafung und hohe Sensibilität für Belohnung). Diese Jugendlichen sind sehr auf sich selbst konzentriert und selbstbestimmt (AS), dabei aber ehrgeiziger (NZ), und optimistischer (RH), als alle anderen. Kritik mögen sie nicht und können sie nur schwer ertragen, weil sie sich selbst oft als besonders gut empfinden (NZ). Oft spüren sie, dass ihnen Unrecht getan wurde (NT). Ihre irrationalen, hohen Ideale sich selbst gegenüber (ST) können sie oft nicht nachvollziehen und auch nicht realisieren. Weil ihr Selbstbild sehr instabil (BL) ist und ihre Emotionen von extrem negativ bis extrem positiv schwanken, fühlen sie sich oft niedergeschlagen. Niederlagen können sie aber nicht akzeptieren, sondern mobilisieren sich schnell wieder und kommen so zum positiven Affekt zurück. Sie erleben durchaus viele positive Gefühle und haben eine positive Lebenseinstellung (RH). Sie lieben das Leben und sich selbst so sehr, dass sie damit ihre Suizidgedanken auch relativ schnell bewältigen können. Sie besitzen viel Kraft und Motivation, um zu einem positiven Selbstbild zurückzufinden.

Die Personen mit Suizidgedanken haben einerseits höhere Werte als die Kontrollgruppe in den Skalen *Kritisch (NT)*, *Selbstbestimmt (AS)* und *Spontan (BL)* und andererseits höhere Werte als die suizidale und parasuizidale Gruppe in den Skalen

Optimistisch (RH), *Ahnungsvoll (ST)*, und/oder *Ehrgeizig (NZ)*. Die Personen sind selbstbestimmt und oft rücksichtslos im sozialen Verhalten, in ihrem Selbstbild instabil und emotional impulsiv, fühlen sich oft missverstanden, ungerecht behandelt, leisten aber einen passiven Widerstand, statt aktiv zu sein. Die Probleme im Vergleich zur suizidalen Gruppe erleben sie aber mehr in ihrer Phantasie. Ihre Suiziddynamik läuft auch wegen des hohen ahnungsvollen Persönlichkeitsstil (ST) mehr auf der Phantasieebene ab, d.h. in Suizidgedanken, und ist vorübergehend. In Übereinstimmung mit der Hypothese (1.4), haben die Probanden mit Suizidgedanken eine höhere Kapazität für positive Emotionalität (NZ und RH) und vermögen schnell positive Stimmung selbst herzustellen (Abb.3.3.6, 3.5). Sie sind ehrgeiziger, machen sich Mühe, ihr positives Selbstbild aufrechtzuerhalten und sind dem Leben gegenüber positiv und optimistisch eingestellt. Diese Personen können schwierigen Situationen auch etwas Positives abgewinnen. Als Bewältigungsstrategie benutzen sie oft das Leugnen und Flucht in die Phantasie und nehmen damit Bedrohungserlebnisse weniger wahr.

Die parasuizidalen Jugendlichen sind nach der PSI-Theorie eigentlich das Gegenteil der beiden vorherigen Gruppen. Sie sind weniger selbstbestimmt-AS als die beiden Gruppen weniger still-DP als die Probanden nach dem ernsthaften Suizidversuch, weniger ahnungsvoll-ST und ehrgeizig-NZ als die Probanden mit Suizidgedanken. Sie sind dabei aber genauso kritisch-NT und spontan-BL wie die anderen beiden Gruppen und so unterscheiden diese beiden letzten Skalen sie auch von der Kontrollgruppe. Die parasuizidalen Probanden sind weniger „auffällig“. Ihre Affektsensibilität lässt sie zwischen positivem und negativem Affekt (Spontan-BL) und zwischen gedämpftem positiven und gedämpftem negativen Affekt (Kritisch-NG) rangieren. Die Befunde (Abb.3.8, 3.7) stützen die gemäß Hypothese (1.2), erwartete Instabilität und passiv-aggressive Persönlichkeitskomponente bei den parasuizidalen Probanden. Die parasuizidalen Jugendlichen sind kritischer und passiv-aggressiver als die Kontrollgruppe. Sie finden oft, dass ihnen Unrecht getan wurde (NT) und können sich damit nicht anfreunden. Sie fühlen sich missverstanden und suchen nach einem Weg ihren negativen Affekt zu reduzieren (oft in der Form einer Kritik den anderen gegenüber). In Übereinstimmung mit der Hypothese (1.2, 1.4) zeigte sich bei den parasuizidalen Probanden im Vergleich zu den Probanden mit Suizidgedanken (Abb.3.4, 3.6) eine

mangelnde Fähigkeit, eine positive Stimmung selbst herzustellen. Es könnte sein, dass sie in der Adoleszenzkrise ihre Probleme nicht ganz selbst bewältigen konnten. Auf Grund ihrer Instabilität und Schwankung zwischen den Extremen finden sie oft unkonventionelle und impulsiv ausgedachte Lösungsansätze. Ihre impulsiven Suizidversuche sind nicht tödlich geplant, können aber große Aufmerksamkeit auf sie erregen.

9.2 Selbststeuerungsfunktionen

Die Selbststeuerungsmechanismen der suizidalen Gruppe sind schwächer als bei den anderen Gruppen ausgeprägt. Die suizidalen Jugendlichen generieren zwar selbstkongruente Ziele und Absichten, können diese aber nicht umsetzen, weil ihre positive Stimmung gehemmt ist, und sind somit prospektiv lageorientiert (LOP). Bei den Probanden wächst die Umsetzungsmöglichkeit fremdbestimmter Ziele (Volitionale Passivität), weil sie keine Kraft haben, ihre eigenen Ziele umzusetzen. Die Suizidalen leiden unter intrusiven Gedanken, die ihre Konzentration auf zielbezogene Gedanken stören (Konzentrationsschwäche). Solche intrusiven Gedanken sind oftmals auch ihre Suizidgedanken. Weil die suizidalen Jugendlichen sich durch Introjekte leiten lassen (Konformität) und spüren, dass sie nicht das tun, was sie wollen (Fremdkontrolle), erleben sie oft (nach dem, was passiert) starke Sinnlosigkeitsgefühle. Andererseits können sie sich nicht selbst motivieren, um hinter ihren eigenen Bedürfnissen und Werten zu stehen und zu versuchen, die sinnvollen Werte ihres Lebens umzusetzen (niedrige Selbstmotivierung). Der Befund steht in Übereinstimmung mit den erwarteten schwachen Selbststeuerungskompetenzen bei den Probanden aus der suizidalen Gruppe (Hypothese 2.1). Die Belastung, die mit dem Druck und den schwierigen Aufgaben ihres Lebens auftritt, ist für ihre Mobilisierungskräfte zu hoch und schwächt dadurch ihre Selbstprozesse noch mehr. Starke Bedrohung, d.h. z.B. Lebensveränderungen beladen das Selbst mit starkem negativen Affekt. Ein schwaches Selbst reagiert auf verschiedene störende Mechanismen sehr empfindlich und der Suizidimpuls kann bei den suizidalen Jugendlichen besonders gefährlich sein, da er sich direkt und stark ausgeprägt gegen das eigene Selbst richtet.

Die Willensprozesse bei den parasuizidalen Probanden funktionieren nach einem anderem Schema als bei der suizidalen Gruppe. Die Selbstregulationsfunktionen sind nicht so schwach, ihre Bedrohung und Belastung sind signifikant niedriger. Das Selbst

ist deshalb nicht so geschwächt wie bei den Suizidalen. Die parasuizidalen Probanden sind nonkonformistischer und handlungsorientierter als die Suizidalen und die mit Suizidgedanken. Diese Befunde stimmen mit der Annahme stark ausgeprägter Funktionen der Willensbahnung überein (Hypothese 2.2). Gute Konzentrationsfähigkeit und handlungsorientiertes Verhalten ermöglichen eine Willensbahnung und eine schnelle (unüberlegte) Ausführung ihrer Ziele und Absichten. Bei der Gruppe findet man kein schwaches Selbst, sondern parallel zu niedrigem Konformismus stark ausgeprägte willensbahnende Funktionen, die zu einem parasuizidalen Versuch führen können.

Bei der Gruppe mit Suizidgedanken sind ausgeprägte willenshemmende Funktionen zu finden. Die Befunde zeigen die gemäß Hypothese (2.4) erwartete Lageorientierung (LOP) bei den Probanden mit Suizidgedanken. Außerdem leiden sie unter Intrusionen, die oft als Suizidgedanken auftreten (Konzentrationschwäche). Sie haben bei der Ausführung der eigenen Absichten einen Energiemangel. Sie sind konformistisch, ihre Belastung ist mit der von den suizidalen Probanden vergleichbar, ihre Bedrohung ist aber deutlich niedriger. Ihr Selbst ist nicht so stark mit negativem Affekt beladen und ihre Selbstprozesse sind ebenfalls nicht so stark geschwächt, wie bei den Suizidalen (und eventuell deshalb auch nicht so autodestruktiv). Dieser Befund ist vereinbar mit der Annahme (Hypothese 2.3), dass sich die Probanden mit Suizidgedanken sich nach negativen Ereignissen durch die guten Selbstkompetenzen sehr schnell erholen und sich sehr gut mobilisieren können (Selbstmotivierung). Sie können sich auch sehr schnell beruhigen, nachdem ein negativer Affekt aufgetaucht ist, und ihre Belastung weniger wahrnehmen.

9.3 Persönlichkeitsfaktoren

Nach dem Fünf-Faktoren-Modell ist es deutlich schwieriger, Unterschiede zwischen den vier Gruppen festzustellen. Diese Ergebnisse legen nahe, dass der NEO-FFI-Test möglicherweise keine angebrachte (zufriedenstellende) Forschungsmethode für klinische Probanden darstellt.

Die Ergebnisse der Varianzanalyse zeigen, dass die Probanden mit Suizidgedanken am meisten gehemmt (introvertiert und neurotisch) sind. Die parasuizidalen Probanden sind fast genau so neurotisch, aber extravertierter als die Gruppe mit Suizidgedanken.

Möglicherweise liegt der Unterschied zwischen Suizidgedanken und einem Suizidversuch in dem Ausmaß an Extra/Introversion. Die suizidalen Probanden sind zwar weniger sozial verträglich und verantwortungsbewusst als die Kontrollgruppe, aber ihre Werte liegen im Bereich der Gruppe mit Suizidgedanken und der parasuizidalen Gruppe. Die Werte der Skalen Extra-/Introversion und Neurotizismus der suizidalen Gruppe liegen im Bereich der Kontrollgruppe. Dieser Befund stimmt mit der Annahme über ausgeprägtem Neurotizismus und vorherrschender Introversion in der suizidalen Gruppe nicht überein (Hypothese 6). Man kann nicht feststellen, welche der fünf Persönlichkeitsdimensionen wirklich für einen Suizidversuch entscheidend sind, um die suizidale Gruppe von den anderen zu unterscheiden.

9.4 Depressivität.

Die Depressivität gemäß der Summe im BDI-Test war am höchsten in der suizidalen Gruppe: Der Mittelwert von $M = 20.58$ Punkte spricht für eine mäßige Depression in der suizidalen Gruppe. Die parasuizidalen Probanden erreichten den Mittelwert von $M = 15.10$ Punkte und durchlebten eine schwache Depression. Die Probanden mit Suizidgedanken und die Probanden der Kontrollgruppe haben Mittelwerte von $M = 11.90$ und $M = 8.10$ erreicht und damit keine depressiven Symptome durchlebt. Die Befunde stützen die gemäß Hypothese (7) erwartete erhöhte Depressivität und den Verlust an Motivation und Erwartungen hinsichtlich der Zukunft bei den suizidalen Probanden.

Die Varianzanalyse der einzelnen Depressionssdimensionen und die qualitative Analyse des BDI-Testes zeigte, dass die Probanden mit Suizidgedanken mehr Versagensgefühle, negativere Selbstvorstellung über ihr Aussehen (höher als bei der Parasuizidalen Gruppe) und mehr Arbeitsunfähigkeitsgefühl als die Kontrollgruppe haben. Diese Werte sind aber nicht höher als bei der parasuizidalen oder der suizidalen Gruppe.

Die parasuizidalen Probanden zeigen mehr Appetitverlust als andere Probanden. Ihre dysphorische Stimmung, Objekt Bezugsstörungen, Strafgefühle und Selbsthass sind zwar höher als bei der Kontrollgruppe, aber nicht höher als bei den anderen Gruppen (im Bereich der suizidalen Patienten). Außerdem erleben sie weniger Selbstvorwürfe,

haben eine positive Selbstvorstellung und sind weniger ermüdbar als die suizidalen Probanden.

Die suizidalen Jugendlichen sind im Vergleich zu allen anderen hoffnungsloser, ermüdeter und leiden mehr unter Schlafstörungen und Selbstvorwürfen. Sie haben eine negativere Selbstvorstellung als alle anderen Probanden. Diese Befunde sind vereinbar mit der Annahme, dass die suizidalen Personen mehr Hoffnungslosigkeitsgefühle hinsichtlich der Zukunft erleben, als die anderen Probanden (Hypothese 7.1). Die entsprechende Subskala erreichte innerhalb des BDI-Tests die höchsten Werte und unterscheidet signifikant die suizidalen Probanden von den Probanden der anderen drei Gruppen. Die Ergebnisse des BDI-Tests sprechen dafür, dass die suizidalen Jugendlichen viele Probleme im Bereich des eigenen Selbst erleben (Selbstvorwürfe, Selbsthass, Versagensgefühle, Ermüdbarkeit, Hoffnungslosigkeit, negative Selbstvorstellung), die ein Zeichen für ein schwaches, energieloses Selbst sein können.

9.5 Lebenssinnggefühl

Das Lebenssinninventar zeigte viele signifikante Unterschiede zwischen den Probanden aller vier Gruppen. Die Gruppe mit Suizidgedanken empfindet die soziale Akzeptanz und die moralische Werthierarchie so wie die suizidalen Probanden meistens als unwichtig. Ebenso schwach ist ihr emotionaler Bezug zur eigenen Familie. Diese Personen haben aber viel mehr Furcht vor dem eigenen Selbstmord als die suizidale Gruppe. Ihr Leben sehen sie sinnvoller und optimistischer, als die suizidalen Probanden, deshalb sind die Probanden mit Suizidgedanken in diesem Fall wahrscheinlich nicht von einem ernsthaften Suizidversuch bedroht. Der Glaube an den Sinn des Lebens und ihre eigene Selbsteffizienz gibt ihnen möglicherweise die Motivation im Leben und spricht trotz Suizidgedanken gegen einen Suizidversuch..

Die Werte der parasuizidalen Probanden für die ersten drei Subskalen der RFL-I unterscheiden sich signifikant von denen der Suizidalen und der Kontrollgruppe und liegen in der Mitte beider Gruppen (sind niedriger als bei der Kontrollgruppe, aber höher als bei der suizidalen Gruppe). Die Personen nach dem Parasuizid haben mehr Lebenssinnggefühl und Optimismus, intensiveren emotionalen Bezug zu der Familie und letztlich mehr Furcht vor dem eigenen Selbstmord als die Jugendlichen nach dem ernsthaften Suizidversuch.

Die suizidalen Jugendlichen sind nach ihrer Einschätzung viel weniger selbsteffizient und optimistisch, ihr Lebenssinngedühl ist viel niedriger und auch die Furcht vor dem Selbstmord geringer, als bei den Probanden der anderen Gruppen. Im Vergleich zu der Kontrollgruppe ist ihre emotionale Beziehung zu der Familie, sowie die Verantwortungsgefühl für die Familienangehörigen schwächer. Die soziale Akzeptanz und die soziale Bewertung ihres Suizidversuchs hatten für sie wenig Bedeutung. Die moralische Wertehierarchie spielt für sie keine Rolle mehr. Diese Befunde stützen die Hypothesen (8, 8.1), dass, wenn die suizidalen Probanden wenig Lebenssinngedühle erleben und auch wenig Selbsteffizienz zeigen, sie keine Furcht haben, sich das Leben zu nehmen, wodurch das Suizidrisiko direkt erhöht wird.

Pinto, Whisman und Conwell (1998) haben in ihrer Untersuchung mit dem RFL-I (wo sie unter anderen auch die Validierung des RFL-I prüften) suizidale Personen mit nicht-suizidalen und Personen mit Suizidgedanken verglichen. Es zeigten sich zwischen nicht-suizidalen und suizidalen Personen signifikante Effekte im Gesamtwert des RFL-I und den Subskalen *Überleben und Bewältigungsüberzeugungen*, *Verantwortung für die Familie* und *Moralische Normen*. In der vorliegenden Arbeit konnten diese Unterschiede repliziert werden. Zusätzlich haben die ernsthaft suizidalen Probanden in der vorliegenden Arbeit weniger Furcht vor sozialer Ablehnung des Suizidversuchs gezeigt als die gesunden Versuchspersonen aus der Kontrollgruppe.

Die suizidale Gruppe hatte im Vergleich zu der Gruppe mit Suizidgedanken in der Untersuchung von Pinto und Mitarbeitern höhere Werte in den Subskalen *Furcht vor Suizid* und *Furcht vor sozialer Ablehnung* des Suizidversuches. Mit den Ergebnissen dieser Arbeit stimmt nur der zweite Effekt überein. Ansonsten hatte die suizidale Gruppe niedrigere Werte als die Gruppe mit Suizidgedanken in der Subskala *Überleben und Bewältigungsüberzeugungen* und im gesamten Test des RFL-I. Für die Differenzen dieser zwei Forschungsergebnisse ist wahrscheinlich die Gruppenzugehörigkeit der Versuchspersonen verantwortlich. Alle Probanden der drei Gruppen (auch die Kontrollgruppe ohne Suizidgedanken) in der Untersuchung von Pinto u.a. stammten aus einer psychiatrischen Klinik. Außerdem haben die Autoren auch bestätigt, dass es noch eine andere Personengruppe gibt, nämlich jene, nach dem Parasuizid, die sie in ihrer Untersuchung nicht berücksichtigt hatten (Pinto et al., S. 404).

Die Autoren machen am Schluss eine Anmerkung, dass die ernsthaften Absichten und Suizidhandlungen in ihren Studien nicht von den parasuizidalen Handlungen getrennt worden sind und die Letalität und die Absicht der suizidalen Handlung nicht abgeschätzt worden ist. Manche Adoleszente der suizidalen Gruppe, wie sie bemerkten, hatten keinen ernsthaften Suizid begangen (serious suicidal action) und manche Personen mit Suizidgedanken hatten wiederum ernsthaftere suizidale Absichten (serious suicidal intent), als die Personen nach dem parasuizidalen Versuch (parasuicidal attempters). Gemäß der Ergebnisse vom RFL-I aus dieser Arbeit, schätzen die Personen nach dem ernsthaften Suizidversuch ihren Optimismus und ihre Selbsteffizienz viel niedriger ein und das allgemeine Lebenssinngedühl, und die Furcht vor dem Suizid sind bei ihnen niedrigerer, als bei der Gruppe mit Suizidgedanken. Diese Ergebnisse belegen im Gegensatz zu denen von Pinto u.a., dass nicht nur keine Furcht vor dem Suizid, sondern wesentlich mehr starke Sinnlosigkeitsgefühle und eine niedrige Selbsteffizienz für das Risiko eines ernsthaften Suizidversuchs verantwortlich sind.

9.6 Der Rorschach-Suizidindex für Adoleszenten.

Da ein Suizidversuch stark mit innerer, oft unbewusster Aggressivität und Impulsivität verbunden ist, war es wichtig auch die impliziten unbewussten Persönlichkeitsprozesse zu erforschen und die Untersuchung der Versuchspersonen durch den schon oft im Suizidbereich angewendeten Rorschachtest zu ergänzen. Der Rorschach-Suizidindex zeigt deutliche und meistens signifikante Effekte für die Gruppe nach dem ernsthaften Suizidversuch. Silberg und Armstrong (1992) belegten in ihren Studien, dass man durch die Auswertung des Suizidindex für Adoleszente, auf Grund von 4 der 6 Subskalen die Probanden der suizidalen Gruppe von der Kontrollgruppe und von depressiven Patienten unterscheiden kann. Bei 75% der Gruppe der suizidalen und depressiven Probanden trat dieses Ergebnis auf.

In der Untersuchung dieser Arbeit hatten 70% der Probanden der Gruppe nach einem ernsthaften Suizidversuch in 4 von diesen 6 Subskalen des Suizidindex positive Ergebnisse, und damit unterschieden sich die Probanden von denen aus der parasuizidalen Gruppe, der Gruppe mit Suizidgedanken und der Kontrollgruppe signifikant. In Übereinstimmung mit Hypothese (9) und den Befunden von Silberg und Armstrong zeigten sich die in dem Suizidindex für Adoleszente erwarteten

signifikanten Unterschiede zwischen den suizidalen und nichtsuizidalen und parasuizidalen Personen. Die Annahme, dass es sich um Unterschiede in der impliziten Selbstwahrnehmung und der Emotionalität handelt, wurde damit bestätigt.

Nach den Ergebnissen des Paarvergleichs tritt in der parasuizidalen Gruppe nur die negative Selbstbeobachtung stärker auf, die zwar höher als bei der Kontrollgruppe und der Gruppe mit Suizidgedanken ist, aber im Bereich der suizidalen Gruppe liegt. Die Gefühle der parasuizidalen Probanden sind nicht (durch Angst und Passivität) so stark gehemmt und ihre Denkprozesse nicht so unflexibel. Die Jugendlichen nach dem Parasuizid haben eine nicht so stark ausgeprägte impulsive Affektivität und Aggressivität wie die suizidalen Probanden, weshalb ihre Suizidversuche auch nicht so lebensgefährlich sind.

Bei den suizidalen Probanden ist die negative Selbstbeobachtung sehr stark ausgeprägt ($FK + KF + K > 0$) und ihr Denken sehr unlogisch und unflexibel ($UNLOG > 9$). Ihre implizite negative Einstellung zu sich selbst verstärkt die negative Affektivität und die damit verbundenen Sinnlosigkeitsgefühle. Nach der PSI-Theorie ist der Zugang zum Selbst durch negativen Affekt gehemmt. Das Empfinden und die Objektwahrnehmung, die für die Diskrepanzen verantwortlich sind, werden verstärkt. Die Selbstwahrnehmung wird durch die diskrepanzsensitive Aufmerksamkeitsfokussierung weiter negativ geprägt. Diese Befunde bestätigen die gemäß der Hypothesen (9.1, 9.5) erwarteten schwachen impliziten Selbstprozesse, die mit der kognitiven Unflexibilität und der negativen Selbstbeobachtung zusammenhängen.

Bei einer emotionalen, positiven Erregung der suizidalen Probanden tritt oft ein schmerzhafter negativer Affekt auf. Diese seltsame widersprüchliche positive Emotionalität wird durch Angst und Passivität gehemmt (Cc). Auch wenn sie eine innere Aggression gegenüber anderen spüren ($M-$), wird sie keinen äußeren Ausdruck finden. Die unterdrückte Aggressivität kommt mit der Angst, die Aggressivität zu äußern, zusammen (Schock auf Tafel 2). Gehemmte und unterdrückte Affekte werden am Ende schwer kontrollierbar und damit immer impulsiver ($FC < CF + C$). Diese Befunde sind vereinbar mit der Annahme (Hypothesen 9.2, 9.3, 9.4, 9.6), dass eine hohe negative (teilweise unterdrückte) Emotionalität durch mangelnde Affektkontrolle nicht mehr gut kognitiv kontrollierbar ist. Die Impulsivität außerhalb der kognitiven Kontrolle führt offenbar dazu, dass sich die innere, starke Aggressivität in Form eines

Affektimpulses (Suizidimpuls) und letztlich in einen Suizidversuch gegen das eigene geschwächte Selbst verwandeln kann.

Wie hoch die Suizidgefahr auf Grund des Zusammenhangs zwischen Frustration der Liebesbedürfnisse und schwacher Impulskontrolle des Ich ist, zeigt folgende Analyse an. $FK+KF+K>0$ ist ein Anzeiger dafür, dass der Proband eine Distanz zwischen sich und seinem Liebesbedürfnissen herstellt und sich aus der Distanz beobachtet. Er versucht also, seine Ängste vor Liebesverlust durch introspektive Einsicht zu kontrollieren. FK zeigen zwar ein introspektives Bemühen an, bedeuten aber keine echte Einsicht und Selbsterkenntnis, zu denen man ein positives $M>(FM+m)$ und $M>2$, also eine gute durch M gesteuerte Ich-Kontrolle braucht. In der suizidalen Gruppe ist auf Grund der Angst nach Liebesverlust die negative Selbstbeobachtung $FK+KF+K>0$ mit einer schwachen Ich-Kontrolle $M<(FM+m)$ verbunden. Zu den Kontrollmechanismen gehört noch $2m$ (oder mehr), das für unkontrollierbare Impulse steht, die dem Wertsystem des Probanden widersprechen, also als bedrohlich erlebt werden. Die Ich-Kontrolle ist schwach und das introspektive Bemühen hilft nicht, die Ängste vor Liebesverlust zu beherrschen. Das bedeutet eine Gefährdung der Integration und Autonomie der ganzen Ich-Struktur durch eine Angst mit Tendenz zur Verzweiflung, welche die Suizidgefahr steigert.

Als literarisches Beispiel kann man hier die Person von Anna Karenina sehen, eine literarische Gestalt des Meisters der realistisch-psychologischen Prosa, Leo Tolstoi. Die sehr interessante Persönlichkeit von Anna Karenina braucht viel Zeit für innere Veränderungen. Sie wird durch verschiedene Einflüsse, die immer wieder von außen oder von innen kommen, stark getrieben. Zuerst weist sie, als eine sehr sensible und selbstbewusste Person, alle Bemühungen von ihrem Verehrer Wronski stark ab. Ihren eigenen Mann liebt sie immer weniger. Sie fühlt sich auch selbst von dem gefühlskühlen, alten Aristokraten nicht geliebt. Die Versagung der Liebes- und Geborgenheitsbedürfnisse hat sie seit langem schon erlebt. Die Überzeugungsversuche und das Drängen von Wronskis Seite werden immer stärker und nach außen immer sichtbarer, so dass schon im aristokratischen Bekanntenkreis über eine „Beziehung“ gesprochen wird, die noch gar nicht zustande kam. Vom eigenem Mann bekommt sie anstatt Zuwendung und Unterstützung nur misstrauische und warnende Worte. Anna ist davon irritiert und lässt sich langsam aus der Ruhe bringen. Der innere Konflikt

zwischen dem Wertsystem und dem Verlangen nach Liebe und Zuwendung wird größer, genauso wie die Spannung, diese inneren Liebesimpulse zu ihrem Liebhaber, zu hemmen. Es kommt aber noch schlimmer. Ihr Sohn, wurde von ihr ferngehalten; „Mama ist tot“ wurde ihm nach der Trennung seiner Eltern erzählt, und zu einer Scheidung der Ehe konnte es nicht kommen, weil Karenin alle Bemühungen von Anna abgelehnt hat. Eine Heirat und somit neues Leben mit Wronski sind ausgeschlossen. Immer wenn sie ein Gefühl von Liebe und Freude bei der Erinnerung an Ihren Sohn hatte, kommt sofort Angst und Schmerz dazu. Diesen Liebesverlust kann sie nur schwer mit Hilfe von Medikamenten (Opium) ertragen. Ihre Liebes- und Sicherheitsbedürfnisse werden schwer verletzt, so dass sie mit Angst, Alpträumen und Verzweiflung kämpft. Von außen erhält sie, anstatt Unterstützung, Verzeihung und echte Liebe, nur Druck und Abweisung. Ihre inneren Impulse mit starkem Wunsch nach Liebe, die ihrem Wertsystem widersprochen haben, kann sie nicht mehr unter Kontrolle halten. Weil sie sich dagegen nicht mehr wehren kann, blieb ihr am Ende nichts übrig, als die starken Impulse in einem Suizidakt gegen ihr schwaches Selbst zu wenden.

Das „Anna Karenina-Syndrom“, die Bedrohung der Ich-Struktur auf Grund der Angst vor Liebesverlust und schwacher Ich-Kontrolle von Impulsen, die dem Wertsystem widersprechen, bildet eine echte Suizidgefahr und ist typisch für zahlreiche Selbstmordversuche die nach Liebesverlust ausgeführt werden. Es gibt zahlreiche literarische und echte Beispiele von Menschen, die sich wegen einem starken Liebesverlust oder Versagung der Geborgenheits- und Sicherheitswünsche (sog. orale Konflikte) das Leben nehmen wollen. Da die Liebesbedürfnisse primäre, grundsätzliche Wünsche sind, sind sie auch mit der Selbststruktur sehr stark verbunden. Für viele Menschen ist das ganze Selbst in den Worten „Ich liebe Dich“ enthalten. Wenn die Liebe – das ganze Dasein - abgewiesen wird, impliziert das gleichzeitig auch, dass man als Person ebenfalls keinen Wert mehr hat und auch keinen Sinn mehr sieht, weiterzuleben. Was unterscheidet die vielen Menschen, die nach dem Liebesverlust die neue Energie zum Leben wiederfinden, von denen, die nicht mehr leben wollen? Diese Unterschiede wird die Kausalanalyse beleuchten (Kap. III).

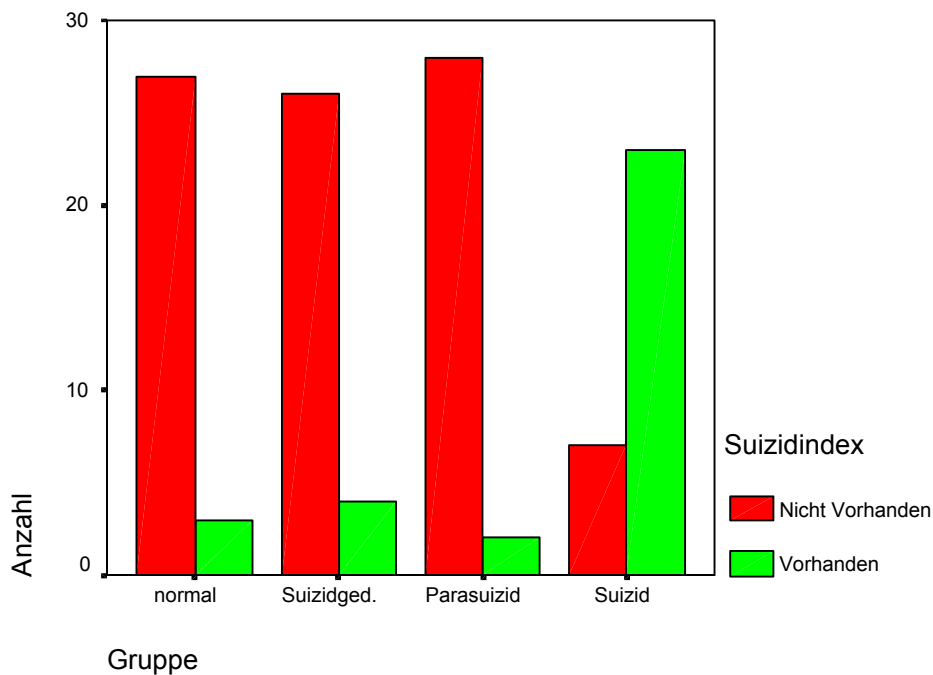
Anschließend bleibt anzumerken, dass es auch sinnvoll wäre, den Suizidindex für Adoleszente aus den Rorschachtest um den Schock auf Tafel II zu erweitern

(Unterdrückte Aggressivität und Angst vor eigener Aggressivität). Die Erweiterung des Index um die für die suizidale Gruppe hoch signifikante Subskala könnte nicht nur die Reliabilität erhöhen, sondern auch die Wahrscheinlichkeit der positiven Ergebnisse in 4 aus 7 Subskalen des Indexes, bei den suizidalen Probanden erhöhen. In der Revision des Indexes wurde anstelle der Subskala *Morbidantworten*, die einen schwachen Reliabilitätswert hatte und die Gruppen nicht differenzierte, die Subskala (*m*) benutzt, die eine nicht-lebendige Bewegung oder Objektbewegung bzw. abstrakte Bewegung deutet (z.B. „eine unsichtbare Kraft zieht alles...“, „Marionetten, die sich verbeugen“, „Tod“, „Fäulnis“...). Die Signatur steht für unkontrollierbare Impulse, die dem Wertesystem des Probanden widersprechen, also als bedrohlich erlebt werden. Als 7. Subskala wurde die verlängerte Reaktionszeit (Schock) auf die Tafel II angewendet. In dieser Untersuchung mit den 7 Subskalen des neuen Rorschach-Suizidindex für Adoleszente stieg der positive Ergebnisanteil in 4 Subskalen bei den suizidalen Probanden von 70% auf 77% der Fälle. Die Reliabilität des neuen Index erreichte einen Wert von $\text{Alpha} = 0.653$. (Der Index von Silberg und Armstrong erreichte in diesen Untersuchungen die Reliabilität von $\text{Alpha} = 0.530$).

Die Werte des neuen Suizidindex wurden der Chi-Quadrat Analyse für die vier Gruppen unterzogen. Der Chi-Quadrat-Test ergab signifikante Ergebnisse für die suizidale Gruppe (Chi-Quadrat (3) = 51.477, $p = 0.000$). Bei den suizidalen Personen treten die durch diesen Suizidindex gemessenen Symptome der Suizidalität häufiger als bei den anderen Gruppen auf. Die suizidalen Probanden erleben häufiger (23 Probanden, 77% der Stichprobe) als die anderen Probanden implizite negative Selbstvorstellungen und Affektprobleme (wie Affekthemmung, Aggressionssgefühle, schwache Affektkontrolle und Impulsivität, Aggressivität und Angst vor eigener Aggressivität) als die Probanden der übrigen drei Gruppen

Der unabhängige t-Test war für die suizidale Gruppe im Vergleich zu der Gruppe mit Suizidgedanken (4, 13,3%) signifikant ($t(54) = 6.28$, $p = 0.000$). Im Vergleich zu der parasuizidalen Gruppe (3, 10%) war der t-Test auch signifikant ($t(54) = 7.67$, $p = 0.000$) und ebenso im Vergleich der Kontrollgruppe (2, 6,7%) mit der suizidalen Gruppe ($t(54) = 6.92$, $p = 0.000$).

Abb.9.1 Der neue Suizidindex für Adoleszente aus dem Rorschachtest (Häufigkeit mit welcher vier von sieben Subskalen des Index bei den Probanden auftreten).



¹Anmerkung: Erklärung des Rorschach-Suizidindexes siehe S. 111, Kap.3.4.

Die Befunde lassen darauf hoffen, dass der neue Rorschach-Suizidindex für (nichtdepressive) Adoleszente für die Diagnose des Suizidrisikos bei Jugendlichen erfolgreich eingesetzt werden kann. Um seinen diagnostischen Wert zu bestätigen, werden jedoch weitere Forschungsstudien benötigt.

10. DAS KLINISCHE EXPERIMENT

Durch das klinische Experiment sollten Bedingungen untersucht werden, die eine Stimmungsverbesserung nach Aktivierung der Selbstkompetenzen bewirken. Es wurden die Auswirkungen einer negativen Stimmungsinduktion auf die Emotionalität in den vier Gruppen verglichen. Im zweiten Teil des Experimentes wurden bestimmte Therapietechniken durchgeführt. Es wurden die Auswirkungen der Therapieintervention (Sinnstiftung, Ressourcenaktivierung) auf die Bewältigung der negativen Stimmung in allen vier Gruppen geprüft.

Die Selbstaktivierung sollte bei Personen mit einer starken Ausprägung negativer Selbstaspekte und der Fähigkeit zur emotionalen Dialektik eine Stimmungsverbesserung bewirken (Showers & Kling, 1996; Kuhl, 2001). Es ist möglich, dass die Personen aus der suizidalen Gruppe mit ausgeprägt negativen Selbstaspekten und hoher Sensibilität für negativen Affekt durch eine Aktivierung und Verstärkung des geschwächten Selbstsystems (durch z.B. Sinnstiftung oder Ressourcenaktivierung) eine Stimmungsverbesserung erleben, so wie die Probanden mit gut integrierten Selbstrepräsentationen im Experiment von Showers und Kling (1996) und die Probanden aus der Kontrollgruppe der vorliegenden Untersuchung (Hypothese 10).

10.1. Methode.

10.1.1 Versuchspersonen.

Es wurden alle vier Gruppen (N = 116) untersucht (siehe Kap.II.1), d.h. die Kontrollgruppe, die Gruppe mit Suizidgedanken, die Gruppe nach dem Parasuzid und die Gruppe nach dem ernsthaften Suizidversuch.

Die beiden Gruppen ohne Suizidversuche, **die Kontrollgruppe und die Gruppe mit Suizidgedanken** wurden in Einzelsitzungen in der Schule individuell untersucht (im Büro der Schulpsychologin).

Die parasuizidale und die suizidale Gruppe wurden in der Klinik für innere Medizin, der Klinik für Arbeitsmedizin oder der Klinik für Pädiatrie untersucht. Die Patienten hatten eine Entgiftungsmaßnahme auf der Entgiftungsstation ihrer Klinik hinter sich. Alle wurden zwei oder drei Tage nach ihrem Suizidversuch untersucht. Die ärztliche (internistische) Diagnose war „*Intoxicatio medicamenta suicidalis*“. Die (psychiatrische) Diagnose hatte bei den Probanden alle möglichen psychia-

trischen Störungen (wie Psychosen, Depressionen, Persönlichkeitsstörungen u.a.) ausgeschlossen und in fast allen Fällen die Diagnose „*Anpassungsreaktion*“ bzw. „*Situative Reaktion*“ gestellt (nach dem statistischen Manual ICD-10).

10.1.2 Untersuchungsdesign.

Die Untersuchung bestand aus zwei Teilen. Im ersten Teil der Untersuchung wurde eine negative Stimmung induziert und gemessen. Im zweiten Teil wurde statt einer direkten positiven Stimmungsinduktion eine Therapieintervention zur Aktivierung des Selbstsystems durchgeführt und anschließend erneut die Stimmung gemessen. Der zweistufige Wiederholungsfaktor Stimmungsinduktion ergibt mit dem Zwischensubjektfaktor Gruppe (bestehend aus den genannten vier Personen-Gruppen) das 2x4-Design der vorliegenden Untersuchung.

Negative Stimmungsinduktion. Bei allen Probanden (N = 116) wurde eine negative Stimmung induziert (Misserfolg). Diese Stimmungsinduktion erfolgte durch eine Misserfolginduktion, bei der die Probanden eine unlösbare Aufgabe und damit das Gefühl von intellektueller Inkompetenz (intellektuelles Versagen) bekamen. Die Aufgabe bestand aus einer Reihe von geometrischen Rätseln (siehe Anhang).

Aktivierung des Selbstsystems. Mit allen Personen (auch denen der Kontrollgruppe) wurde eine kurze Psychotherapie (ca. 30 Min.) durchgeführt. Die Therapie wurde auf Sinnstiftung, Ressourcenaktivierung und im Allgemeinen auf Selbstaktivierung hin ausgerichtet. Das psychotherapeutische Gespräch sollte den Probanden helfen, die negative Stimmung aktiv zu bewältigen und eine Stimmungsverbesserung bewirken.

10.1.3 Abhängige Maße.

Emotionskomponenten. Zur Beginn des Experiments, d.h. nach den Rätselaufgaben (negative Stimmungsinduktion), wurde die Stimmung der Probanden anhand der Emotionsfragebögen (BEF-K) mit 7 Subskalen gemessen. Jede Emotionalitätsskala bestand aus 3 Emotions-Items. Diese Items wurden auf einer 4-stufigen Liekert-Skala gemessen.

Die Subskala „Aktivierung“ aus dem BEF-K besteht aus den Items „aktiv“, „tatkräftig“, „selbstbewusst“. Die Aktivierung wurde zum zweiten Mal nach der Therapieintervention mit Sinnstiftung und Selbstaktivierung gemessen (Messwiederholung mit zweifaktoriellem Plan). Es sollte der Haupteffekt der Stimmungsinduktion (Bestrafung, Selbstaktivierung) und die Wechselwirkung von Stimmungsinduktion und Gruppenzugehörigkeit auf die Aktivierung geprüft werden. Die Aktivierung ist ein Maß für positiven Affekt und Temperament (A+/T+) und gilt auch als ein Selbstmotivierungsindikator.

Die Subskala „Freude“ aus dem BEF-K besteht aus den Items „freudig“, „gutgelaunt“, „fröhlich“ und misst die Stimmung, die durch einen positiven Affekt (A+) gekennzeichnet ist. Andere Skalen des BEF-K sind: Ärger (A-), Gelassenheit (A/T(-)), Lustlosigkeit (A/T(+)), Erregung (T-), Hilflosigkeit (A-). Die Beschreibung dieser Variablen mit den dazugehörigen Items befindet sich im Anhang dieser Arbeit.

10.1.4 Instruktion und Versuchsdurchführung

Das Experiment wurde in den üblichen Verlauf eines diagnostischen und psychotherapeutischen Prozesses integriert. Zu Sitzungsbeginn wurde mit den Probanden die Testuntersuchung durchgeführt, anschließend kam der therapeutische Teil.

1.a) Negative Stimmung. Die Jugendlichen wurden gebeten, ein paar schwierige, geometrische Rätsel zu lösen: „Ich sage dir ein Rätsel und du sagst mir bitte die Lösung.“ (Die Rätsel sind im Anhang dieser Arbeit aufgeführt).

1.b) Messung der Emotionalität (BEF-K). Nach der negativen Stimmungsinduktion wurde die Emotionalität anhand der BEF-K gemessen (Fragebogen im Anhang).

2.a) Individuelle Therapieintervention. Im zweiten Teil des Experimentes wurde anstatt einer direkten positiven Stimmungsinduktion eine individuelle Psychotherapie zur Steigerung der Selbstaktivierung durchgeführt. In Bezug auf das suzidale Verhalten waren dabei folgende Punkte in der Therapie wichtig (Ringel 1984, Sonneck & Ringel, 1977):

1. Die Bedeutung einer emotionalen Bindung zum Therapeuten (Bewältigung der Einengung sozialer Kontakte)
2. Wissen über Herabregulierung der Aggressivität bzw. Äußerung der Aggressivität nach außen (z.B. durch Selbstäußerung, Sportaktivitäten)
3. Ermutigung zu Erfolgserlebnissen mit kleinen Fortschritten (Unterstützung bei der Ausführung erfüllbarer Aufgaben und Umsetzung selbstkongruenter Pläne)
4. Anregung der Phantasie in positiver Richtung (positive Zukunftspläne)
5. Positive Lebensgestaltung (Selbstenwicklung als Ziel der Psychotherapie)

2.b) Aktivierung des Selbstsystems in der Therapie. Die letzten drei dieser Punkte bezogen sich auf den Sinn- und Selbstaktivierungsprozess. Die Sinnstiftung basierte auf folgendem Prinzip: Wenn keine selbstkongruenten Lebenswerte oder -pläne mehr vorhanden sind, führt das zu Sinnverlust, wohingegen die Verwirklichung wichtiger Werte und selbstkongruenter Ziele Sinn stiften können (Frankl 1984). Die an der Sinnstiftung orientierte Therapie begann schon mit den ersten Standardfragen des Therapeuten, die im nachfolgenden Teil der Therapie immer wiederkehrten und vergegenwärtigt wurden. Die erste Standardfrage eines klinischen Gesprächs: „Wie kam es dazu, dass du in der Klinik erschienen bist?“ gibt oft wichtigen Aufschluss über selbstkongruenter Werte wie z.B. „Das Leben hat für mich keinen Sinn mehr... , ich habe keine Kraft mehr, das alles durchzuhalten,...“. „Es gibt nichts, wofür es sich lohnt weiterzuleben, es gibt für mich keine Zukunft mehr...“. „Ich fühle mich überfordert und übermüdet,... ich bin nur eine Last für alle anderen und keiner braucht mich...“. „Mein Partner hat mich verlassen... oder mein Vater/meine Mutter ist gestorben...“. „Es ist mir schon wieder gar nichts gelungen (z.B. in der Arbeit/in der Schule/in der Beziehung)...“.

Der Verlust wichtiger Ziele und Lebenswerte führt oft zu einem Sinnlosigkeitsgefühl. Der Sinnverlust wiederum zeigt, welche Werte und Ziele für die betroffene Person wirklich wichtig waren. Bestimmte Wertmaßstäbe und die Verwirklichung wichtiger Lebenswerte und selbstkongruenter Ziele führt zu einem Lebenssinnggefühl zurück. Bei einigen Probanden (z.B. mit einem niedrigen Selbstwertgefühl) versucht man u.a., die positiven Eigenschaften aus den Testergebnissen herauszufiltern, um auf diesen basierend einen positiven Selbstwert und damit auch das Sinnerleben zu

gestalten. Dazu können unter anderem auch gute intellektuelle Kompetenzen (Fall Nr. 2 des biographischen Teils) oder soziale Kompetenzen (Fall Nr. 1) gelten. Im folgenden sollen am Beispiel der zweiten Person aus dem biographischen Teil die Punkte einer Therapie verdeutlicht werden:

1. Eine kritische Einstellung zum Selbstmordversuch erzeugen.
2. Umsetzung folgender Werte: Verantwortung, Unabhängigkeit, Selbständigkeit und Freiheitsgefühl in wichtigen Lebensentscheidungen.
3. Adäquaten emotionalen Bezug zu den Eltern und sich selbst aufbauen (Liebe der anderen soll nicht größer und wichtiger als Selbstliebe sein).
4. Realistische Einschätzung eigener intellektueller Möglichkeiten. Die Erwartungen nicht zu hoch ansetzen (auch von Seiten der Eltern) und sich über eigene Erfolge freuen können, die auch objektiv hoch einzuschätzen sind.
5. Zufriedenheit aus eigener Tätigkeit herstellen und realistische Planung der eigenen Zukunft gestalten (z.B. Schulbildung).
6. Fähigkeit, eigene Bedürfnisse zu äußern, hinter der eigenen Werthierarchie zu stehen und sie schließlich umsetzen zu können (Selbstäußerung, Selbstbestimmung und Selbstmotivierung stärken).
7. Die Möglichkeit, emotionale Unterstützung zu erreichen (auch in der Form einer persönlichen Begegnung).

Bei den Personen ohne Suizidversuch wurde die Therapie nach Ringel vermieden und die Sinnstiftung und Ressourcenaktivierung in den Mittelpunkt gerückt.

2.c) Messung der Emotionalität (BEF-K). Nach der Therapie, die die Selbstaktivierung und das Sinnerleben fördern sollte, wurde erneut die Emotionalität anhand des BEF-K gemessen.

10.2. DIE ERGEBNISSE

Die einfaktoriellen Varianzanalysen der Emotionskomponenten (Skalen des BEF-7) nach der Misserfolgsinduktion bzw. nach der Selbststärkung, zeigten signifikante Unterschiede in der Befindlichkeit zwischen den vier Gruppen. Die suizidalen Probanden sind nach Bestrafung lustloser als die Kontrollprobanden und weniger freudig und gelassen als die mit Suizidgedanken. Die Parasuizidalen sind nach Bestrafung weniger freudig als die mit Suizidgedanken, nach Selbstaktivierung jedoch weniger hilflos als diese. Nach Selbstaktivierung sind sie außerdem weniger aktiv und mehr verärgert als die Kontrollgruppe. Die Gruppe mit Suizidgedanken ist außerdem nach Selbstaktivierung mehr erregt und hilflos als die Kontrollgruppe (Tab.10.1).

Tab.10.1 Mittelwerte und Standardabweichungen der Subskalen des Emotionalitätsfragebogens (BEF) nach der Stimmungsinduktion (Misserfolgsinduktion und Selbststärkung) in den vier Gruppen.

BEF – Skalen nach 1 – Misserfolg - 2 – Selbststärkung +	Kontroll- gruppe	Suizid- gedanken	Parasuizid	Suizid
AKTIVIERUNG 1	35.70 (8.69)	38.13 (10.25)	37.17 (11.96)	33.31 (10.97)
AKTIVIERUNG 2	48.03 (13.67)	43.47 (11.73)	41.23 (12.12)* ¹	47.27 (14.92)
ÄRGER 1	49.50 (10.35)	49.57 (9.35)	51.23 (8.72)	52.69 (11.51)
ÄRGER 2	43.50 (4.69)	45.65 (4.72)	47.37 (8.42)*	45.27 (5.75)
ERREGUNG 1	50.77 (10.28)	50.10 (15.80)	51.83 (7.87)	51.08 (9.92)
ERREGUNG 2	43.97 (6.32)	48.50 (10.50)*	46.37 (7.36)	44.81 (6.65)
FREUDE 1 <i>a,b)</i> ²	44.63 (10.61)	46.47 (9.67)	41.43 (8.29)	40.85 (9.49)
FREUDE 2	58.30 (9.65)	56.13 (8.38)	53.57 (10.20)	53.58 (9.53)
GELASSENHEIT 1 <i>b)</i>	43.67 (9.75)	47.67 (11.98)	45.20 (8.60)	40.04 (9.13)
GELASSENHEIT 2	54.03 (7.27)	52.90 (9.00)	53.07 (9.82)	50.58 (8.40)
HILFLOSIGKEIT 1 <i>b)</i>	52.93 (12.01)	50.77 (10.84)	53.03 (6.60)	56.46 (12.01)
HILFLOSIGKEIT 2 <i>a)</i>	43.87 (7.37)	48.53 (8.51)*	44.70 (7.37)	46.31 (6.96)
LUSTLOSIGKEIT 1	49.83 (9.97)	55.50 (12.75)	55.53 (11.84)	60.15 (11.30)**
LUSTLOSIGKEIT 2	49.47 (10.76)	50.53 (10.89)	49.90 (10.39)	51.73 (12.32)

Anmerkungen:

¹ *p < 0,05, **p < 0,01, ***p < 0,001: signifikanter Unterschied zur Kontrollgruppe nach dem *LSD – Test*

² sign. Unterschied zw.: a) Suizidgedanken u. Parasuizid, b) Suizidged. u. Suizid, c) Parasuizid u. Suizid.

Die varianzanalytische Auswertung des 2x4-faktoriellen Plans mit Messwiederholung ergab signifikante Effekte für die Stimmungsinduktion sowie die Interaktionswirkung

von Stimmungsinduktion und Gruppenzugehörigkeit auf die Aktivierung (Abb.10.2). Für die Aktivierung als abhängige Variable zeigte sich ein hochsignifikanter Haupteffekt für Stimmungsinduktion (Tab.10.2). Alle Versuchspersonen waren nach Selbststärkung aktiver als nach Misserfolg ($F(1,112) = 52.604, p < 0.000$).

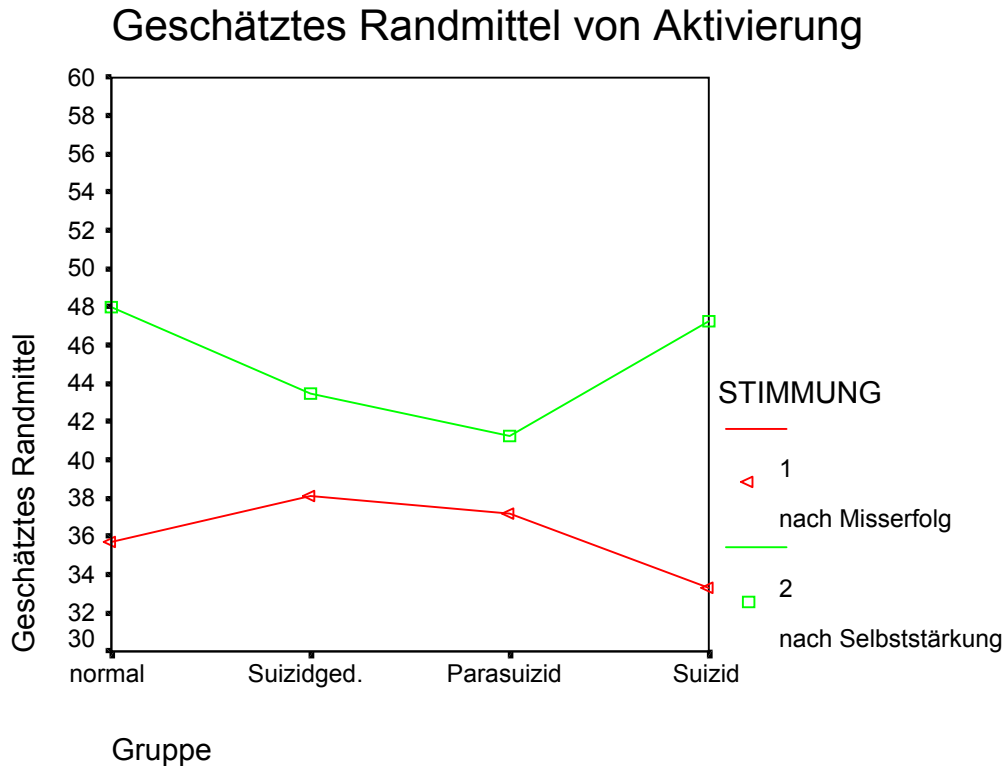
Tab.10.2 Die Haupteffekte von Stimmung und Gruppe sowie die Interaktion von Stimmung und Gruppe auf die subjektive Stimmung (BEF-K).

Unabhängige Variablen	BEF-7	SS	df	MS	F	Sign.
STIMMUNG	Aktivierung	4601,003	1	4385,453	52,604	,000
GRUPPE		220,672	3	73,557	,377	,770
STIMMUNG & GRUPPE	Aktivierung & Gruppe	1049,794	3	349,931	4,001	,010
STIMMUNG	Ärger	1621,408	1	1621,408	25,358	,000
GRUPPE		294,132	3	98,044	1,345	,236
STIMMUNG & GRUPPE	Ärger & Gruppe	125,830	3	41,943	,656	,581
STIMMUNG	Erregung	1345,460	1	1345,460	20,371	,000
GRUPPE		203,036	3	67,679	,470	,704
STIMMUNG & GRUPPE	Erregung & Gruppe	338,712	3	112,904	1,709	,169
STIMMUNG	Freude	8388,585	1	8388,585	235,531	,000
GRUPPE		938,065	3	312,688	2,154	,098
STIMMUNG & GRUPPE	Freude & Gruppe	130,504	3	43,501	1,221	,305
STIMMUNG	Gelassenheit	4175,704	1	4175,704	76,279	,000
GRUPPE		752,156	3	250,124	2,087	,106
STIMMUNG & GRUPPE	Gelassenheit & Gruppe	272,093	3	90,698	1,657	,180
STIMMUNG	Hilflosigkeit	2992,534	1	2992,534	39,807	,000
GRUPPE		332,567	3	110,857	1,389	,250
STIMMUNG & GRUPPE	Hilflosigkeit & Gruppe	535,336	3	178,445	2,374	,074
STIMMUNG	Lustlosigkeit.	1357,641	1	1357,641	17,955	,000
GRUPPE		1110,701	3	370,294	2,063	,109
STIMMUNG & GRUPPE	Lustlosigkeit & Gruppe	475,963	3	158,654	2,098	,104

Es zeigte sich kein signifikanter Haupteffekt für den Gruppenfaktor, d.h. die 4 Gruppen unterschieden sich nicht in ihrem Aktivierungsniveau. Die Interaktion von Stimmungsinduktion und Gruppe war signifikant ($F(3,112) = 4.001, p = 0.010$). Bei der Kontrollgruppe und der suizidalen Gruppe bewirkte die Stimmungsinduktion eine sehr deutliche Veränderung der Aktivierung, d.h. sie wurde nach der Selbststärkung deutlich aktiver als nach Misserfolg. Der t-Test für abhängige Stichproben war für die

suizidale Gruppe ($t(54) = 5.485, p < 0.000$) und die Kontrollgruppe ($t(58) = 3.869, p < 0.000$) hoch signifikant.

Abb.10.1 Die Wechselwirkung von negativer (Misserfolg) und positiver (Selbststärkung) Stimmung und Gruppenzugehörigkeit auf die Aktivierung aus dem BEF-K.



Größere Aktivität nach Selbststärkung als nach Misserfolg zeigten auch die Probanden mit Suizidgedanken ($t(58) = 2.644, p < 0.05$) und nach Parasuizid ($t(58) = 2.189, p > 0.05$), diese stieg jedoch nicht so deutlich wie bei den Probanden der anderen beiden Gruppen. Bei den suizidalen Probanden und denen aus der Kontrollgruppe ist die Aktivierung (A+/T+) nach Misserfolgsinduktion niedriger als bei den parasuizidalen und den Probanden mit Suizidgedanken. Den deutlichsten Unterschied gab es zwischen der suizidalen Gruppe und der Gruppe mit Suizidgedanken. Der t-Test für die unabhängigen Stichproben wurde signifikant ($t(54) = 1.70, p < 0.10$). Andere Unterschiede zwischen den Gruppen sind nicht signifikant.

Im zweiten Teil des Experimentes, nach der Selbststärkung, d.h. nach einer kurzen Therapieintervention, bei der die Selbstwahrnehmung und das Sinnerleben aktiviert wurden (Sinnstiftung, Ressourcenaktivierung, positive Stimmungsinduktion), stieg die

Aktivierung bei den suizidalen und den gesunden Probanden deutlich an. Bei den parasuizidalen und den Probanden mit Suizidgedanken zeigte sich ein geringerer Anstieg der Aktivierung. Es zeigten sich auch signifikante Unterschiede im Aktivierungsniveau nach Selbststärkung zwischen der parasuizidalen Gruppe und der Kontrollgruppe ($t(58) = 2.03, p < 0.05$) sowie der parasuizidalen und der suizidalen Gruppe ($t(54) = 1.670, p < 0.10$). Die Probanden aus der Kontrollgruppe und nach dem ernsthaften Suizidversuch sind nach Selbststärkung deutlich aktiver als die Probanden nach dem Parasuizid. Diese beiden Gruppen sind auch aktiver nach der Selbststärkung im Vergleich zu der Gruppe mit Suizidgedanken, diese Unterschiede wurden jedoch nicht signifikant. Diese Befunde stimmen mit der Annahme überein, dass die suizidalen Personen so wie jene Personen aus der Kontrollgruppe mit hoher Sensibilität für negativen Affekt nach einer Aktivierung des Selbstsystems eine Stimmungsverbesserung (d.h. in diesem Fall, eine deutliche Erhöhung der Aktivierungsniveau) erreichen (Hypothese 10).

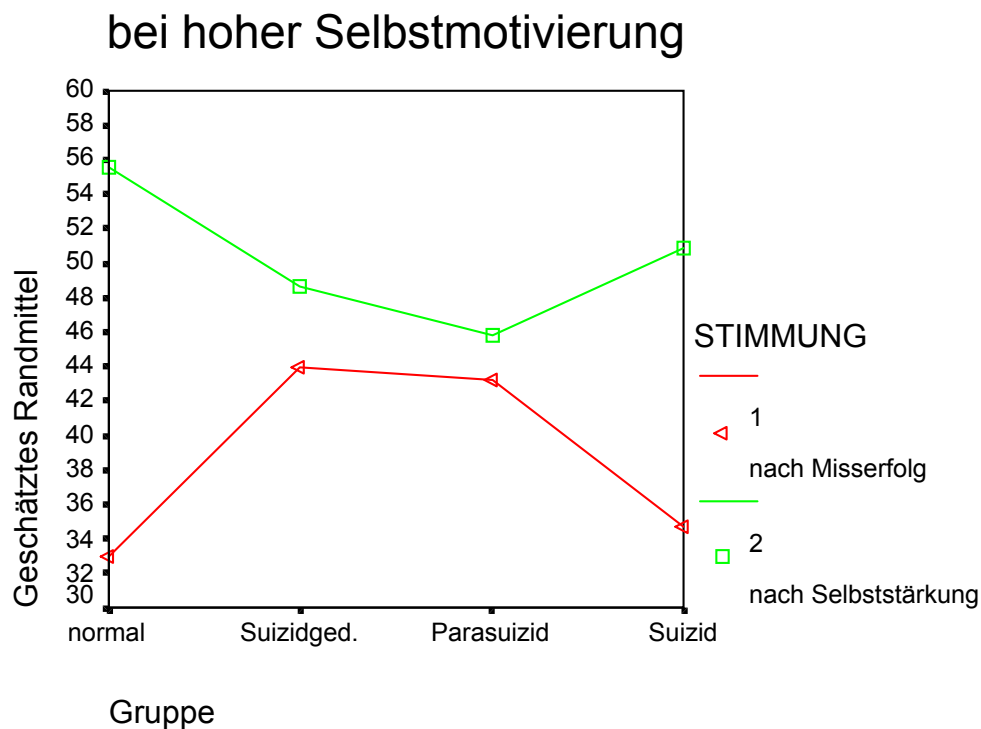
Eine dreifaktorielle Varianzanalyse für die Aktivierung als abhängige Variable mit den Faktoren Gruppe, Stimmungsinduktion und hohe vs. niedrige Selbstmotivierung ergab außer der signifikanten Interaktion von Stimmung und Gruppe und dem Haupteffekt für Stimmung, noch andere signifikante Effekte (Tab.10.3).

Tab.10.3 Die Effekte von Stimmung, Gruppe und Selbstmotivierung auf die Aktivierung (BEF-K.).

Unabhängige Variablen	SS	df	SM	F	Sign.
STIMMUNG (MISSERFOLG vs. SELBSTSTÄRKUNG)	4111,885	1	4111,885	54,238	,000
GRUPPE	129,659	3	43,220	,243	,866
SELBSTMOTIVIERUNG	2063,822	1	2063,822	11,602	,001
GRUPPE & H. vs. N. SELBSTMOTIVIERUNG	289,139	3	96,380	,542	,655
STIMMUNG & GRUPPE	1049,355	3	349,785	4,614	,004
STIMMUNG & H. vs. N. SELBSTMOTIVIERUNG	302,327	1	302,327	3,988	,048
STIMMUNG & GRUPPE & H. vs. N. SELBSTMOTIVIERUNG	1236,705	3	412,235	5,438	,002

Es zeigte sich ein signifikanter Haupteffekt für Selbstmotivierung, d.h. niedrige vs. hohe Selbstmotivierung bewirkte eine Veränderung im allgemeinem Aktivierungsniveau. Versuchspersonen mit hoher Selbstmotivierung zeigten ein höheres Aktivierungsniveau als Personen mit niedriger Selbstmotivierung ($F(3,112) = 11.602, p < 0.01$). Die dreifaktorielle Varianzanalyse zeigte eine signifikante Interaktion der Faktoren Stimmung, Gruppe und hohe vs. niedrige Selbstmotivierung mit der Aktivierung als abhängige Variable (siehe Tab.10.3).

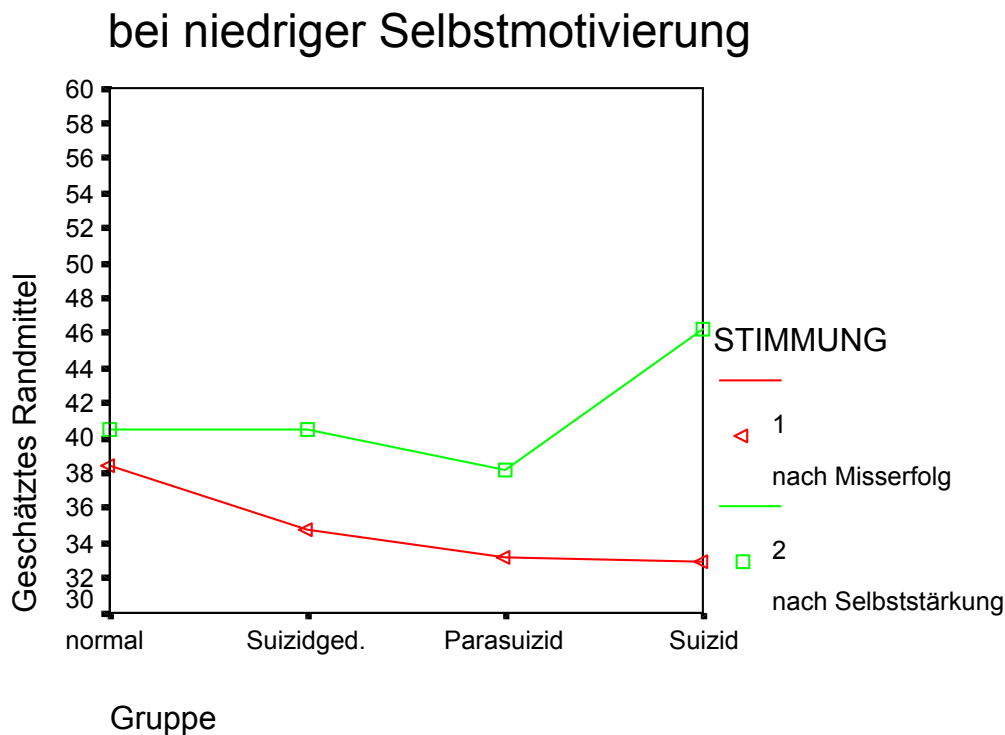
Abb.10.2 Die Wechselwirkung von negativer (Misserfolg) und positiver (Selbststärkung) Stimmung, Gruppenzugehörigkeit und hoher Selbstmotivierung auf die Aktivierung (BEF-K).



Bei Personen mit hoher Selbstmotivierung (Abb.10.2) aus der Kontroll- und der suizidalen Gruppe bewirkte die Stimmungsinduktion die Veränderung des Aktivierungsniveaus, d.h. diese Personen sind nach einer Selbststärkung aktiver als nach Misserfolg. Der t-Test für abhängige Stichproben war für die Kontrollgruppe ($t(58) = 6.96, p < 0.000$) signifikant und für die suizidale Gruppe ($t(54) = 2.35, p < 0.1$;

$p < 0.05$, einseitig)) marginal signifikant. Bei hochmotivierten Personen mit Suizidgedanken und nach Parasuizid zeigte sich keine deutliche Wirkung der Stimmung, sie sind unter Selbststärkung nicht aktiver als unter Misserfolg.

Abb.10.3 Die Wechselwirkung von negativer (Misserfolg) und positiver (Selbststärkung) Stimmung, Gruppenzugehörigkeit und niedrige Selbstmotivierung auf die Aktivierung (BEF-K).



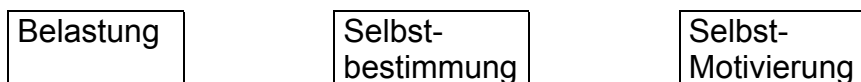
Bei suizidalen Personen mit niedriger Selbstmotivierung (siehe Abb.9.3) bewirkt die Stimmungsinduktion die Veränderung des Aktivierungsniveaus, d.h. sie sind unter Selbststärkung deutlich aktiver als unter Misserfolg ($t(54) = 6.96$, $p < 0.000$). Bei Personen der übrigen drei Gruppen mit niedriger Selbstmotivierung zeigt sich keine signifikante Wirkung der Stimmungsinduktion auf die Aktivierung. Es wurden analog dreifaktorielle Varianzanalysen für Selbstbestimmung (anstelle der Selbstmotivierung), LOP/HOP, LOM/HOM, Depressivität, Intro-/Extraversion und Neurotizismus gerechnet. In keiner dieser analogen Analysen ergaben sich signifikanten Wechselwirkungen.

Diese Befunde lassen darauf schließen, dass die Selbstmotivierung für die suizidalen Personen bei der Aktivierung der Selbstrepräsentationen und Sinnstiftung eine wichti-

ge Rolle spielt. Bei den suizidalen Probanden in Vergleich zu den übrigen Versuchspersonen, hängt die Selbstmotivierung stärker von Sinnerleben ab. Es ist zu vermuten, dass man die Selbstmotivierung über Sinnstiftung oder die Stärkung der selbstkongruenten Ziele und Absichten, d.h. durch die Selbstbestimmung aktivieren kann. Suizidgefährdete Personen brauchen die Selbstbestimmung, um zur Selbstmotivierung fähig zu sein.

Um zu überprüfen, ob Selbstbestimmung ein Vermittler (Mediator) für Selbstmotivierung ist, wurde eine Mediationsanalyse durchgeführt. Die erste Regressionsanalyse ergab einen signifikanten direkten Zusammenhang zwischen der Prädiktorvariable Belastung und der Kriteriumsvariable Selbstmotivierung ($\beta = -0.582$, $t(1,25) = -3.511$, $p < 0.01$), d.h. hohe Belastung verminderte die Selbstmotivierung. Zweitens verminderte Belastung auch signifikant die Selbstbestimmung ($\beta = -0.557$, $t(1,25) = -3.286$, $p < 0.01$). Drittens zeigte sich, dass wenn die beiden Variablen Belastung und Selbstbestimmung als Prädiktoren in die Regressionsanalyse einbezogen wurden, ein signifikanter Zusammenhang zwischen Selbstmotivierung und Selbstbestimmung bestand ($\beta = 0.473$, $t(1,25) = 2.651$, $p < 0.02$), d.h. die Selbstbestimmung übte eine positive Wirkung auf die Selbstmotivierung aus. Zusätzlich war der direkte Zusammenhang zwischen Belastung und Selbstmotivierung niedriger und nicht mehr signifikant ($\beta = -0.319$, $t(1,25) = -1.785$, $p < 0.2$).

Abb.10.4 Linearer Zusammenhang in der suizidalen Gruppe zwischen Belastung und Selbstmotivierung, der durch Selbstbestimmung vermittelt wird.



Somit ist die Selbstbestimmung ein Mediator zwischen Belastung und Selbstmotivierung. Die Ergebnisse der Mediationsanalyse weisen darauf hin, dass der Zusammenhang zwischen Belastung und Selbstmotivierung durch Selbstbestimmung vermittelt wird und damit die Selbstbestimmung eine Grundlage für hohe Selbstmotivierung ist. Der Test zur Überprüfung des indirekten (mediationalen) Zusammenhangs (Sobel, 1982) ergab ein signifikantes Ergebnis ($z = 2.26$, $p < 0.05$).

10.3 Das Klinische Experiment. Die Diskussion.

Die Ergebnisse dieses Experimentes erinnern an die Befunde von Showers und Kling (1996): Personen mit hoher Gewichtung positiver Selbstaspekte und einer geringen Differenziertheit des Selbst (die durch emotionale Dialektik, d.h. den Wechsel zwischen positivem und negativem Affekt operationalisiert wurde), profitieren nicht von der Aktivierung des Selbst (durch Schreiben eines Kurzaufsatzes „Wer bin ich“). Diese Personen erreichen eine Stimmungsverbesserung nur dann, wenn sie von der negativen Stimmung (durch Zählen) abgelenkt werden. Personen mit hoher Gewichtung negativer Selbstaspekte und hoher emotionaler Dialektik konnten nach der Induktion einer negativen Stimmung von der Aktivierung des Selbst profitieren und zeigten eine deutliche Stimmungsverbesserung. Dagegen zeigten Personen mit hoher Gewichtung negativer Selbstaspekte und integrierter Selbstorganisation nach einer Akzentuierung negativer Selbstaspekte (negative Stimmungsinduktion) eine Stimmungsverschlechterung, wenn sie nach der Induktion der traurigen Stimmung abgelenkt wurden (Showers & Kling, 1996). In dem Experiment von Showers und Kling wurde die Hypothese überprüft, dass differenzierte Selbstrepräsentationen (integrated organization of self) die Bewältigung einer negativen Stimmung anders beeinflussen als fragmentierte Selbstrepräsentationen (compartmentalized self).

Personen mit einer differenzierten Organisation der Selbstrepräsentationen (integriertes Selbst) und einer hohen Gewichtung negativer Selbstaspekte, die ein Gleichgewicht zwischen Sensibilität für negativen Affekt und der Fähigkeit zur aktiven Auseinandersetzung mit leidvollen, negativen Erfahrungen hatten, waren fähig, die negativen Erlebnisse durch aktive Auseinandersetzung zu bewältigen (Showers & Kling, 1996). Gemäß der PSI-Theorie geht bei den Personen mit fragmentiertem Selbst die Fähigkeit zur aktiven Bewältigung negativer Affekte verloren, weil das Selbstsystem gar nicht an der Bewältigung beteiligt ist und damit auch keine echten Bewältigungsstrategien gebildet werden können. Diese Personen versuchen, negative Stimmung ohne Auseinandersetzung (Selbstbeteiligung) zu verhindern, was zeigt, dass ihre gesunde Selbstentwicklung beeinträchtigt ist.

In diesen Studien sollte die Hypothese (10) überprüft werden, dass suizidale Personen mit niedrigen Selbstregulationskompetenzen durch Aktivierung der Selbstrepräsentationen (durch Therapieintervention), und auf Grund ihrer wahrscheinlich potentiell

hohen emotionalen Dialektik, die negative Stimmung genauso gut herabregulieren können (eine Stimmungsverbesserung erreichen) wie gesunde Personen mit guten Selbstregulationskompetenzen.

Linville (1987) belegte in ihrem Experiment, dass Personen mit differenziertem Selbstsystem (Komplexität von positiven und negativen Selbstrepräsentationen) eine Stressbelastung benötigen, um das stressreduzierende Potential ihres Selbstsystems zu aktivieren und dadurch ihre körperlichen Symptome wie Depression und Stresserleben zu bewältigen. Den Personen mit einer hohen Gewichtung negativer Selbstaspekte (negativ ausgeprägtem Selbst) aus dem Experiment von Showers und Kling (1996) und Linville (1987) entsprechen in der vorliegenden Untersuchung die Probanden der suizidalen Gruppe. Diese Personen müssen ihr Gleichgewicht zwischen hoher Sensibilität gegenüber negativem Affekt und der Fähigkeit zur aktiven Auseinandersetzung mit leidvollen Erlebnissen wiederfinden (emotionale Dialektik). Sie müssen nicht ihre Sensibilität, sondern jene Selbstkompetenzen verstärken, die bei der aktiven Auseinandersetzung mit negativen Erlebnissen beteiligt sind. Es gibt bestimmte Strategien, die das Selbstsystem an der Bewältigung des negativen Affekts miteinbeziehen und damit die Selbstentwicklung fördern wie z.B. Sinnstiftung, Umbewertung leidvoller Erfahrungen und Entwicklung von Lösungsstrategien (Kuhl, 2001).

In diesem klinischen Experiment waren sowohl die suizidalen Probanden als auch diejenigen der anderen drei Gruppen in einer Therapieintervention mit Sinnstiftung und Ressourcenaktivierung beteiligt. Die Personen, die am meisten aus der Aktivierung des Selbst profitierten und eine Stimmungsverbesserung zeigten, waren die Suizidalen und die der Kontrollgruppe. Diese Ergebnisse lassen in Übereinstimmung mit der Hypothese (10) darauf schließen, dass sowohl bei den Suizidalen als auch bei den Personen aus der Kontrollgruppe das Selbstsystem nach Sinnstiftung am meisten aktiviert wurde und an der Stimmungsverbesserung beteiligt war (deutlich erhöhte Aktivierung).

Die Gruppen nach dem Parasuizid und mit Suizidgedanken waren von dem induzierten Misserfolg weniger betroffen, zeigten aber auch eine geringere Stimmungsverbesserung nach der Sinnstiftung (Selbstaktivierung). Diese zwei Gruppen sind weniger sensibel für negativen Affekt, können aber auch von der Selbstaktivierung und Sinnstiftung bei der Bewältigung des negativen Affekts weniger profitieren. Die

Gruppe mit Suizidgedanken (mit ausgeprägtem narzisstischen, rhapsodischen und schizotypischen Stil) ist weniger sensibel für Bestrafung jedoch hochsensibel für Belohnung. Diese Gruppe kann oft mit Abwehrmechanismen wie Leugnen und Flucht in die Phantasie ihre negative Stimmung verdrängen. Diese Mechanismen wirken wie z.B. die Ablenkung bei den Personen mit fragmentiertem Selbst. Die parasuizidale Gruppe ist wenig sensibel für negativen Affekt (ausgeprägter kritischer und spontaner Stil). Die Personen neigen oft dazu, durch eine skeptische Einstellung gegenüber anderen und affektive Instabilität (Impulsivität) ihre negativen Erlebnisse zu vermeiden statt sich mit ihnen aktiv auseinander zusetzen.

Die suizidalen Probanden und die aus der Kontrollgruppe brauchten im Gegensatz zu den anderen zwei Gruppen echte Bewältigungsstrategien auf der Selbstebene. Ihre negativen Erlebnisse konnten nur dann bewältigt werden, wenn sie sich aktiv mit ihnen auseinandersetzen konnten (emotionale Dialektik) und wenn sie die negativen Erfahrungen in ihr Selbst integrieren konnten (mit ihren Erfahrungen das Selbstsystem zu stärken). Es geht in diesem Beispiel um die Kombination von hoher Sensibilität für schmerzhaftes, das Selbst belastende Erfahrungen einerseits und einer hohen Selbststeuerungskompetenz andererseits (Kuhl, 2001).

Dazu sei angemerkt, dass das Selbst in so einem Fall auf Dauer eine gewisse Energie (positive Kraft) braucht, um sich mit dieser Sensibilität entwickeln zu können. Bei der wichtigen Verstärkung der Selbststeuerungskompetenzen wäre eine Sinnstiftung wichtig, wie z.B. in der Logotherapie (Frankl, 1984) oder anderen Strategien, welche das Sinnerleben und die Selbstaktivierung fördern. „Die Stärke dieser Menschen kann sich oft nur in einer sehr persönlichen Form der Begegnung entfalten“ (Kuhl, 2001 S. 743). Die persönliche Begegnung oder der Bezug zu anderen ist ohne Zweifel nicht nur in verschiedenen Therapie- und Theorieansätzen wie der Logotherapie (mit der Vermittlung von Sinn und Übersinn) oder der Individuation (mit Ich und Selbstinstanz), sondern auch im Alltagsleben eine wertvolle Quelle, aus der die wichtige Kraft zur persönlichen Entfaltung geschöpft wird. Die Problematik des Gleichgewichts zwischen der emotionalen Sensibilität und der Selbstkompetenz scheint ein wichtiger Selbstentwicklungsfaktor zu sein.

Die wichtigen Selbststeuerungskompetenzen der Selbstbestimmung, Aktivierungskontrolle und Selbstmotivierung sind bei der suizidalen Gruppe deutlich geschwächt

(siehe Tab.5.1). Die positive Wirkung dieser Prozesse auf den RFL–Kennwert für Suizidalitätsschutz wurde durch eine Varianzanalyse (Abb.7.1-7.4) und eine Kausalanalyse (Abb.4 und 5, Kap. III) empirisch überprüft. Besonders die Selbstmotivierung, d.h. die Fähigkeit, sich selbst in Situationen (wie z.B. Frustration, Zielverfehlung) motivieren zu können und die Fähigkeit, auch unangenehmen Dingen etwas Positives abzugewinnen, spielt als Schutz vor Suizidalität eine wichtige Rolle. Positiver Affekt ist gemäß der 1. Modulationsannahme der PSI-Theorie für die Durchführung selbstkongruenter Ziele und Absichten wichtig (Selbstbestimmung). Gemäß der 5. Modulationsannahme der PSI-Theorie kann die Selbstmotivierung durch Aktivierung von Selbstrepräsentationen gestärkt werden. Die Aktivierung der Selbstrepräsentationen erhöht die Aktivierung positiven Affekts. Wenn willensbahnender, positiver Affekt durch die Aktivierung des Selbstsystems zustande kommt, wird die Wahrscheinlichkeit, dass Handlungen umgesetzt werden, die mit einer hohen Zahl von Selbstaspekten (selbstkongruenten Absichten) in Einklang stehen, erhöht (Kuhl, 2001, S. 177).

Die Selbststärkung sollte gemäß der PSI–Theorie die emotionale Dialektik (selbstbeteiligte Auseinandersetzung mit negativem Affekt) und die Rekrutierung positiven Affekts (nach gedämpftem positiven Affekt) ermöglichen und somit u.a. eine Stimmungsverbesserung bewirken, die zur Ausführung selbstkongruenter Ziele erforderlich ist. Die suizidalen Menschen haben sehr niedrige Selbstbestimmungs- und Selbstmotivierungskompetenzen. Die Frage ist an dieser Stelle, ob bei suizidalen Versuchspersonen mit hoher Selbstmotivierung genauso wie bei denen mit niedriger Selbstmotivierung die Selbstaktivierung (Selbststärkung durch Therapieintervention) eine Stimmungsverbesserung (Erhöhung des Aktivierungsniveaus) bewirken kann.

Die zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung zeigte, dass gerade bei den suizidalen Personen mit niedriger Selbstmotivierung die Aktivierung der Selbstrepräsentationen die höchste Steigerung des positiven Affektes (Handlungsaktivierung) bewirkte (siehe Abb.10.3). In der suizidalen Gruppe profitieren die Personen mit hoher Selbstmotivierung ebenso gut wie die Personen mit niedriger Selbstmotivierung von der Aktivierung der Selbstrepräsentationen und zeigen eine deutliche Stimmungsverbesserung durch die Erhöhung des allgemeinen Aktivierungsniveaus.

Diese Befunde lassen darauf schließen, dass eine Aktivierung der Selbstrepräsentationen bei suizidalen Personen, unabhängig von hoher oder niedriger Selbstmoti-

vierung, die Aktivierung positiven Affektes erhöht. Der willensbahnende, positive Affekt kann wegen starker Verbindung mit dem Selbstsystem (Aktivierung des Extensionsgedächtnisses) zur Umsetzung von selbstkongruenten Zielen und Absichten führen. Die damit geförderte Selbstbestimmung und Selbstmotivierung erhöhen direkt den RFL-Kennwert für Suizidalitätsschutz (siehe Kausalanalyse Abb.4) und können als Schutzfaktoren vor Suizidalität angesehen werden bzw. als therapeutische Strategien bei Suizidalität eingesetzt.

III. KAUSALANALYSEN IN DEN VIER GRUPPEN

In der Kausalanalyse sollen die willentlichen Mechanismen untersucht werden, die die Depressivität bzw. die Suizidalität beeinflussen oder sie verhindern (Hypothese 3, 4). Es wird die Auswirkung von verschiedenen Selbststeuerungsfunktionen auf die Suizidalität und die Depressivität in den vier Gruppen untersucht.

Biebrich und Kuhl (2000) belegen in ähnlichen Verfahren, dass es bestimmte Selbststeuerungsmechanismen gibt, in diesem Fall die Selbstbestimmung, die bei hochneurotischen Personen eine effiziente Regulation gegen Depressivität ermöglichen.

In dieser Studie geht es um Beantwortung folgender Fragen: Welche Selbststeuerungsprozesse wirken besonders effizient gegen die suizidale Entwicklung? Welche dieser Prozesse sind bei einem steigenden Suizidrisiko besonders gefährdet? Wie könnten es suizidgefährdete Personen trotz ihrer hohen Sensibilität für den negativen Affekt schaffen, eine Entwicklung in Richtung Suizidalität zu verhindern? Wie unterscheiden sich die suizidalen Personen in Bezug auf die Selbststeuerung von den parasuizidalen Probanden und denen aus den zwei nichtsuizidalen Gruppen?

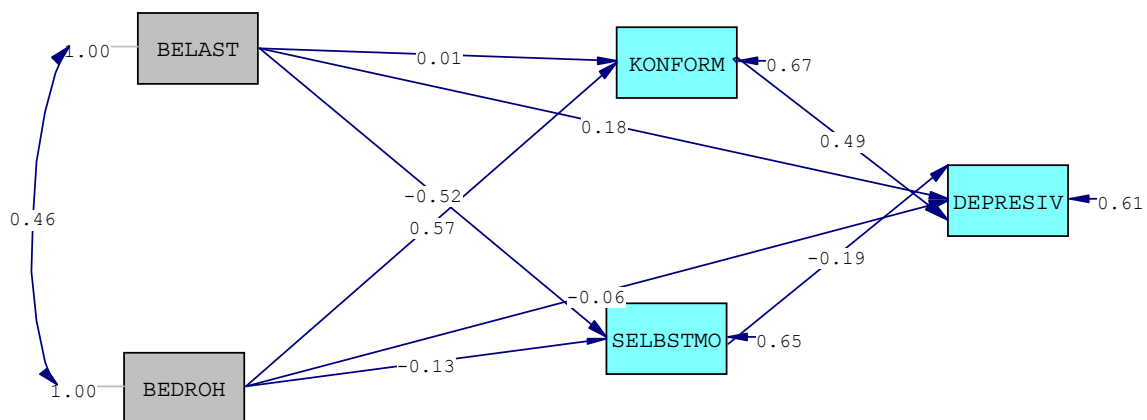
Es wird vermutet, dass sich bestimmte Selbststeuerungsmechanismen finden lassen, die effizient gegen die Suizidalität wirken und dass es Unterschiede zwischen den suizidalen, den parasuizidalen und den nichtsuizidalen Personen hinsichtlich der Art der Selbststeuerungsfunktionen gibt, welche ferner zum Schutz vor Suizidalität eingesetzt werden könnten (Hypothese 4 und 4.1). Die Überprüfung aller dieser Hypothesen wurde durch entsprechende Strukturmodelle durchgeführt (LISREL 8, Jöreskog & Sörbom 1993).

1. Die Pfadanalyse (LISREL 8)

In diesem Teil der Arbeit wird die Wirkung von Selbststeuerungsprozessen auf die Depressivität und das Suizidrisiko untersucht. Für die empirische Überprüfung dieser Wirkung wurden die Pfadanalyse (LISREL 8) und die Regressionsanalyse verwendet.


1.1 Selbststeuerung und Depressivität

Die separat für jede der vier Gruppen berechnete Pfadanalyse mit den unabhängigen Variablen Belastung und Bedrohung, den Mediatoren Selbstmotivierung und Konformität und dem PSSI 13 (Depressivität) als Zielvariable erbrachten für die suizidale Gruppe signifikante Effekte.



Chi-Square=0.01, df=8, P-value=1.00000, RMSEA=0.000

Abb. 1. Pfaddiagramm für die suizidale Gruppe mit Konformität und Selbstmotivierung als Selbststeuerungsvariablen und dem PSSI Kennwert für Depressivität als Zielvariable.

Die suizidalen Probanden sind depressionsgefährdet, wenn sie konformistisch sind und unter Bedrohung leiden (RMR=0.06, GFI=0.92, AGFI=0.86). Der entsprechende Pfadkoeffizient Bedrohung-Konformität beträgt 0.57 und bei Konformität-Depressivität 0.49 (Siehe Abb.1 und Tab.2). Beide Pfadkoeffizienten sind signifikant von Null verschieden ($t(25) = 2.97$, $p < 0.01$ und $t(25) = 2.47$, $p < 0.05$) und unterscheiden sich im Vergleich zur Kontrollgruppe signifikant. Der t-Test für unabhängige Stichproben war für beide Pfadkoeffizienten im Vergleich zur Kontrollgruppe hoch signifikant ($t(54) = 10.04$, $p < 0.001$ und $t(54) = 7.67$, $p < 0.001$).  Einfluss dieser beiden Variablen ist bei allen anderen drei Gruppen nicht signifikant (Tab.2). Die Gütekriterien für das gesamte Modell (Tab.1) sind sehr gut: AGFI = 1.00, GFI = 1.00, sMRM = 0.003. Diese Befunde sind vereinbar mit der theoretischen Annahme (Hypothese 3, 3.1), dass es bestimmte Selbststeuerungsfunktionen gibt, die einen

Einfluss auf die Depressivität haben. Für die suizidale Gruppe führt die Konformität, die nach Bedrohung verstärkt wird, zur Depressivität.

Tab.1 Die Anpassungswerte: GFI, AGFI und sRMR für die LISREL-Modelle mit den Prädiktoren Belastung und Bedrohung, den Mediatoren Selbstmotivierung, Konformität und der Zielvariable Depressivität (PSSI 13) in den 4 Gruppen

Anpassungswerte	Kontrollgruppe	Suizidgedanken	Parasuizid	Suizid
GFI,	0.98	0.97	0.97	1.00
AGFI	0.95	0.92	0.95	1.00
SMRM	0.062	0.072	0.067	0.003

Anmerkungen: GFI = Goodness of Fit Index; AGFI = Adjusted Goodness of Fit Index; sRMR = standardized Root Mean Square Residual

Tab.2 Standardisierte Pfadkoeffizienten zwischen den Mediatoren Selbstmotivierung, Konformität und der Zielvariable Depressivität (PSSI 13) in den 4 Gruppen.

Selbst- steuerungs- kompetenzen	Kontrollgruppe	Suizidgedanken	Parasuizid	Suizid
	Standardisierter Pfadkoeffizient der Variable	Standardisierter Pfadkoeffizient der Variable	Standardisierter Pfadkoeffizient der Variable	Standardisierter Pfadkoeffizient der Variable
Selbstmotivierung	-0.39*^{b,c,d} ²	-0.28	-0.13	-0.19
Belastung – Selbstmotivierung	-0.17	-0.04	-0.04	-0.52*^{a,b,c}
Bedrohung – Selbstmotivierung	-0.34	-0.05	-0.19	-0.13
Konformität	0.02	0.34*^a	0.41*^a	0.49*^a
Belastung – Konformität	0.12	-0.16	0.35	0.01
Bedrohung – Konformität	0.12	0.45*^{a,c}	0.14	0.57**^{a,c}
Belastung - Depressivität	0.47*^{c,d}	0.56*^{c,d}	0.21	0.18
Bedrohung – Depressivität	0.02	-0.18	-0.26	-0.06

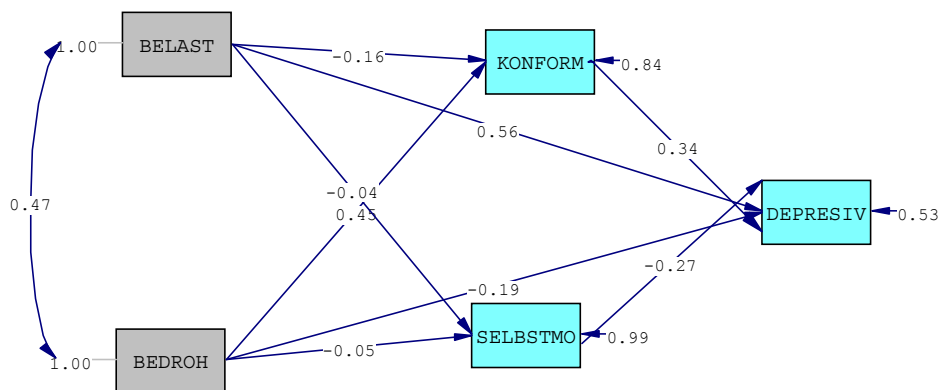
Anmerkungen:

¹ *p < 0,05, **p < 0,01, ***p < 0,001: Pfadkoeffizient signifikant von Null verschieden

² Signifikanter Unterschied nach dem *t-Test* für unabhängige Stichproben zu folgenden Gruppen:

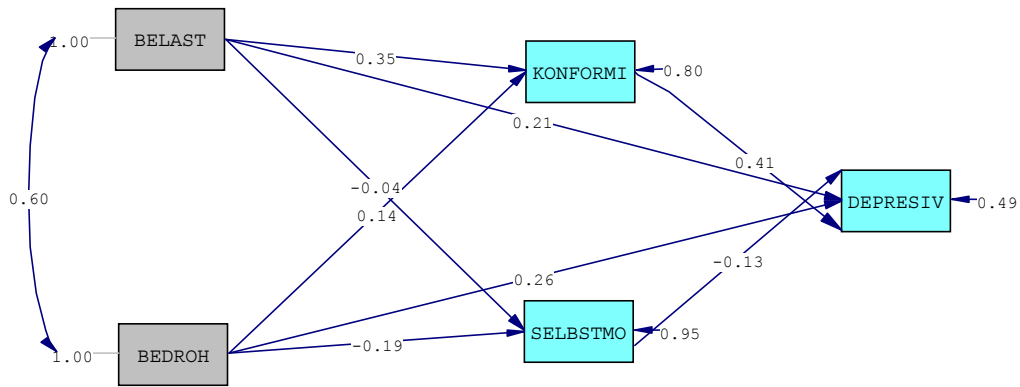
a) Kontrollgruppe; b) Gruppe mit Suizidgedanken; c) parasuizidalen Gruppe d) suizidalen Gruppe

Die für die Gruppe mit Suizidgedanken berechnete Pfadanalyse mit den Prädiktoren Belastung und Bedrohung, und den Mediatoren Selbstmotivierung und Konformität sowie Depressivität (PSSI13) als Zielvariable ergab einen signifikanten Zusammenhang zwischen den Pfaden Bedrohung–Konformität–Depressivität (Abb.2). Die Probanden mit Suizidgedanken sind depressiv, wenn sie konformistisch werden und unter Bedrohung leiden. Der Pfadkoeffizient zwischen Bedrohung und Konformität beträgt 0.45, ist signifikant von Null verschieden ($t(29) = 2.24, p < 0.05$) und unterscheidet sich von der Kontrollgruppe signifikant ($t(58) = 6.39, p < 0.001$). Die Konformität übt den stärksten positiven Einfluss auf die Depressivität aus (der entsprechende Pfadkoeffizient ist signifikant von Null verschieden ($t(25) = 2.20, p < 0.05$) und beträgt 0.34, unterscheidet sich also signifikant von der Kontrollgruppe ($t(58) = 8.67, p < 0.001$). Die Gütekriterien für das gesamte Modell sind ausreichend ($sRMR = 0.072, AGFI = 0.92, GFI = 0.97$).



Chi-Square=2.17, df=8, P-value=0.97538, RMSEA=0.000

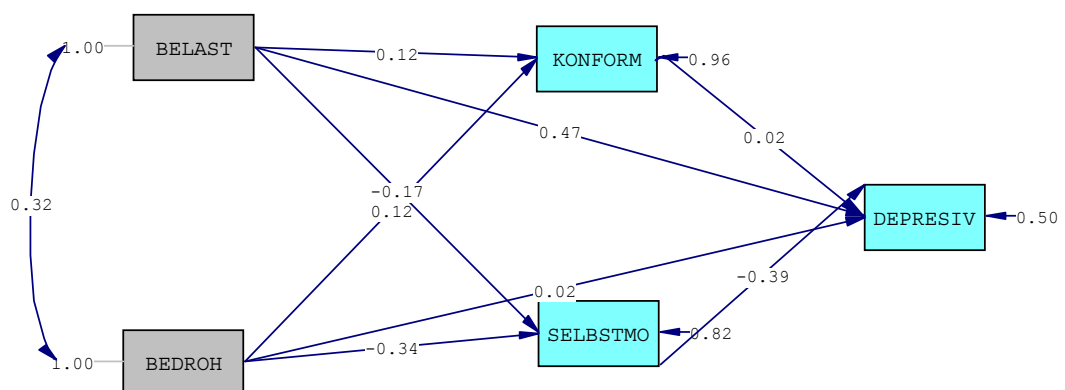
Abb.2 Pfaddiagramm für die Gruppe mit Suizidgedanken mit “Konformität“ und „Selbstmotivierung“ als Selbststeuerungsvariablen und PSSI Kennwert für Depressivität als Zielvariable.



Chi-Square=2.11, df=8, P-value=0.97742, RMSEA=0.000

Abb.3 Pfaddiagramm für die parasuizidale Gruppe mit “Konformität“ und „Selbstmotivierung“ als Selbststeuerungsvariablen und PSSI Kennwert für Depressivität als Zielvariable.

Die parasuizidalen Probanden sind depressiv, wenn sie konformistisch werden und unter Belastung leiden. Der Pfadkoeffizient zwischen Belastung und Konformität beträgt 0.35 ($t(29) = 1.63$, $p = 0.1$) und unterscheidet sich von der Kontrollgruppe signifikant ($t(58) = 7.23$, $p < 0.001$). Die Konformität übt den stärksten positiven Einfluss auf die Depressivität aus. Der entsprechende Pfadkoeffizient ist signifikant von Null verschieden ($t(25) = 2.72$, $p < 0.02$), beträgt 0.41 und unterscheidet sich also signifikant von der Kontrollgruppe ($t(58) = 10.42$, $p < 0.001$). Die Gütekriterien für das gesamte Modell sind ausreichend ($sRMR = 0.067$, $AGFI = 0.95$, $GFI = 0.97$). Für die parasuizidalen Personen ist die Hemmung von Wille und Initiative gefährlich (A(+)). Sie führt über die Introjektion fremder Ziele (Konformität) in die Depressivität (1.MA der PSI –Theorie).



Chi-Square=1.82, df=8, P-value=0.98592, RMSEA=0.000

Abb.4 Pfaddiagramm für die Kontrollgruppe mit Konformität und Selbstmotivierung als Selbststeuerungsvariablen und PSSI 13 Kennwert für Depressivität als Zielvariable.

In der Kontrollgruppe wird die Belastung zur Depressivität führen, wenn keine Selbststeuerungsstrategien eingesetzt werden. Der direkte Pfadkoeffizient von Belastung zu Depressivität ist signifikant von Null verschieden ($t(29) = 3.23$, $p < 0.01$), beträgt 0.47 und unterscheidet signifikant die Kontrollgruppe von der suizidalen ($t(54) = 5.27$, $p < 0.001$) und der parasuizidalen Gruppe ($t(54) = 5.29$, $p < 0.001$).

Um die genaue Wirkung von Lageorientierung auf die Depressivität in der Gruppe mit Suizidgedanken sowie die Wirkung der anderen Selbststeuerungsvariablen in der suizidalen Gruppe zu überprüfen wurde wieder die Pfadanalyse (LISREL 8) berechnet. Belastung und Bedrohung wurden als Prädiktoren, und Selbstbestimmung, LOP, Zielfixierung als Mediatoren mit der Depressivität (PSSI 13) als Zielvariable für dieses Pfaddiagramm genommen (siehe Tab.3).

Tab.3 Standardisierte Pfadkoeffizienten zwischen den Mediatoren Selbstbestimmung, LOP, Zielfixierung und der Zielvariable Depressivität (PSSI 13) in den 4 Gruppen

Selbst– steuerungs- kompetenzen	Kontrollgruppe Standardisierter Pfadkoeffizient der Variable	Suizidgedanken Standardisierter Pfadkoeffizient der Variable	Parasuizid Standardisierter Pfadkoeffizient Der Variable	Suizid Standardisierter Pfadkoeffizient der Variable
Selbstbestimmung	-0.25	-0.02	0.00	-0.41^{*1} a,b,c²
Belastung – Selbstbestimmung	-0.38	0.01	-0.20	-0.59^{**} a,b,c
Bedrohung – Selbstbestimmung	-0.17	0.15	0.15	0.07
LOP	0.08	0.52^{**}a,c,d	-0.17	0.09
Belastung - LOP	0.46^{*c,d}	0.39^{*c,d}	-0.05	0.85^{***}a,b,c
Bedrohung – LOP	-0.10	-0.63^{**}a,c,d	0.02	-0.27
Zielfixierung	0.12	0.18	0.13	0.49^{*a,b,c}
Belastung – Zielfixierung	0.33	0.25	0.34	-0.03
Bedrohung – Zielfixierung	0.16	0.01	0.24	0.42^{*a,b,c}
Belastung – Depressivität	0.47^{*c,d}	0.27	0.21	-0.02
Bedrohung – Depressivität	0.02	0.29	0.26	0.09

Anmerkungen:

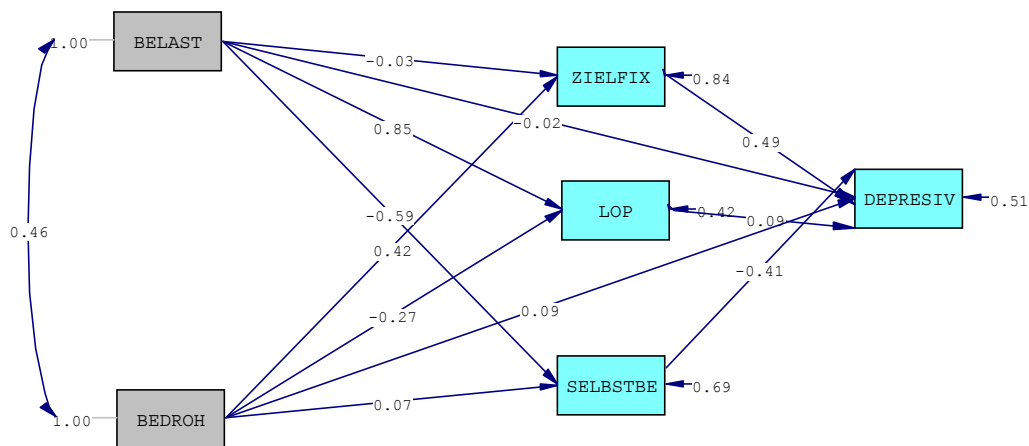
¹ * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$: Pfadkoeffizient signifikant von Null verschieden

² Signifikanter Unterschied nach dem *t-Test* für unabhängige Stichproben zu folgenden Gruppen:

a) Kontrollgruppe; b) Gruppe mit Suizidgedanken; c) parasuizidalen Gruppe d) suizidalen Gruppe

Tab.4 Anpassungswerte: GFI, AGFI und sRMR für die LISREL-Modelle mit den Prädiktoren Belastung und Bedrohung, den Mediatoren Selbstbestimmung, LOP, Zielfixierung und der Zielvariable Depressivität (PSSI 13) in den 4 Gruppen

Anpassungswerte	Kontrollgruppe	Suizidgedanken	Parasuizid	Suizid
GFI,	0.95	0.94	0.93	0.97
AGFI	0.91	0.90	0.86	0.94
SMRM	0.069	0.085	0.10	0.047

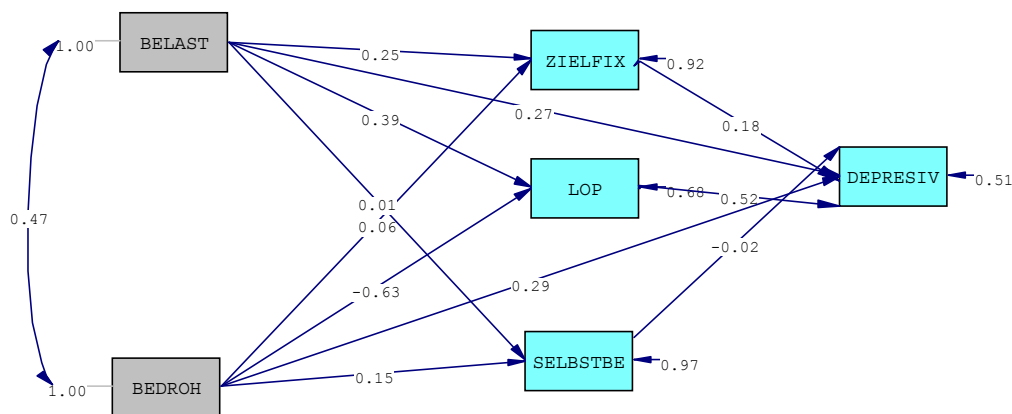


Chi-Square=2.29, df=11, P-value=0.99717, RMSEA=0.000

Abb. 5 Pfaddiagramm für die suizidale Gruppe mit Zielfixierung LOP und Selbstbestimmung als Selbststeuerungsvariablen und dem PSSI Kennwert für Depressivität als Zielvariable.

Die Pfadanalyse ergab für die suizidale Gruppe signifikant von Null verschiedene Koeffizienten (Tab.3) auf dem Pfad zwischen Belastung–Selbstbestimmung ($t(25) = -3.03$, $p = 0.05$) und Selbstbestimmung–Depressivität ($t(25) = -2.35$, $p < 0.05$) sowie zwischen Bedrohung-Zielfixierung ($t(25) = 1.96$, $p = 0.05$) und Zielfixierung–Depressivität ($t(25) = 3.00$, $p < 0.05$). Diese unterscheiden sich im Vergleich zu anderen drei Gruppen signifikant. Im Vergleich zur parasuizidalen Gruppe sind die Pfadkoeffizienten Belastung–Selbstbestimmung–Depressivität ($t(54) = 6.93$, $p < 0.001$) und $t(54) = 9.19$, $p < 0.001$) sowie die Pfadkoeffizienten Bedrohung–Zielfixierung–Depressivität ($t(54) = 3.18$, $p < 0.01$) und ($t(54) = 8.18$) signifikant unterschiedlich. Im

Vergleich zur Gruppe mit Suizidgedanken ist der Pfadkoeffizient Belastung–Selbstbestimmung ($t(54) = 10.96, p < 0.001$) signifikant sowie Selbstbestimmung–Depressivität ($t(54) = 9.19, p < 0.001$) und ebenso der Pfadkoeffizient Bedrohung–Zielfixierung ($t(54) = 6.68, p < 0.001$) und Zielfixierung–Depressivität ($t(54) = 9.75, p < 0.001$). Im Vergleich zur Kontrollgruppe sind die Pfadkoeffizienten Belastung–Selbstbestimmung–Depressivität ($t(54) = 4.23, p < 0.001$ und $t(54) = 8.61, p < 0.001$) und die Pfadkoeffizienten Bedrohung–Zielfixierung–Depressivität ($t(54) = 4.70, p < 0.001$ und $t(54) = 8.64, p < 0.001$) signifikant. In Übereinstimmung mit der Hypothesen (3, 3.1) zeigten sich in der suizidalen Gruppe Selbststeuerungsmechanismen, die eine Wirkung auf die Depressivität ausüben. Bei suizidalen Probanden zeigte sich eine sog. „Kreuzung“ der Affekte. Sie haben die Tendenz, unter Belastung die Selbstbestimmung zu verlieren, die die Depressivität vermindern könnte und unter Bedrohung werden sie zielfixiert, was die Depressivität verstärkt.

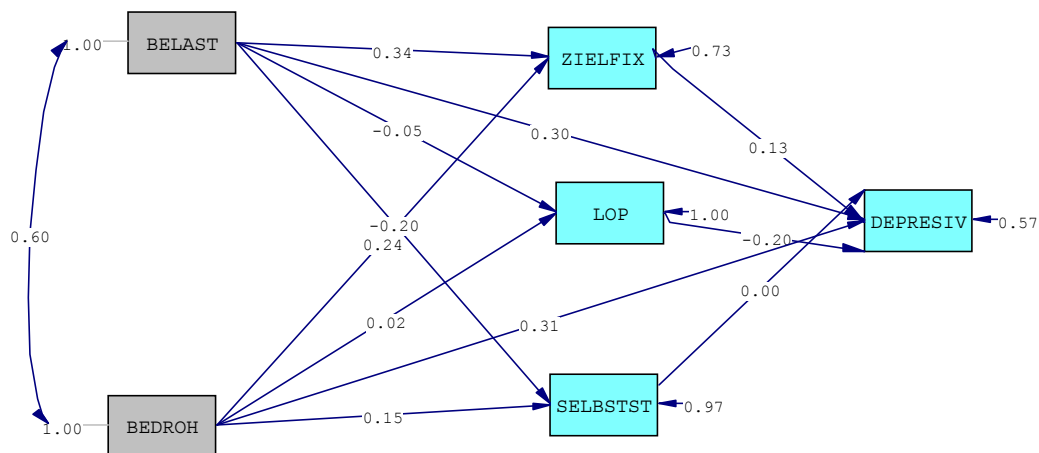


Chi-Square=5.55, df=11, P-value=0.90182, RMSEA=0.000

Abb.6 Pfaddiagramm für die Gruppe mit Suizidgedanken mit Zielfixierung, LOP und Selbstbestimmung als Selbststeuerungsvariablen und PSSI 13 Kennwert für Depressivität als Zielvariable.

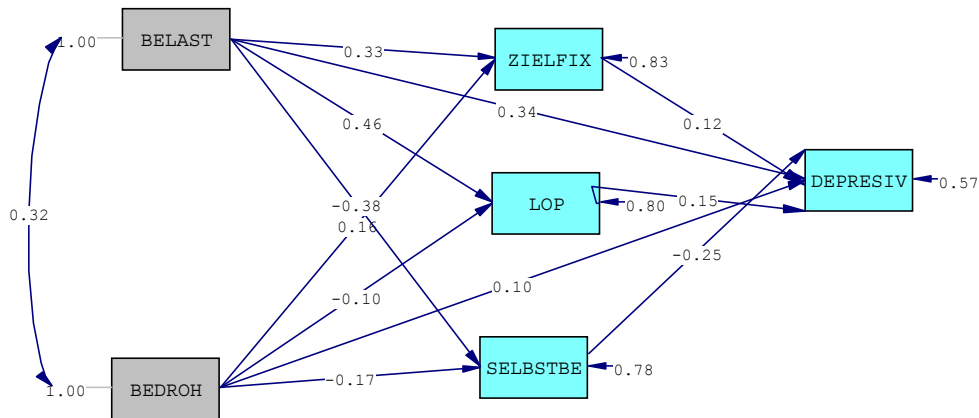
Dieses Modell (Abb.6) zeigte weitere signifikante Effekte für die Gruppe mit Suizidgedanken auf den Pfad: Bedrohung–LOP ($t(29) = -3.48, p < 0.001$) und LOP–Depressivität ($t(29) = 3.11, p < 0.001$) und Belastung–LOP ($t(29) = 2.14, p < 0.05$) und LOP–Depressivität ($t(29) = 3.11, p < 0.01$); die entsprechende Pfadkoeffizienten sind signifikant von Null verschieden, Tab.3). Der Pfadkoeffizient zwischen Belastung und

LOP beträgt 0.39 und unterscheidet sich signifikant von der parasuizidalen ($t(58) = 8.04$, $p < 0.001$) und der suizidalen Gruppe ($t(54) = 10.43$, $p < 0.001$). Der Pfadkoeffizient zwischen LOP und Depressivität beträgt 0.52 und unterscheidet sich signifikant von der parasuizidalen ($t(29) = 16.90$, $p < 0.000$) und der suizidalen Gruppe ($t(54) = 7.86$, $p < 0.001$). Die Anpassungswerte für dieses Modell sind gut (RMR = 0.08, GFI = 0.94, AGFI = 0.89). Diese Befunde sind vereinbar mit der Annahme (Hypothese 3.1.), dass sich in den verschiedenen Gruppen unterschiedliche Selbststeuerungskompetenzen finden, die eine positive Wirkung auf die Depressivität ausüben. Suizidgedanken (Abb.6.) münden in Depressivität, wenn die selbstregulatorischen Kompetenzen fehlen, bei Belastung positiven Affekt wiederherzustellen (LOP). Für die parasuizidalen Personen (Abb.3) ist die Belastung gefährlich (A(+)). Sie führt über die Introjektion fremder Ziele (Konformität) in die Depressivität (1. Modulationsannahme der PSI –Theorie).



Chi-Square=6.80, df=5, P-value=0.23594, RMSEA=0.115

Abb.7 Pfaddiagramm für die parasuizidale Gruppe mit Zielfixierung, LOP und Selbstbestimmung als Selbststeuerungsvariablen und PSSI 13 Kennwert für Depressivität als Zielvariable.

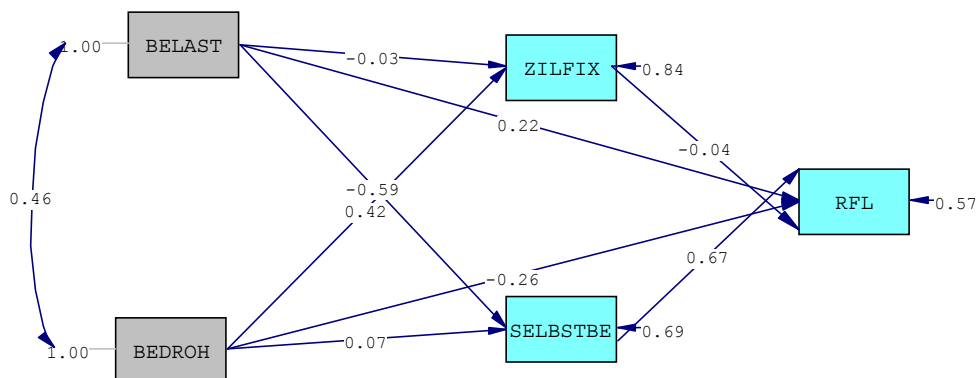


Chi-Square=6.59, df=11, P-value=0.83106, RMSEA=0.000

Abb.8 Pfaddiagramm für die Kontrollgruppe mit Zielfixierung, LOP und Selbstbestimmung als Selbststeuerungsvariablen und PSSI 13 Kennwert für Depressivität als Zielvariable.

1.2 Selbststeuerung und Suizidrisiko

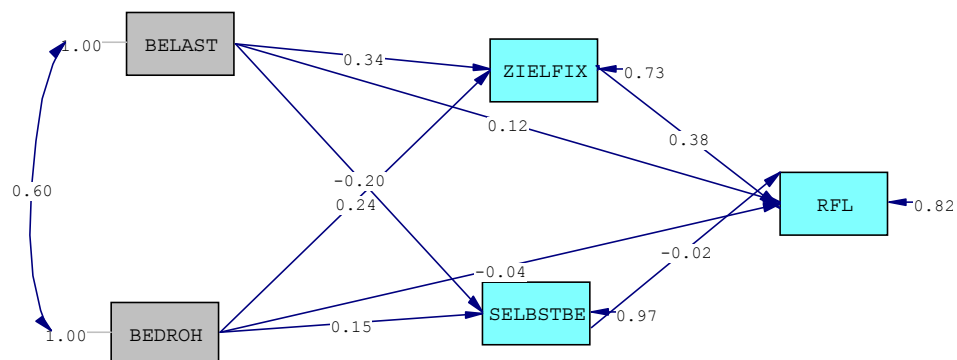
Für die Überprüfung der Wirkung von Belastung und Selbstbestimmung auf den Schutz vor einem Suizid (Gesamtkennwert des Reasons for Living Inventory) wurde wieder die Pfadanalyse mit den Prädiktoren Belastung und Bedrohung, den Mediatoren Selbstbestimmung mit Zielfixierung und dem RFL-Kennwert für Schutz vor Suizidalität als Zielvariable berechnet. Das Pfadmodell ergab weitere signifikante Effekte für die suizidale Gruppe (Abb.9).



Chi-Square=0.61, df=8, P-value=0.99972, RMSEA=0.000

Abb.9 Pfaddiagramm für die suizidale Gruppe mit Selbstbestimmung und Zielfixierung als Selbststeuerungsvariable und Suizidrisiko als Zielvariable.

Das Pfadmodell ergab weitere signifikante Effekte für die suizidale Gruppe bei den Pfaden Belastung-Selbstbestimmung und Selbstbestimmung-RFL als Kennwert für Suizidalitätsschutz (RMR=0.037, GFI=0.99, AGFI=0.98). Die beiden Pfadkoeffizienten sind signifikant von Null verschieden, betragen entsprechend -0.59 ($t(25) = -3.03$, $p < 0.01$) und 0.67 ($t(25) = 3.52$, $p < 0.002$) und unterscheiden sich im Vergleich zu den übrigen drei Gruppen signifikant. Der Pfadkoeffizient zwischen Belastung und Selbstbestimmung unterscheidet sich signifikant von der parasuizidalen Gruppe ($t(54) = 6.78$, $p < 0.000$), der Gruppe mit Suizidgedanken ($t(54) = 10.96$, $p < 0.000$) und der Kontrollgruppe ($t(54) = 4.23$, $p < 0.01$). Der Pfadkoeffizient zwischen Selbstbestimmung und dem RFL unterscheidet sich signifikant von der parasuizidalen Gruppe ($t(54) = 13.91$, $p < 0.000$), der Gruppe mit Suizidgedanken ($t(54) = 11.00$, $p < 0.000$) und der Kontrollgruppe ($t(54) = 9.98$, $p < 0.000$). Der Einfluss dieser Variablen bei allen anderen drei Gruppen ist nicht signifikant (Tab.6). Niedrige Selbstbestimmung senkt deutlich den Gesamtwert des Lebenssinninventars (RFL), der ein Indikator für den Suizidalitätsschutz ist. Es zeigte sich noch ein anderer Pfadkoeffizient zwischen Bedrohung und Zielfixierung, welcher 0.42 beträgt ($t(25) = 1.95$, $p < 0.1$), dieser Pfadkoeffizient ist jedoch nicht signifikant von Null verschieden.

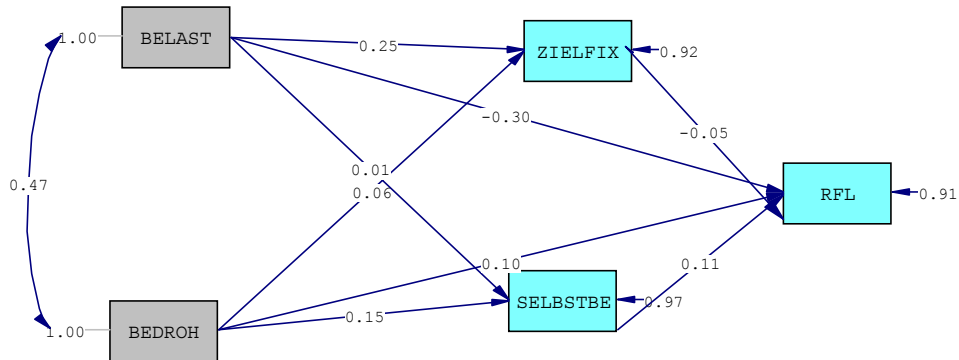


Chi-Square=0.27, df=8, P-value=0.99999, RMSEA=0.000

Abb.10 Pfaddiagramm für die Parasuizidale Gruppe mit Selbstbestimmung und Zielfixierung als Selbststeuerungsvariable und Suizidrisiko als Zielvariable.

In der parasuizidalen Gruppe zeigte sich eine Tendenz zur Erhöhung der Zielfixierung nach Belastung, welche den Suizidalitätsschutz erhöht. Die entsprechenden Pfadkoeffizienten zwischen Belastung und Zielfixierung betragen 0.34 ($t(29) = 1.67$, $p < 0.1$) und für Zielfixierung und RFL 0.38 ($t(29) = 1.86$, $p < 0.1$). Beide Pfadkoeffizienten sind jedoch nicht signifikant von Null verschieden. In der Gruppe mit

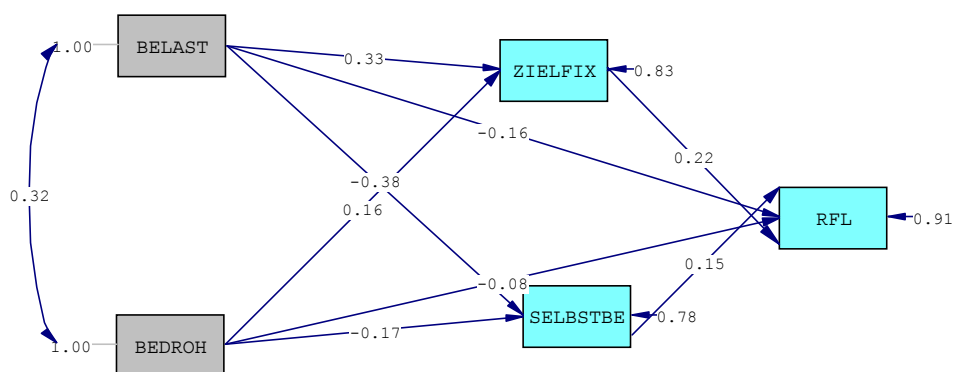
Suizidgedanken (Abb.11) und der Kontrollgruppe (Abb.12) zeigten sich im Pfadmodell keine signifikanten Pfadkoeffizienten.



Chi-Square=0.77, df=8, P-value=0.99932, RMSEA=0.000

Abb.11 Pfaddiagramm für die Gruppe mit Suizidgedanken mit Selbstbestimmung und Zielfixierung als Selbststeuerungsvariable und Suizidrisiko als Zielvariable.

Die Interaktion zwischen den Selbststeuerungsfunktionen und entsprechenden psychischen Systemen mündet so lange nicht in Suizidalität, wie keine Kreuzverschaltungen (Konfundierungen) zwischen den Systemen entstehen. Diese Befunde stimmen mit der theoretischen Annahme (Hypothese 4, 4.1) überein, dass es signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen hinsichtlich der Art der Selbststeuerungsfunktionen gibt, die eine Wirkung auf die Suizidalität ausüben. Im Unterschied zur Depressivität hängt das Suizidrisiko bei der suzidalen Gruppe mit der Affektkonfundierung, stärker von der Blockierung der Selbstbestimmung durch Belastung ab (A(+)), als von der, durch Bedrohung (A-) verursachten, Zielfixierung.



Chi-Square=0.27, df=3, P-value=0.96526, RMSEA=0.000

Abb.12 Pfaddiagramm für die Kontrollgruppe mit Selbstbestimmung und Zielfixierung als Selbststeuerungsvariable und Suizidrisiko als Zielvariable.

Tab.5 Die standardisierte Pfadkoeffizienten zwischen den Mediatoren - Selbstbestimmung, Zielfixierung und der Zielvariable –RFL als Kennwert für Suizidalitätsschutz in den 4 Gruppen

Selbst- steuerungs- Kompetenzen	Kontrollgruppe	Suizidgedanken	Parasuizid	Suizid
	Standardisierter Pfadkoeffizient der Variable	Standardisierter Pfadkoeffizient der Variable	Standardisierter Pfadkoeffizient der Variable	Standardisierter Pfadkoeffizient der Variable
Selbstbestimmung	0.15	0.11	-0.02	0.67**<i>a,b,c</i>
Belastung – Selbstbestimmung	-0.38**¹ <i>b,c,d</i>	0.01	-0.20	-0.59**<i>a,b,c</i>
Bedrohung – Selbstbestimmung	-0.17	0.15	0.15	0.07
Zielfixierung	-0.22	-0.05	0.38	-0.04
Belastung – Zielfixierung	0.33	0.25	0.34	-0.03
Bedrohung – Zielfixierung	0.16	0.06	0.24	0.42*<i>a,b,c</i>
Belastung – RFL	-0.16	-0.30	0.12	0.22
Bedrohung – RFL	-0.08	0.10	-0.04	-0.26

Anmerkungen:

¹ *p < 0,05, **p < 0,01, ***p < 0,001: Pfadkoeffizient signifikant von Null verschieden

² Signifikanter Unterschied nach dem *t-Test* für unabhängige Stichproben zu folgenden Gruppen:

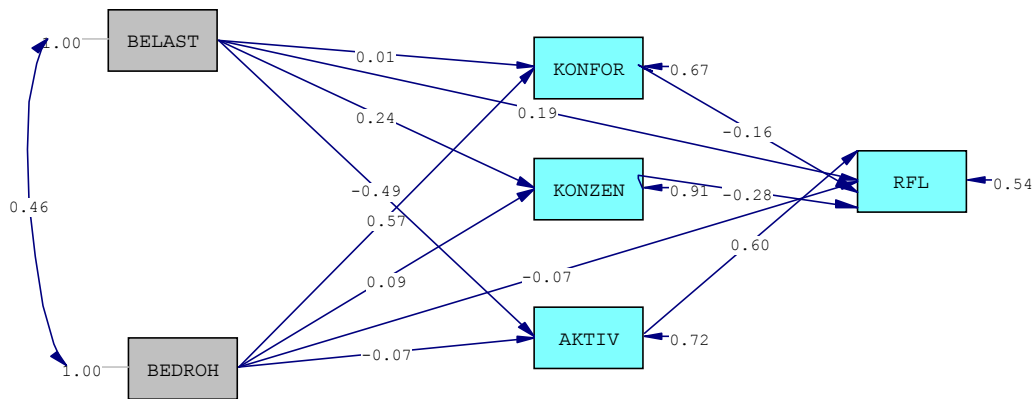
a) Kontrollgruppe; b) Gruppe mit Suizidgedanken; c) parasuizidalen Gruppe d) suizidalen Gruppe

Tab.6 Die Anpassungswerte: GFI, AGFI und sRMR für die LISREL –Modelle mit den Prädiktoren Belastung und Bedrohung, den Mediatoren - Selbstbestimmung, Zielfixierung und der Zielvariable - RFL-I als Kennwert für Suizidalitätsschutz in den 4 Gruppen

Anpassungswerte	Kontrollgruppe	Suizidgedanken	Parasuizid	Suizid
GFI,	1.00	0.99	1.00	0.99
AGFI	0.98	0.98	0.99	0.98
SMRM	0.021	0.040	0.022	0.037

Anmerkungen: GFI = Goodness of Fit Index; AGFI = Adjusted Goodness of Fit Index; sRMR = standardized Root Mean Square Residual

Die Pfadanalyse mit dem Lebenssinninventar (RFL) als Zielkriterium und Aktivierungskontrolle, Konformität und Konzentrationsschwäche als abhängige Variable und Belastung und Bedrohung als unabhängige Variable ergab weitere signifikante Effekte für die suizidale Gruppe.

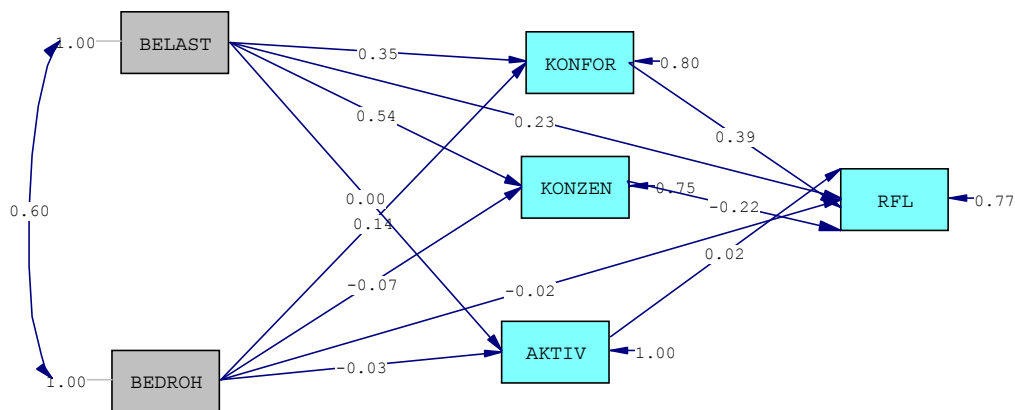


Chi-Square=0.49, df=11, P-value=1.00000, RMSEA=0.000

Abb.13 Pfaddiagramm für die suizidale Gruppe mit Aktivierungskontrolle, Konzentrationsschwäche und Konformität als Selbststeuerungsvariablen und RFL als Zielvariable.

Bei der suizidalen Gruppe übt die Aktivierungskontrolle den stärksten positiven Einfluss auf den Lebenssinn aus und senkt damit das Suizidrisiko. Der entsprechende Pfadkoeffizient zwischen Aktivierungskontrolle und Suizidalität ist signifikant von Null verschieden ($t(25) = 3.33$, $p < 0.01$) und beträgt 0.60, unterscheidet sich signifikant von der parasuizidalen Gruppe ($t(54) = 12.34$, $p < 0.000$), Gruppe mit Suizidgedanken ($t(54) = 10.93$, $p < 0.000$) und Kontrollgruppe ($t(55) = 7.08$, $p < 0.000$). Der Einfluss dieser Variable ist bei allen anderen Gruppen nicht signifikant. In der suizidalen Gruppe übt Belastung einen negativen Einfluss auf die Aktivierungskontrolle aus. Der entsprechende Pfadkoeffizient zwischen Belastung und Aktivierungskontrolle ist signifikant von Null verschieden ($t(25) = -2.43$, $p < 0.05$) und beträgt -0.49. Er unterscheidet sich damit signifikant von der parasuizidalen Gruppe ($t(55) = 8.33$, $p < 0.000$), der Gruppe mit Suizidgedanken ($t(54) = 4.36$, $p < 0.000$) und der Kontrollgruppe ($t(54) = 5.73$, $p < 0.000$). Das Suizidrisiko steigt bei den suizidalen Probanden, wenn nach Belastung die Aktivierungskontrolle sinkt. Gleichzeitig steigt nach Bedrohung die Konformität und Introjektionsneigung. Der entsprechende Pfadkoeffizient zwischen Bedrohung und Konformität ist signifikant

von Null verschieden ($t(25) = 2.27, p < 0.01$) und beträgt 0.57. Er unterscheidet sich signifikant von der parasuizidalen Gruppe ($t(54) = 8.14, p < 0.000$) und der Kontrollgruppe ($t(54) = 8.63, p < 0.000$). Konformität übt einen negativen, jedoch nicht signifikanten Einfluss auf das Suizidrisiko aus. Der entsprechende Pfadkoeffizient zwischen Konformität und RFL beträgt 0.16 und ist nicht signifikant von Null verschieden ($t(25) = -0.86, p < 0.5$). Das Suizidrisiko in der suizidalen Gruppe hängt stärker von der Blockierung der Aktivierungskontrolle durch Belastung ab als von der Konformität. Die Gütekriterien für dieses Modell sind sehr gut (RMR = 0.025, AGFI = 0.99, GFI = 0.99).



Chi-Square=2.73, df=11, P-value=0.99381, RMSEA=0.000

Abb. 14 Pfaddiagramm für die parasuizidale Gruppe mit Konformität, Konzentrationsschwäche und Aktivierungskontrolle als Selbststeuerungsvariablen und dem RFL als Zielvariable.

Die berechnete Pfadanalyse ergab für die parasuizidale Gruppe signifikante Effekte zwischen Konformität und Suizidrisiko (RMR = 0.058, GFI = 0.97, AGFI = 0.94). Die unter Belastung entstehende Konformität erhöht zwar die Depressivität, schützt aber vor dem Suizidrisiko. Der entsprechende Pfadkoeffizient zwischen Belastung und Konformität beträgt 0.35 und ist nicht signifikant von Null verschieden ($t(29) = 1.63, p < 0.2$), d.h. Belastung erhöht zwar die Konformität aber nicht signifikant in dieser Gruppe. Erhöhte Konformität würde dann das Suizidrisiko verhindern. Der entsprechende Pfadkoeffizient zwischen Konformität und RFL beträgt 0.45, ist signifikant von Null verschieden ($t(29) = 2.07, p < 0.05$) und unterscheidet sich

signifikant von der suizidalen Gruppe ($t(54) = 10.80, p < 0.000$) der Gruppe mit Suizidgedanken ($t(58) = 7.55, p < 0.000$) und der Kontrollgruppe ($t(58) = 11.53, p < 0.000$). Die Jugendlichen sind im Vergleich zu den anderen drei Gruppen nur dann ernsthaft suizidgefährdet, wenn sie sich nonkonformistisch verhalten, weil Konformität die unter Belastung auftaucht das Suizidrisiko vermindern würde.

Die Pfadanalyse (Abb. 10) ergab noch einen anderen interessanten Zusammenhang zwischen Belastung, Zielfixierung und Suizidalität ($RMR = 0.022, GFI = 1.00, AGFI = 0.99$). Bei Belastung werden die Jugendlichen zielfixiert, was das Suizidrisiko senkt. Die entsprechenden Pfadkoeffizienten sind jedoch nicht signifikant von Null verschieden, der Koeffizient zwischen Belastung und Zielfixierung beträgt $0.34 (t(29) = 1.67, p < 0.2)$, und zwischen Zielfixierung und Suizidrisiko $0.38 (t(29) = 1.86, p < 0.1)$. Die Zielfixierung erhöht das allgemeine Lebenssinngedühl, das gegen die Suizidgefahr wirkt. In der parasuizidalen Gruppe würde die Suizidgefahr nur dann entstehen, wenn nach Belastung eine hohe Zielvergegenwärtigung bzw. nonkonformistisches Verhalten folgen würde.

Tab.7 Die Anpassungswerte: GFI, AGFI und sRMR für die LISREL –Modelle mit den Prädiktoren Belastung und Bedrohung, den Mediatoren - Aktivierungskontrolle, Konzentrationsschwäche, Konformität und der Zielvariable - Suizidalität (RFL-I) in den 4 Gruppen

Anpassungswerte	Kontrollgruppe	Suizidgedanken	Parasuizid	Suizid
GFI,	0.94	0.94	0.97	0.99
AGFI	0.88	0.8	0.94	0.99
SMRM	0.087	0.085	0.058	0.025

Anmerkungen: GFI = Goodness of Fit Index; AGFI = Adjusted Goodness of Fit Index; sRMR = standardized Root Mean Square Residual

Tab.8 Standardisierte Pfadkoeffizienten zwischen den Mediatoren Aktivierungskontrolle, Konzentrationsschwäche, Konformität und der Zielvariable - Suizidalität (RFL-I) in den 4 Gruppen

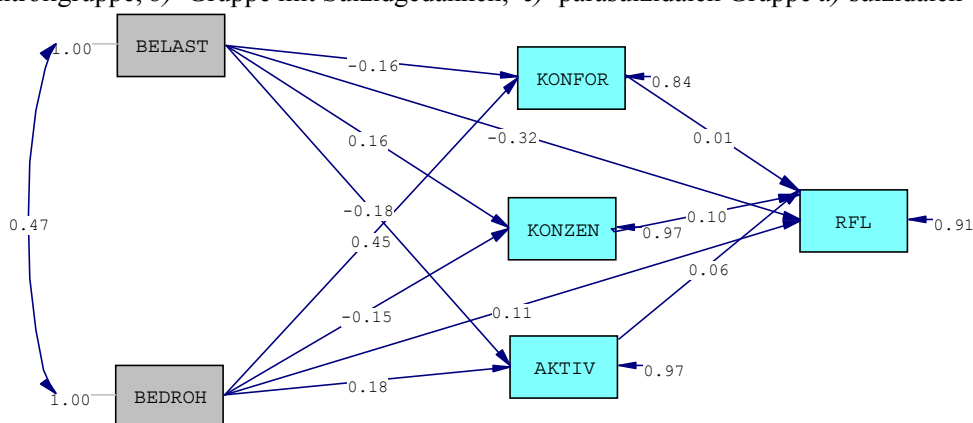
Selbst- steuerungs- kompetenzen	Kontrollgruppe	Suizidgedanken	Parasuizid	Suizid
	Standardisierter Pfadkoeffizient der Variable	Standardisierter Pfadkoeffizient der Variable	Standardisierter Pfadkoeffizient der Variable	Standardisierter Pfadkoeffizient der Variable
Aktiv. -kontrolle	0.25	0.06	0.02	0.60**^{a,b,c}
Belastung – Aktiv. -kontrolle	-0.19	-0.18	0.00	-0.49*^{a,b,c}
Bedrohung – Aktiv. -kontrolle	-0.25	0.18	-0.03	-0.07
Konz. –schwäche	-0.31	0.10	-0.22	-0.28
Belastung – Konz. –schwäche	0.26	0.16	0.54*^{1a,b,d²}	0.24
Bedrohung- Konz. -schwäche	0.30	-0.15	-0.07	0.09
Konformität	-0.17	0.01	0.39*^{a,b,d²}	-0.16
Belastung – Konformität	0.12	-0.16	0.35	0.01
Bedrohung – Konformität	0.12	0.45	0.14	0.57**^{a,b,c}
Belastung – RFL	0.00	-0.32	0.23	0.19
Bedrohung – RFL	0.10	0.11	-0.02	-0.07

Anmerkungen:

¹*p < 0,05, **p < 0,01, ***p < 0,001: Pfadkoeffizient signifikant von Null verschieden

² Signifikanter Unterschied nach dem *t-Test* für unabhängige Stichproben zu folgenden Gruppen:

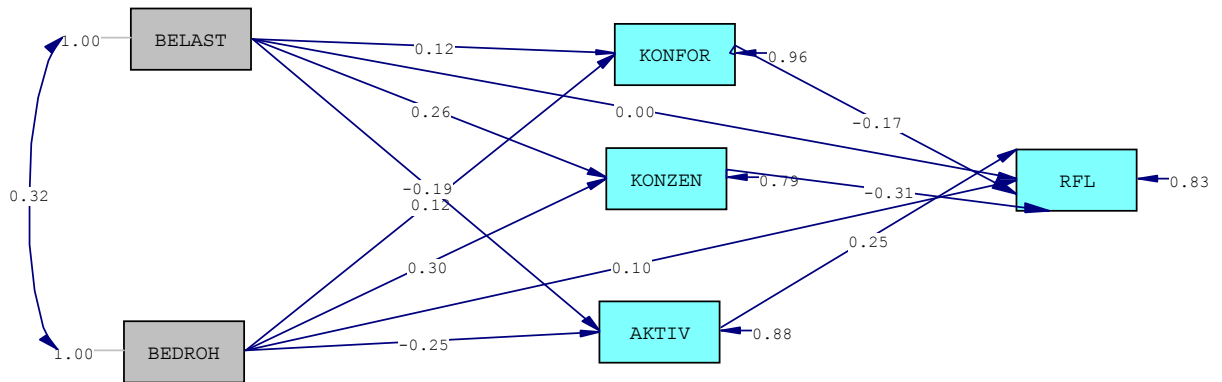
a) Kontrollgruppe; b) Gruppe mit Suizidgedanken; c) parasuizidalen Gruppe d) suizidalen Gruppe



Chi-Square=5.09, df=11, P-value=0.92676, RMSEA=0.000

Abb. 15 Pfaddiagramm für die Gruppe mit Suizidgedanken mit Aktivierungskontrolle, Konformität, Konzentrationsschwäche als Selbststeuerungsvariablen und dem RFL als Zielvariable.

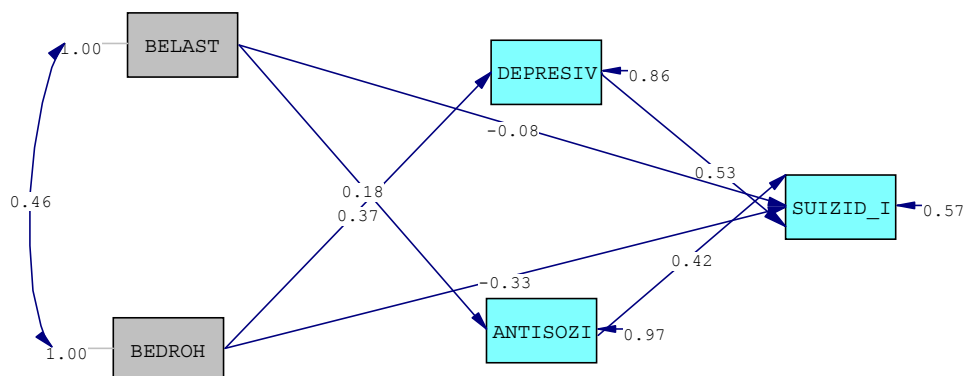
In der Gruppe mit Suizidgedanken wurden keine signifikanten Zusammenhänge zwischen verschiedenen Selbststeuerungsvariablen und dem Suizidrisiko (RFL-I) als Zielkriterium gefunden. Berechnete Pfadanalysen waren nicht signifikant. Die für die Kontrollgruppe berechneten Pfadanalysen, sowohl für Depressivität als auch für das Suizidrisiko als Zielvariable, zeigten ebenfalls keine signifikanten Effekte.



Chi-Square=5.85, df=11, P-value=0.88343, RMSEA=0.000

Abb. 16 Pfaddiagramm für die Kontrollgruppe mit Konformität, Konzentrationsschwäche und Aktivierungskontrolle als Selbststeuerungsvariablen und dem RFL als Zielvariable.

Um den Einfluss der Selbststeuerungsfunktionen und Persönlichkeitsstile auf die impliziten, unbewussten Mechanismen der Suizidalität zu überprüfen, wurde der Rorschach-Suizidindex für Adoleszente als abhängige Variable in das Modell einbezogen. Der Analyse wurden die Prädiktoren Belastung und Bedrohung, die Mediatoren Depressivität und Selbstbestimmter (AS) Stil aus dem PSSI-K und der Rorschach-Suizidindex für Adoleszente als Zielvariable unterzogen (Abb.17).

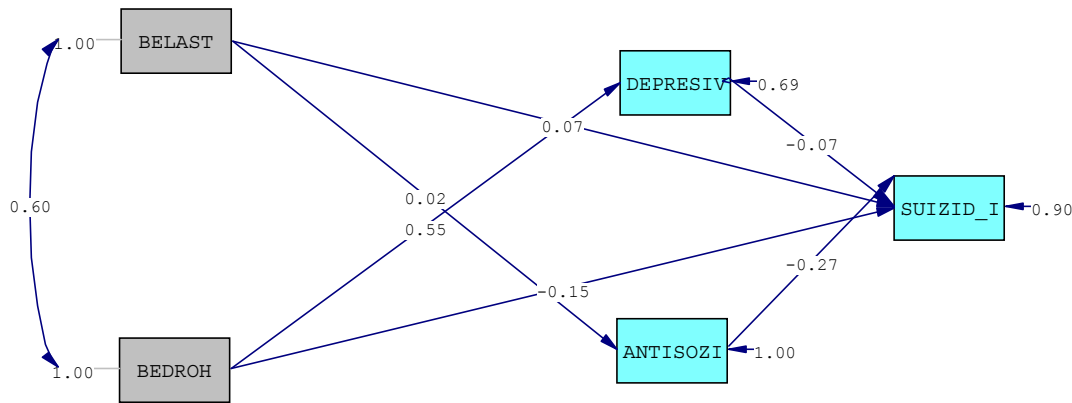


Chi-Square=3.36, df=10, P-value=0.97160, RMSEA=0.000

Abb. 17 Pfaddiagramm für die suizidale Gruppe mit Depressivität und Selbstbestimmter (AS) Stil als Mediatoren und Suizidalität aus dem Rorschach-Suizidindex als Zielvariable.

Die Pfadanalyse ergab einen interessanten Zusammenhang in der suizidalen Gruppe zwischen Bedrohung, Depressivität und Suizidindex (RMR = 0.095, GFI = 0.95, AGFI = 0.92, Tab.14). Bei Bedrohung werden die Jugendlichen depressiv, was das gemessene Suizidrisiko erhöht. Der Pfadkoeffizient zwischen Bedrohung und Depressivität beträgt 0.37 ($t(25) = 1.93$, $p = 0.05$) und zwischen Depressivität und Suizidrisiko 0.53, ($t(25) = 3.13$, $p < 0.01$). Beide Koeffizienten (zwischen Bedrohung und Depressivität sowie Depressivität und Suizidrisiko) unterscheiden sich signifikant von der parasuizidalen Gruppe ($t(54) = 3.80$, $p < 0.001$ und $t(54) = 11.61$, $p < 0.000$) und der Gruppe mit Suizidgedanken ($t(54) = 2.94$, $p < 0.01$ und $t(54) = 15.14$, $p < 0.000$). Bedrohung alleine senkt das Suizidrisiko, d.h. die direkte Wirkung der Bedrohung auf das Suizidrisiko ist negativ. Der entsprechende Pfadkoeffizient zwischen Bedrohung und Suizidrisiko beträgt -0.33 ist jedoch nicht signifikant von Null verschieden ($t(25) = -1.77$, $p < 0.1$).

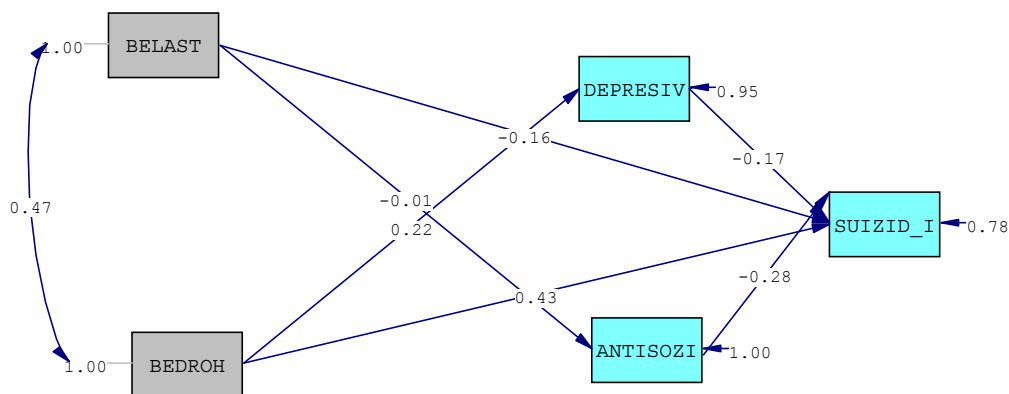
Das Suizidrisiko tritt erst dann auf, wenn die Bedrohung die Depressivität erhöht. Die Depressivität, die nach der Bedrohung auftritt, erhöht die implizite negative Selbstvorstellung und negative, unkontrollierbare Affekte, die die Suizidgefahr erhöhen. Die Suizidgefahr steigt aber nur dann, wenn nach Bedrohung erhöhte Depressivität und nach Belastung ein antisoziales, rücksichtsloses Verhalten auftauchen. Der entsprechende Pfadkoeffizient zwischen antisozialem Stil und Suizidalität ist signifikant von Null verschieden und beträgt 0.42, ($t(25) = 2.60$, $p < 0.02$), der Pfadkoeffizient zwischen Belastung und antisozialem Stil ist jedoch nicht signifikant ($t(25) = 0.86$, $p > 0.5$). Die Suizidalität hängt stärker von der steigenden Depressivität nach Bedrohung als von einem antisozialen Persönlichkeitsstil ab. Diese Ergebnisse stimmen mit der Annahme überein, dass beide Persönlichkeitsstile, der antisoziale und der depressive, bei den Personen mit Suizidrisiko besonders stark ausgeprägt sind (Hypothese 1). Die Anpassungswerte für dieses Modell sind ausreichend (RMR = 0.095, GFI = 0.95, AGFI = 0.92).



Chi-Square=3.52, df=10, P-value=0.96656, RMSEA=0.000

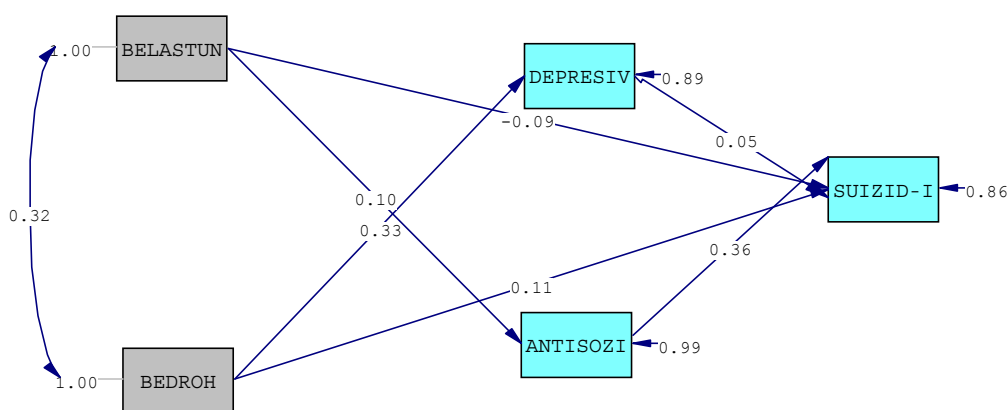
Abb. 18 Pfaddiagramm für die parasuizidale Gruppe mit Depressivität und Selbstbestimmtem (AS) Stil als Mediatoren und Suizidalität aus dem Rorschach-Suizidindex als Zielvariable.

Das Pfadmodell in der parasuizidalen Gruppe zeigt trotz guter Anpassungswerte (RMR =0.095, GFI = 0.95, AGFI = 0.92) keine signifikanten Effekte. Der Pfadkoeffizient zwischen Bedrohung und Depressivität beträgt 0.55 und ist hoch signifikant ($t(29) = 3.44, p < 0.002$), der Pfadkoeffizient zwischen Depressivität und Suizidrisiko jedoch beträgt -0.07 und ist nicht signifikant ($t(29) = -0.31, p > 0.5$), womit auch die Depressivität keinen Einfluss auf das Suizidrisiko hat.



Chi-Square=13.59, df=10, P-value=0.19266, RMSEA=0.115

Abb. 19 Pfaddiagramm für die Gruppe mit Suizidgedanken mit Selbstbestimmtem (AS) Stil und Depressivität als Mediatoren und Suizidalität aus dem Rorschach-Suizidindex als Zielvariable.



Chi-Square=8.73, df=10, P-value=0.55773, RMSEA=0.000

Abb. 20 Pfaddiagramm für die Kontrollgruppe mit Depressivität und Selbstbestimmten (AS) Stil als Mediatoren und Suizidalität aus dem Rorschach-Suizidindex als Zielvariable.

Für die Gruppe mit Suizidgedanken und die Kontrollgruppe sind die Anpassungswerte von den Pfadmodellen nicht ausreichend (Tab. 9), um signifikante Pfadkoeffizienten zu analysieren. Die Pfadanalyse ergab auch keine anderen Modelle, welche für die zwei Gruppen signifikante Effekte zeigen könnten.

Tab.9 Die standardisierten Pfadkoeffizienten zwischen den Mediatoren Stillen (DP) und Selbstbestimmten (AS) Stil (PSSI-K) und dem Rorschach-Suizidindex als Kennwert für Suizidrisiko als Zielvariable in den 4 Gruppen

Selbst- steuerungs- kompetenzen	Kontrollgruppe	Suizidgedanken	Parasuizid	Suizid
	Standardisierter Pfadkoeffizient der Variable	Standardisierter Pfadkoeffizient der Variable	Standardisierter Pfadkoeffizient der Variable	Standardisierter Pfadkoeffizient der Variable
Selbstbestimmter (AS) Stil	0.36	-0.28	-0.27	0.42*¹a,b,c²
Belastung – Selbstbest. (AS) Stil	0.10	-0.01	0.02	0.18
Stiller (DP) Stil	0.05	-0.17	-0.07	0.53**a,b,c
Bedrohung – Stiller (DP) Stil	0.33	0.22	0.55*a,b,d	0.37*a,b,c
Belastung – Rorsch. -Suizidindex	-0.09	-0.16	0.07	-0.08
Bedrohung – Rorsch. -Suizidindex	0.11	0.43	-0.15	-0.33

Anmerkungen:

¹*p < 0,05, **p < 0,01, ***p < 0,001: Pfadkoeffizient signifikant von Null verschieden

² Signifikanter Unterschied nach dem *t-Test* für unabhängige Stichproben zu folgenden Gruppen:

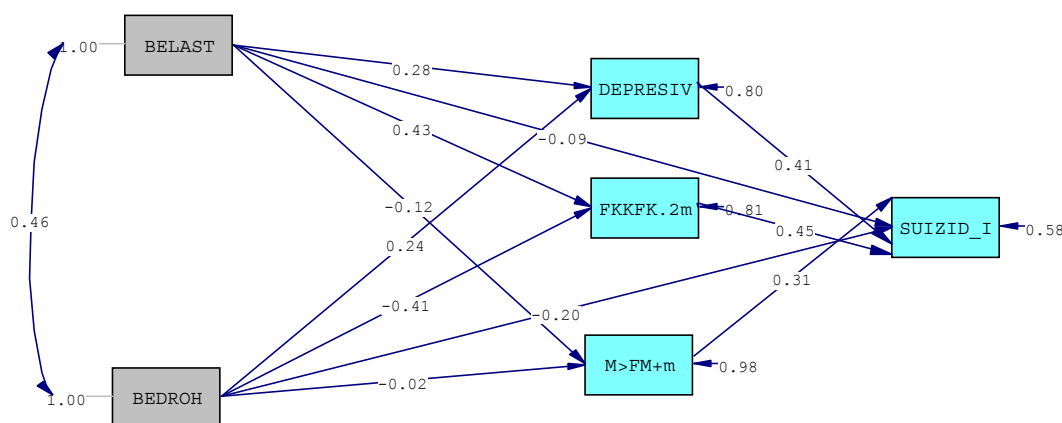
a) Kontrollgruppe; b) Gruppe mit Suizidgedanken; c) parasuizidalen Gruppe d) suizidalen Gruppe

Tab.10 Die Anpassungswerte: GFI, AGFI und sRMR für die LISREL-Modelle mit den Prädiktoren Belastung und Bedrohung, den Mediatoren Stillen (DP) und Selbstbestimmten (AS) Stil (PSSI-K) und dem Rorschach-Suizidindex als Kennwert für Suizidrisiko als Zielvariable in den 4 Gruppen

Anpassungswerte	Kontrollgruppe	Suizidgedanken	Parasuizid	Suizid
GFI,	0.89	0.84	0.95	0.95
AGFI	0.84	0.76	0.93	0.92
SMRM	0.13	0.16	0.061	0.095

Anmerkungen: GFI = Goodness of Fit Index; AGFI = Adjusted Goodness of Fit Index; sRMR = standardized Root Mean Square Residual

Zur Überprüfung des Einflusses der Angst vor Versagung der Liebes- und Geborgenheitswünsche und niedriger Ich-Kontrolle auf die impliziten Mechanismen der Suizidalität wurde wieder der Rorschach-Suizidindex für Adoleszente als abhängige Variable in das Modell einbezogen. Der Analyse wurden die Prädiktoren Belastung und Bedrohung, die Mediatoren Depressivität aus dem PSSI-K, die Angst vor Versagung der Liebes- und Geborgenheitsbedürfnisse mit Impulsivität und niedrige Ich-Kontrolle ($FK + KF + K > 0$ bei $M < FM + m$ bei $m > 1$) und Empathie und hohe Ich-Kontrolle ($M > FM + m$ bei $M > 2$) sowie der Rorschach-Suizidindex für Adoleszente als Zielvariable unterzogen (Abb.21, Tab.11).



Chi-Square=1.89, df=11, P-value=0.99885, RMSEA=0.000

Abb. 21 Pfaddiagramm für die suizidale Gruppe mit Depressivität, Angst vor Liebesverlust niedriger Ich-Kontrolle und Empathie als Mediatoren und Suizidalität aus dem Rorschach-Suizidindex als Zielvariable.

Die Pfadanalyse ergab einen Zusammenhang zwischen Belastung und Angst vor Liebesverlust mit niedriger Ich-Kontrolle ($FK + KF + K > 0 + M < FM + m$ bei $m > 1$) und Suizidindex (RMR = 0.05, GFI = 0.98, AGFI = 0.95 – Tab.15). Nach Belastung ist bei den Jugendlichen aus der suizidalen Gruppe die Angst aufgrund von Verlassenheit und Liebesverlust bis zur Verzweiflung erhöht, da die Gefahr der Impulsivität der Affekte nicht mehr unter die Kontrolle des Ich gebracht werden kann und zu einer Bedrohung für die gesamte Ich-Struktur werden kann, was direkt das gemessene Suizidrisiko erhöht.

Tab.11 Die standardisierten Pfadkoeffizienten zwischen den Mediatoren *Depressivität*, *Angst vor Liebesverlust* und *niedrige Ich-Kontrolle* ($FK+KF+K>0 + M<FM+m$ bei $m>1$), *Empathie* und *gute Ich-Kontrolle* ($M>FM+m$ bei $M>2$) und der Zielvariable *Suizidalität* (Rorschach-Suizidindex).

Selbst- steuerungs- kompetenzen	Kontrollgruppe	Suizidgedanken	Parasuizid	Suizid
	Standardisierter	Standardisierter	Standardisierter	Standardisierter
	Pfadkoeffizient der Variable	Pfadkoeffizient der Variable	Pfadkoeffizient Der Variable	Pfadkoeffizient Der Variable
FK+KF+K>0, M<FM+m, m>1	-0.12	-0.05	0.23	0.45*¹a,b,c²
Belastung – FK+KF+K>0, M<FM+m, m>1	-0.13	-0.05	0.45*¹a,b	0.43*¹a,b
Bedrohung – FK+KF+K>0, M<FM+m, m>1	0.23	-0.11	-0.18	-0.41
M>FM+m, M>2	-0.10	-0.06	-0.07	0.31
Belastung – M>FM+m, M>2	0.05	0.19	-0.03	-0.12
Bedrohung – M>FM+m, M>2	0.17	-0.24	-0.10	-0.02
Depressivität	0.07	-0.02	-0.10	0.41*¹a,b,c
Belastung - Depressivität	0.54**²c,d	0.52**²c,d	0.36	0.28
Bedrohung – Depressivität	0.15	-0.02	0.34	0.24
Belastung – Rors. –Suizidindex	-0.07	-0.21	-0.03	0.09
Bedrohung – Rors. -Suizidindex	0.13	0.38	-0.10	-0.20

Anmerkungen:

¹ *p < 0,05, **p < 0,01, ***p < 0,001: Pfadkoeffizient signifikant von Null verschieden

² Signifikanter Unterschied nach dem *t-Test* für unabhängige Stichproben zu folgenden Gruppen:

a) Kontrollgruppe; b) Gruppe mit Suizidgedanken; c) parasuizidalen Gruppe d) suizidalen Gruppe

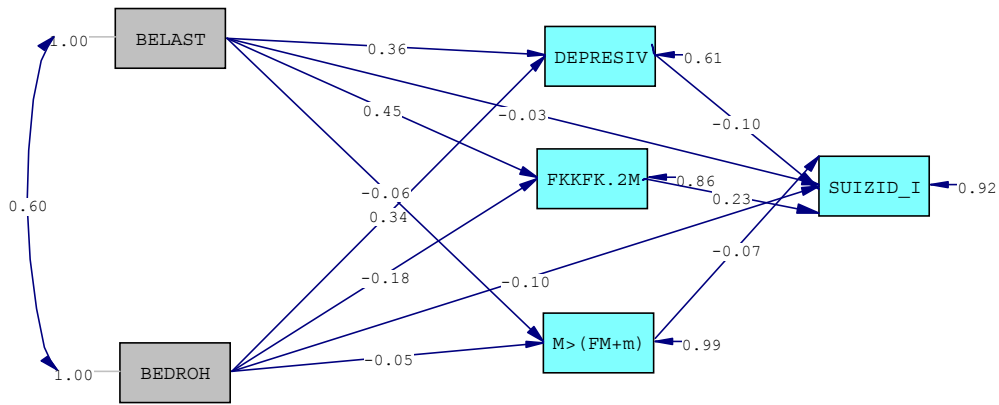
Tab.12 Die Anpassungswerte: GFI, AGFI und sRMR für die LISREL-Modelle mit den Prädiktoren Belastung und Bedrohung, den Mediatoren Depressivität, Angst vor Liebesverlust und niedriger Ich-Kontrolle ($FK+KF+K>0 + M<FM+m$ bei $m>1$), Empathie und guter Ich-Kontrolle ($M>FM+m$ bei $M>2$) und der Zielvariable Suizidalität (Rorschach-Suizidindex) in den 4 Gruppen

Anpassungswerte	Kontrollgruppe	Suizidgedanken	Parasuizid	Suizid
GFI,	0.98	0.98	0.99	0.98
AGFI	0.97	0.97	0.98	0.95
SMRM	0.040	0.044	0.033	0.059

Anmerkungen: GFI = Goodness of Fit Index; AGFI = Adjusted Goodness of Fit Index; sRMR = standardized Root Mean Square Residual

In der suizidalen Gruppe sind die entsprechenden Pfadkoeffizienten zwischen Belastung und Angst mit Impulsivität sowie zwischen Angst mit Impulsivität und dem Rorschach-Suizidindex als Kennwert für Suizidalität signifikant von Null verschieden. Der Koeffizient beträgt zwischen Belastung und Angst mit Impulsivität 0.43 ($t(25) = 2.05$, $p < 0.05$) und zwischen Angst mit Impulsivität und Suizidrisiko 0.45 ($t(25) = 2.55$, $p < 0.02$). Beide Koeffizienten unterscheiden sich signifikant (Tab.11) von der Kontrollgruppe ($t(54) = 10.18$, $p < 0.000$ und $t(54) = 11.53$, $p < 0.000$) und der Gruppe mit Suizidgedanken ($t(54) = 8.34$, $p < 0.000$ und $t(54) = 10.37$, $p < 0.000$).

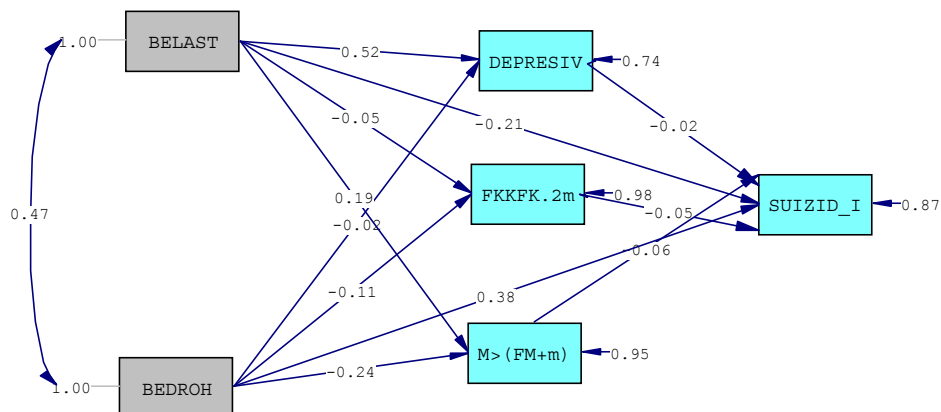
Die Angst vor Versagung der Liebes- und Geborgenheitsbedürfnisse mit einer niedrigen Ich-Kontrolle, tritt nach der Belastung auf und erhöht die implizite negative Selbstvorstellung und negative, unkontrollierbare Affekte, die die Suizidgefahr erhöhen. Die Suizidgefahr steigt aber nur dann, wenn gleichzeitig nach Belastung die Empathie und gute Ich-Kontrolle sinken und depressive, hoffnungslose Verstimmung auftaucht. Der entsprechende Pfadkoeffizient zwischen Depressivität und Suizidalität ist von Null verschieden und beträgt 0.41 ($t(25) = 2.31$, $p < 0.05$). Die Belastung erhöht die Depressivität jedoch nicht signifikant, der Koeffizient zwischen Belastung und Depressivität beträgt 0.28 und ist nicht signifikant von Null verschieden ($t(25) = 1.34$, $p < 0.2$). Das Suizidrisiko in der suizidalen Gruppe hängt stärker von der Erhöhung der Angst nach Liebesverlust und Impulsivität nach Belastung als von der Depressivität ab.



Chi-Square=0.75, df=11, P-value=0.99999, RMSEA=0.000

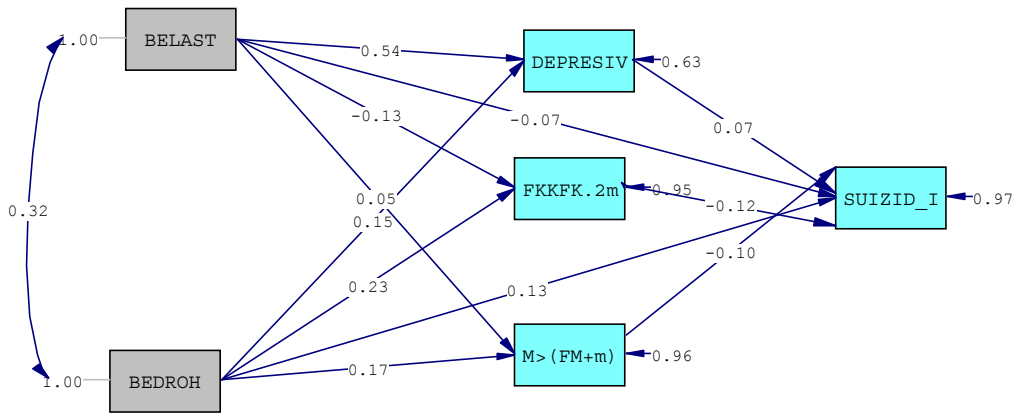
Abb. 22 Pfaddiagramm für die parasuizidale Gruppe mit Depressivität, Angst vor Liebesverlust niedriger Ich-Kontrolle und Empathie als Mediatoren und Suizidalität aus dem Rorschach-Suizidindex als Zielvariable.

In der parasuizidalen Gruppe wird die Angst nach Liebesverlust mit Impulsivität nach Belastung zwar erhöht, der Pfadkoeffizient beträgt 0.45 und ist signifikant ($t(29) = 2.04$, $p < 0.05$), diese Angst und Impulsivität bilden jedoch keine Suizidgefahr. Der entsprechende Koeffizient zwischen Angst nach Liebesverlust mit Impulsivität und dem Rorschach-Suizidindex als Kennwert für Suizidalität beträgt 0.23 (Tab.11) und ist nicht signifikant ($t(29) = 1.14$, $p < 0.5$).



Chi-Square=1.58, df=11, P-value=0.99952, RMSEA=0.000

Abb. 23 Pfaddiagramm für die Gruppe mit Suizidgedanken mit Depressivität, Angst vor Liebesverlust, niedriger Ich-Kontrolle und Empathie als Mediatoren und Suizidalität aus dem Rorschach-Suizidindex als Zielvariable.



Chi-Square=1.50, df=11, P-value=0.99962, RMSEA=0.000

Abb. 24 Pfaddiagramm für die Kontrollgruppe mit **Depressivität, Angst vor Liebesverlust, niedriger Ich-Kontrolle und Empathie als Mediatoren und Suizidalität aus dem Rorschach-Suizidindex als Zielvariable.**

Die suizidale Gruppe unterscheidet sich im Umgang mit der Angst nach Frustration der Liebes- und Geborgenheitswünsche von der Kontrollgruppe und der Gruppe mit Suizidgedanken signifikant (Tab.11). Die Frage ist nun wie der Umgang mit der Angst bei den übrigen zwei Gruppen aussieht. Anders gefragt: Warum wollen manche Menschen nach starkem Liebesverlust oder Versagung der Zuwendungswünsche nicht mehr weiterleben, während andere Menschen wieder neue Motivation zum Leben finden?

Der Unterschied steckt in der Integration der Ich-Struktur, das heißt in der Beherrschung der Ängste in Zusammenhang mit Liebesverlust und Verlassenheit, die praktisch universell sind. Belastung ist bei beiden nichtsuizidalen Gruppen im Gegensatz zu der suizidalen Gruppe keine echte Gefahr für ihre starke Ich-Struktur. Der Pfadkoeffizient zwischen Belastung und Angst vor Liebesverlust ist nicht signifikant von Null verschieden und beträgt bei der Kontrollgruppe -0.13 ($t(29) = -0.68$, $p > 0.5$) und bei der Gruppe mit Suizidgedanken -0.05 ($t(29) = -0.22$, $p > 0.5$). Da alle diese Modelle gute Gütekriterien besitzen, kann man die Ergebnisse mit hoher Wahrscheinlichkeit interpretieren. Die Personen der beiden Gruppen besitzen eine viel stärkere Ich-Struktur, als die Personen aus der suizidalen Gruppe, die sie vor dem Suizidrisiko schützt. Die Pfadkoeffizienten zwischen allen Variablen dieses Modells und dem Zielkriterium–Suizidalität sind nicht signifikant (siehe Tab.11). Die Angst vor Verlassenheit oder Liebesverlust führt nicht zur Verzweiflung wie bei der

suizidalen Gruppe, sondern wird durch introspektive Einsicht und Objektivierung ($FK+KF+K>0$) als Abwehrmechanismen oder durch bessere Ich-Kontrolle ($M > FM+m$) beherrscht und in die Ich-Struktur integriert. Diese Probanden werden zwar nach Belastung subdepressiv, der Pfadkoeffizient zwischen Belastung und Depressivität beträgt bei der Kontrollgruppe 0.54 ($t(29) = 3.38, p < 0.01$) und bei der Gruppe mit Suizidgedanken 0.52 ($t(29) = 2.75, p < 0.02$). Die Depressivität bildet jedoch keine echte Suizidgefahr. Der Pfadkoeffizient zwischen Depressivität und Suizidindex von Rorschach als Kennwert für das Suizidrisiko ist nicht signifikant von Null verschieden und beträgt bei der Kontrollgruppe 0.07 ($t(29) = 0.3, p > 0.5$) und bei der Gruppe mit Suizidgedanken -0.02 ($t(29) = -0.10, p > 0.5$). Die Personen dieser beiden nichtsuizidalen Gruppen können ihre depressive Verstimmung sowie Angst nach Liebesverlust schneller kontrollieren und in die Ich-Struktur integrieren, und somit das Gleichgewicht der Ich-Organisation wieder herstellen.

2. Die multiple Regressionsanalyse

Zur Überprüfung des linearen Zusammenhangs zwischen den Selbststeuerungsvariablen und der Depressivität und Suizidalität wurden Regressionsanalysen berechnet.

2.1 Selbststeuerung und Depressivität

Die für die suizidale Gruppe berechnete Regressionsanalyse mit den Prädiktoren Belastung, Bedrohung, Selbstmotivierung, Konformität und dem PSSI 13 Kennwert für Depressivität als abhängige Variable ergab einen signifikanten Zusammenhang zwischen Konformität und Depressivität ($\beta = 0.492, t(25) = 2.35, p = 0.028$). Die suizidalen Jugendlichen werden depressiver, wenn sie konformistisch sind (Tab.13). Konformität zeigt, dass die von ihnen verfolgten Ziele häufig aus einer fremden Quelle übernommen werden. Selbstfremde Aufträge werden dabei nicht als selbstfremd erkannt und trotzdem befolgt (Introjektionsneigung).

Tab.13 Regressionskoeffizienten β (Beta) aus der multiplen Regressionsanalyse mit dem PSSI - Kennwert für Depressivität als abhängige Variable.

Prädiktorvariablen	Stichprobe			
	Suizidal	Parasuizidal	Suizidgedanken	Kontroll
Konformität	.485*	.426*	-.273	.021
Selbstmotivierung	-.193	-.140	.335	-.387*
Belastung	.178	.209	.561**	.474**
Bedrohung	-.054	.234	-.187	.021
SE =	8.707	7.153	8.312	7.122
R-Q =	.390	.511	.471	.499
P <	.028	.001	.002	.001

Anmerkungen: * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

Die lineare Regressionsanalyse mit o.g. Prädiktoren (Tab.13) und Depressivität als abhängige Variable zeigte für die parasuizidale Gruppe ebenso einen signifikanten Zusammenhang zwischen Konformität und Depressivität ($\beta = 0.410$, $T(29) = 2.52$, $p = 0.018$). Wenn die Probanden selbstfremde Ziele verfolgen und sich gemäß sozialen Erwartungen verhalten, fühlen sie sich oft niedergeschlagen und hoffnungslos.

Bei der Berechnung der Regressionsanalyse ergab sich auch ein signifikanter negativer Zusammenhang für die Kontrollgruppe (Tab.13) zwischen Selbstmotivierung und Depressivität ($\beta = -0.387$, $t(29) = -2.39$, $p = 0.024$). Wenn sich die Personen aus der Kontrollgruppe motivieren, sobald Schwierigkeiten auftauchen, schützt sie das vor der Depressivität. Sie werden unter Belastung depressiver, das heißt, wenn sie unter Druck stehen und große Ziele erreichen müssen, brauchen sie besonders ihre gute Motivation, um die schwierigen Aufgaben zu erfüllen.

Die Probanden mit Suizidgedanken (Tab.13) werden depressiver, wenn sie unter Belastung leiden ($\beta = 0.561$, $t(29) = 3.34$, $p = 0.003$). Für diese Gruppe ergab eine andere Regressionsanalyse mit den Prädiktoren: Belastung, Bedrohung, Selbstbestimmung, LOP, Zielfixierung und Depressivität als abhängige Variable noch einen anderen signifikanten Zusammenhang zwischen LOP und Depressivität ($\beta = 0.516$, $t(29) = 2.64$, $p = 0.014$). In der Gruppe mit Suizidgedanken erhöht die Lageorientierung, die durch eine Hemmung der Ausführung selbstgenerierten Ziele und Absichten gekennzeichnet ist, deutlich die Depressivität im Gegensatz zu der Handlungsorientierung, die vor Depressivität schützt (Tab.14).

Dieselbe Regressionsanalyse mit den Prädiktoren Belastung, Bedrohung, Selbstbestimmung, LOP, Zielfixierung und Depressivität als abhängige Variablen zeigte noch andere signifikante Ergebnisse für die suizidale Gruppe (Tab.14). Die Selbstbestimmung senkt die Depressivität ($\beta = -0.415$, $t(25) = -2.05$ $p = 0.05$). Wenn die Personen hinter den Zielen stehen, die sie verfolgen und sich mit dem, was sie tun, wohlfühlen, weil es ihren Bedürfnissen entspricht, dann werden sie nicht depressiv. Die Zielfixierung erhöht die Depressivität ($\beta = 0.489$, $t(25) = 2.74$ $p = 0.013$). Wenn sie über ihre Ziele zu oft nachdenken, diese also im Absichtsgedächtnis bleiben und nicht umgesetzt werden können, dann entfernen sie sich immer mehr und mehr von den eigenen Selbstaspekten (Entfremdung).

Tab.14 Regressionskoeffizienten β (beta) aus der multiplen Regressionsanalyse mit dem PSSI-Kennwert für Depressivität als abhängige Variable.

Prädiktorvariablen	Stichprobe			
	Suizidal	Parasuizidal	Suizidgedanken	Kontroll
Zielfixierung	.489*	.128	.177	.125
Selbstbestimmung	-.415*	.003	-.020	-.252
LOP	.090	-.196	.516*	.149
Belastung	-.022	.303	.274	.337
Bedrohung	.092	.312	.294	.104
SE =	8.159	7.895	8.314	7.761
R-Q =	.491	.426	.493	.429
P <	.013	.015	.004	.014

Anmerkungen: * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

2.2 Selbststeuerung und Suizidrisiko.

Zur Überprüfung des linearen Zusammenhangs zwischen den Prädiktoren Selbstbestimmung, Zielfixierung, und RFL-I Kennwert für das Suizidrisiko als abhängige Variable wurde wieder die Regressionsanalyse berechnet. Es zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen Selbstbestimmung und Suizidalität ($\beta = 0.672$, $t(25) = 3.32$, $p = 0.003$). Niedrige Selbstbestimmung senkt deutlich den Gesamtwert des Lebenssinninventars (RFL-I), der ein Indikator für Schutz vor Suizid ist (Tab.15). Suizidgefährdete Jugendliche haben negative Erwartungen für die Zukunft, sind wenig optimistisch und selbsteffizient, ihr moralisches Wertesystem sowie Furcht vor dem

Selbstmord und ihre emotionale Beziehung zu ihrer Familie wird geschwächt, wenn sie unter einer niedrigen Selbstbestimmung leiden. Bei einer niedrigen Selbstbestimmung fühlen sie sich mit allem, was sie tun, inkongruent, was wiederum die Suizidgefahr erhöht.

Tab.15 Regressionskoeffizienten β (Beta) aus der multiplen Regressionsanalyse mit dem RFL-I Kennwert für Schutz vor Suizidrisiko als abhängige Variable.

Prädiktorvariablen	Stichprobe			
	Suizidal	Parasuizidal	Suizidgedanken	Kontroll
Zielfixierung	-.044	.379	-.052	.218
Selbstbestimmung	.672**	-.018	.110	.153
Belastung	.223	.118	-.303	-.089
Bedrohung	-.264	-.037	.099	-.036
SE =	15.652	15.837	17.889	16.392
R-Q =	.426	.185	.091	.293
P <	.016	.258	.650	.674

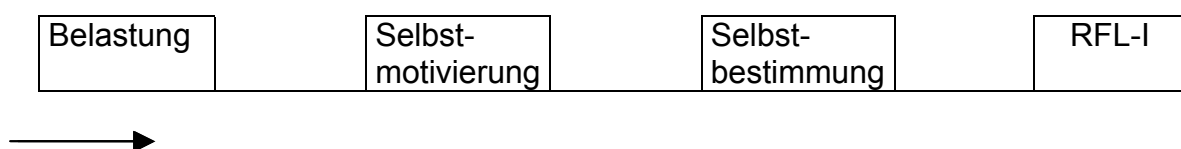
Anmerkungen: * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

Um zu überprüfen, ob der Zusammenhang von Belastung und Selbstbestimmung durch Selbstmotivierung vermittelt wird, wurde eine Serie von separaten Regressionsanalysen durchgeführt. Die erste Regressionsanalyse ergab einen signifikanten direkten Zusammenhang zwischen den Variablen Belastung und Selbstbestimmung ($\beta = -0.557$, $t(1,25) = -3.286$, $p < 0.01$), d.h. hohe Belastung vermindert die Selbstbestimmung. Zweitens vermindert Belastung auch signifikant die Selbstmotivierung ($\beta = -0.582$, $t(1,25) = -3.511$, $p < 0.01$). Wenn beide Variablen Belastung und Selbstmotivierung als Prädiktoren in die Regressionsanalyse einbezogen wurden, drittens zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen Selbstmotivierung und Selbstbestimmung ($\beta = 0.494$, $t(1,25) = 2.651$, $p < 0.05$), d.h. die Selbstmotivierung übt eine positive Wirkung auf die Selbstbestimmung aus. Außerdem war der direkte Zusammenhang zwischen Belastung und Selbstbestimmung niedriger und nicht mehr signifikant ($\beta = -0.269$, $t(1,25) = -1.443$, $p < 0.2$). Der Mediator zwischen Belastung und Selbstbestimmung ist damit die Selbstmotivierung. Die Ergebnisse der Mediationsanalyse weisen darauf hin, dass der Zusammenhang zwischen Belastung und Selbstbestimmung durch Selbstmotivierung vermittelt wird. Der Test zur Über-

prüfung des indirekten (mediationalen) Zusammenhanges (Sobel, 1982) ergab ein signifikantes Ergebnis ($z = 2.26, p < 0.05$).

Die Mediationsanalyse wurde weiterhin durchgeführt, um zu überprüfen, ob Selbstbestimmung ein Mediator zwischen Selbstmotivierung und dem RFL-I Kennwert für Schutz vor Suizidrisiko ist. Die Regressionsanalyse zeigte einen signifikanten direkten Zusammenhang zwischen Selbstmotivierung und RFL-I ($\beta = 0.491, t(1,25) = 2.760, p < 0.01$), d.h. Selbstmotivierung erhöht den Wert von RFL. Der Zusammenhang zwischen Selbstmotivierung und Selbstbestimmung ist ebenso signifikant ($\beta = 0.651, t(1,25) = 4.202, p < 0.001$), die Selbstmotivierung erhöht deutlich die Selbstbestimmung. Wenn Selbstmotivierung und Selbstbestimmung als Prädiktoren in die Regressionsanalyse einbezogen wurden, zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen Selbstbestimmung und RFL ($\beta = 0.485, t(1,25) = 2.234, p < 0.05$), d.h. die Selbstbestimmung übt eine positive Wirkung auf die RFL aus. Wenn der Vermittler (Selbstbestimmung) vorhanden ist, verschwindet durch seine Wirkung die Korrelation zwischen Selbstmotivierung und RFL-I ($\beta = 0.176, t(1,25) = 0.810, p < 0.5$). Die Ergebnisse der Mediationsanalyse weisen darauf hin, dass der Zusammenhang zwischen Selbstmotivierung und dem RFL als Kennwert für Suizidalitätsschutz durch Selbstbestimmung vermittelt wird. Der z-Test zur Überprüfung des indirekten (mediationalen) Zusammenhanges (Sobel, 1982) war hoch signifikant ($z = 2.718, p < 0.01$).

Abb.25 Linearer Zusammenhang zwischen Senkung der Selbststeuerungskompetenzen nach Belastung und dem RFL-I Kennwert für Schutz vor Suizidrisiko in der suizidalen Gruppe.



Die Ergebnisse der Mediationsanalyse und der Pfadanalyse (siehe Abb.9) lassen darauf schließen, dass in der suizidalen Gruppe eine hohe Belastung eine negative Wirkung auf die Selbstmotivierung hat, die verminderte Selbstmotivierung die Selbstbestimmung schwächt und eine niedrige Selbstbestimmung den Gesamtwert im Lebenssinninventar (RFL) senkt, was wiederum direkt das Suizidrisiko erhöht.

Die multiple Regressionsanalyse mit den Prädiktoren Belastung, Bedrohung, Aktivierungskontrolle, Konzentrationsschwäche und Konformität ergab auch einen signifikanten Zusammenhang in der suizidalen Gruppe zwischen dem durch RFL-I gemessenen Schutz vor Suizid und Aktivierungskontrolle ($\beta = 0.598$, $t(29) = 3.09$, $p = 0.006$). Die Aktivierungskontrolle hat eine positive Wirkung auf den Lebenssinn, der das Suizidrisiko mindert. Die Suizidgefahr steigt, wenn die Aktivierungskontrolle geschwächt ist.

Tab.16 Regressionskoeffizienten β (beta) aus der multiplen Regressionsanalyse mit dem RFL-I Kennwert für Schutz vor Suizidrisiko als abhängige Variable.

Prädiktorvariablen	Stichprobe			
	Suizidal	Parasuizidal	Suizidgedanken	Kontroll
Aktivierungskontrolle	.598**	.021	.058	.251
Konformität	-.160	.391	.015	-.174
Konzentr. -schwäche	-.283	-.218	.098	-.306
Belastung	.188	.232	-.318	.003
Bedrohung	-.152	-.017	.110	.097
SE =	15.524	15.656	18.276	15.944
R-Q =	.462	.235	.089	.170
P <	.021	.235	.795	.448

Anmerkungen: * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

In der Gruppe mit Suizidgedanken ergab die Regressionsanalyse mit den Prädiktoren Volitionale Passivität und Konzentrationsschwäche, und dem RFL-I als abhängige Variable einen signifikanten Zusammenhang zwischen Volitionaler Passivität und Suizidalität ($\beta = -0.535$, $t(29) = -2.586$, $p = 0.015$). Die Personen mit Suizidgedanken werden nur dann suizidgefährdet, wenn ihre volitionale Passivität steigt. In diesen Fall können willentliche, eigene Ziele wegen des Energiemangels nicht umgesetzt werden und die Anfälligkeit für fremdbestimmte, nichtgewollte Ziele, wie ein Suizidversuch steigt (dieses Modell klärt aber nur 20% der Varianz auf).

Dieser Zusammenhang zwischen den beiden Variablen wird nur dann möglich, wenn die Konzentrationsschwäche erhöht ist und die Fähigkeit, Ablenkungen von innen durch irrelevante Gedanken (Suizidgedanken) zu unterbinden, gemindert ist. Ohne Konzentrationsschwäche ist die Wirkung von Volitionaler Passivität auf den Schutz vor dem Suizidrisiko nicht signifikant ($\beta = -0.342$, $t(29) = -1.93$, $p = 0.06$). Diese

Variablen zeigten in den übrigen drei Gruppen keinen signifikanten Zusammenhang (Tab.17).

Tab.17 Regressionskoeffizienten β (Beta) aus der multiplen Regressionsanalyse mit dem RFL-I Kennwert für Schutz vor Suizidrisiko als abhängige Variable.

Prädiktorvariablen	Stichprobe			
	Suizidal	Parasuizidal	Suizidgedanken	Kontroll
Volitionale Passivität	.160	.106	-.535**	-.101
Konzentrations-Schwäche	-.427	-.055	.346	-.126
SE =	18.311	14.156	16.144	15.704
R-Q =	.141	.009	.200	.027
P <	.174	.882	.049	.263

Anmerkungen: * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

In der Kontrollgruppe ergab sich auch ein Zusammenhang zwischen dem Schutz vor dem Suizidrisiko und LOP ($\beta = -2.23$, $t(29) = 2.37$, $p = 0.034$) sowie Depressivität ($\beta = -0.432$, $t(29) = -2.58$, $p = 0.016$). Die Regressionsanalyse mit den Prädiktoren LOP, BDI-Gesamtwert als Indikator für Depressivität und RFL-I als abhängige Variable zeigte (Tab.17), dass die gesunden Probanden nur dann suizidgefährdet werden können, wenn sie gleichzeitig lageorientiert und hoch depressiv werden (in der Kontrollgruppe beträgt die durch die beiden Prädiktoren aufgeklärte Varianz 26%). Dieser Zusammenhang zwischen den Variablen war bei den anderen drei Gruppen nicht signifikant (Tab.18).

Tab.18 Regressionskoeffizienten β (Beta) aus der multiplen Regressionsanalyse mit dem RFL-I Kennwert für Schutz vor Suizidrisiko als abhängige Variable.

Prädiktorvariablen	Stichprobe			
	Suizidal	Parasuizidal	Suizidgedanken	Kontroll
LOP	-.032	-.186	-.164	-.375*
BDI – Summe	-.428**	-.103	-.195	-.423*
SE =	17.688	16.511	17.387	14.117
R-Q =	.199	.043	.072	.268
P <	.078	.555	.362	.015

Anmerkungen: * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

Um den Einfluss der Selbststeuerungsfunktionen und Persönlichkeitsstile auf implizite, unbewusste Mechanismen der Suizidalität zu überprüfen, wurde der Rorschach-Suizidindex für Adoleszente als abhängige Variable in die multiple Regressionsanalyse einbezogen. Der Analyse wurden die Prädiktoren Belastung und Bedrohung, Depressivität und Selbstbestimmter (AS) Stil aus dem PSSI-K und als Zielvariable der Rorschach-Suizidindex für Adoleszente unterzogen (Tab.19).

Tab.19 Regressionskoeffizienten (Beta) aus der multiplen Regressionsanalyse mit dem Suizidindex von Rorschach - Kennwert für Suizidrisiko als abhängige Variable.

Prädiktorvariablen	Stichprobe			
	Suizidal	Parasuizidal	Suizidgedanken	Kontroll
Depressivität	.550**	-.068	-.177	.054
Antisozialer Stil	.430*	-.271	-.286	.354
Belastung	-.083	.071	-.165	-.092
Bedrohung	-.345	-.153	.463	.108
SE =	0.385	0.259	.336	.305
R-Q =	.391	.101	.186	.138
P <	.028	.596	.255	.428

Anmerkungen: * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

Es zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang für die suizidale Gruppe zwischen Depressivität und Suizidalität ($\beta = 0.550$, $t(25) = 2.81$, $p < 0.010$) und antisozialem Stil und Suizidalität ($\beta = 0.430$, $t(25) = 2.39$, $p = 0.026$). Sowohl hohe Depressivität als auch ein ausgeprägter antisozialer Stil erhöhen deutlich den Suizidrisikoindikator, der durch das positive Ergebnis in dem Rorschach-Suizidindex für Adoleszente, gekennzeichnet ist (Tab.19). Suizidgefährdete Jugendliche haben eine implizite negative Selbstvorstellung und ihre negative, unterdrückte Affektlage, die impulsiv und schwach kontrollierbar ist, kann eine autoaggressive Suizidgefahr bilden, wenn sie unter einer depressiven, hoffnungslosen Stimmung leiden und zudem ein antisoziales und rücksichtsloses Verhalten zeigen. Die Depressivität alleine bildet keine so große Suizidgefahr, wenn sie durch Unterschiede in der antisozialen Komponente verdeckt wird. Die multiple Regressionsanalyse ohne den antisozialen Stil (Tab.20) ergab keinen signifikanten linearen Zusammenhang in der suizidalen Gruppe zwischen der Suizidalität und Depressivität (Tab.20).

Die Befunde lassen wiederum darauf schließen, dass nicht alleine die Depressivität eine echte Suizidgefahr bildet, sondern erst sobald die antisoziale Komponente kontrolliert ist und umgekehrt.

Tab.20 Regressionskoeffizienten β (Beta) aus der multiplen Regressionsanalyse mit dem Suizidindex von Rorschach - Kennwert für Suizidrisiko als abhängige Variable.

Prädiktorvariablen	Stichprobe			
	Suizidal	Parasuizidal	Suizidgedanken	Kontroll
Depressivität	.445*	-.090	-.005	.062
Belastung	-.057	.071	-.232	-.054
Bedrohung	-.393	-.141	.400	.087
SE =	0.385	0.259	.341	.320
R-Q =	.224	.280	.127	.011
P <	.127	.860	.309	.962

Anmerkungen: * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

Der Einfluss des Zusammenhanges zwischen Angst vor Versagung der Liebes- und Geborgenheitswünsche und niedrige Ich-Kontrolle auf die implizite, unbewusste Mechanismen der Suizidalität wurde in die multiple Regressionsanalyse miteinbezogen. Der Analyse wurden die Prädiktoren Belastung und Bedrohung, die Depressivität aus dem PSSI-K, die Angst vor Versagung der Liebes- und Geborgenheitsbedürfnisse mit Impulsivität und niedriger Ich-Kontrolle ($FK + KF + K > 0 + M < FM + m$ bei $m > 1$) und Empathie mit guter Ich-Kontrolle ($M > FM + m$ bei $M > 2$) unterzogen und als Zielvariable auf den Rorschach-Suizidindex für Adoleszente angewendet (Tab.21).

Es zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang für die suizidale Gruppe zwischen Depressivität und Suizidalität, ($\beta = 0.445$, $t(25) = 2.36$, $p < 0.028$), Empathie und Ich-Kontrolle und Suizidalität ($\beta = 0.385$, $t(25) = 2.08$, $p = 0.05$) und Angst vor Liebesverlust und niedrige Ich-Kontrolle und Suizidalität ($\beta = 0.466$, $t(25) = 2.37$, $p = 0.028$). Hohe Depressivität erhöht nur dann die Suizidalität, die durch das positive Ergebnis in dem Rorschach-Suizidindex für Adoleszente gekennzeichnet ist, wenn Empathie, Sensibilität und Angst vor Liebesverlust oder Verlassenheit mit niedriger Impulskontrolle kontrolliert werden. (Tab.21).

Tab.21 Regressionskoeffizienten β (beta) aus der multiplen Regressionsanalyse mit dem Rorschach-Suizidindex als Kennwert für Suizidalität als abhängige Variable.

Prädiktorvariablen	Stichprobe			
	Suizidal	Parasuizidal	Suizidgedanken	Kontroll
Depressivität	.445*	.056	-.017	.048
Angst und Impulsiv.	.466*	.532*	-.050	-.096
Empathie und Ich-K.	.385*	-.039	-.063	-.097
Belastung	-.006	-.185	-.217	-.048
Bedrohung	-.256	-.149	.375	.137
SE =	.379	.237	.354	.330
R-Q =	.438	.273	.132	.027
P <	.031*	.151	.608	.984

Anmerkungen: * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

Suizidgefährdete Jugendliche haben eine implizite negative Selbstvorstellung und ihre negativen, unterdrückten Affekte, die impulsiv und schwach kontrollierbar sind, können eine autoaggressive Suizidgefahr bilden, wenn sie in eine depressive, hoffnungslose Stimmung geraten, emotional sehr sensibel und empathisch sind und unter Angst, vor Geborgenheits- oder Liebesverlust leiden ohne eine gute Ich-Kontrolle, um die impulsive Affektivität zu beherrschen.

Zum Schluss sollte man anmerken, dass die Bedrohung der Ich-Struktur auf Grund der Angst vor Liebesverlust und schwache Ich-Kontrolle (der Impulse die dem Wertsystem der Probanden widersprechen) alleine ohne Empathie, Sensibilität für das eigene Wertsystem und einer depressiven Komponente, keine große Suizidgefahr bildet. Die multiple Regressionsanalyse ohne eine der beiden Variablen ergab keinen signifikanten linearen Zusammenhang in der suizidalen Gruppe zwischen der Suizidalität und Angst mit Impulsivität und Depressivität (SE = 0.408, R = 0.314, p = 0.082), beziehungsweise zwischen der Suizidalität und Angst mit Impulsivität, Empathie und Sensibilität (SE = 0.404, R = 0.327, p = 0.069).

Die Befunde lassen wiederum darauf schließen, dass nicht alleine die Angst vor Versagung den Liebes- und Geborgenheitsbedürfnissen mit Impulsivität und niedriger Ich-Kontrolle, sondern diese erst mit der zusätzlichen, kontrollierten empathischen Sensibilität und depressiven, hoffnungslosen Komponente eine echte Suizidgefahr bilden.

Weitere Regressionsmodelle in denen auch Produkte aus je 2 dieser Prädiktorvariablen mit in die Prädiktorgleichung einbezogen wurden, waren nicht signifikant. Alle diese Regressionsmodelle wurden ebenso für den RFL-Kennwert für Schutz vor Suizidrisiko sowie Depressivität als abhängige Variable ausgerechnet. Keine von diesen Regressionsmodellen zeigte signifikante Effekte.

2.3 Affektkonfundierung und Suizidrisiko

Zur Überprüfung des linearen Zusammenhangs zwischen der Affektkonfundierung und der Suizidalität wurde eine Regressionsanalyse berechnet. Als abhängige Variable wurde der RFL-I als Kennwert für den Schutz vor Suizidrisiko und als Prädiktor und Maß für die Affektkonfundierung die Diskrepanz zwischen zwei Affekten in die Regressionsanalyse einbezogen. In diesem Fall ist das die Differenz zwischen einem gehemmten positiven Affekt (Lustlosigkeit) und dem negativen Affekt (Erregung bzw. Hilflosigkeit). Der zweite Prädiktor in der Regressionsanalyse war die Belastung.

Tab.22 Regressionskoeffizienten β (Beta) aus der multiplen Regressionsanalyse mit dem RFL-Kennwert für Schutz vor Suizid als abhängige Variable.

Prädiktorvariablen	Stichprobe			
	Suizidal	Parasuizidal	Suizidgedanken	Kontroll
Belastung	-.404*	.343	-.265	-.169
(lustlos2-erregt1)²	.528**	-.321	.118	-.149
SE =	16.068	15.294	17.294	16.367
R-Q =	.339	.179	.179	.050
P <	.009	.070	.313	.513

Anmerkungen: * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

Die Regressionsanalyse (Tab.22) zeigte einen signifikanten Zusammenhang für die suizidale Gruppe ($\beta = 0.524$, $t(25) = 3.07$, $p < 0.008$) zwischen der Differenz von Lustlosigkeit (A(+)) nach Selbstaktivierung (d.h. einen zweiten Messzeitpunkt nach Aktivierung der Selbstrepräsentationen und Sinnstiftung) und Erregung (A-) nach Bestrafung (d.h. einen ersten Messzeitpunkt nach einer schwierigen Rätsel-Aufgabe) und den Reasons for Living als Kennwert für Schutz vor Suizidrisiko. Ebenso ergab

sich ein tendenzieller positiver Zusammenhang für die suizidale Gruppe ($\beta = 0.352$, $t(25) = 1.86$, $p = 0.075$) zwischen der Differenz von Lustlosigkeit (A(+)) nach Sinnstiftung und Hilflosigkeit (A-) nach Bestrafung und Reasons for Living als Kennwert für den Schutz vor Suizidrisiko (Tab.23). Dieser Zusammenhang war signifikant negativ sowohl für die parasuizidale Gruppe ($\beta = -0.466$, $t(29) = -2.88$, $p = 0.008$) als auch für die Gruppe mit Suizidgedanken ($\beta = -0.375$, $t(29) = -2.17$, $p = 0.037$).

Diese Ergebnisse weisen für die suizidale Gruppe darauf hin, dass je größer die Diskrepanz zwischen der Lustlosigkeit nach Selbstaktivierung und dem negativen Affekt (Hilflosigkeit oder Erregung) nach Bestrafung ist, desto größer sind auch die RFL als Kennwert für Schutz vor Suizidrisiko. Im Sinne der Affektkonfundierungshypothese, sollte das Extensionsgedächtnis aktiviert werden, wenn nach Aktivierung der Selbstrepräsentationen ein Sinnerleben angeregt wurde, was sich in der Abkopplung der Affekte, der Lustlosigkeit von Erregung bzw. Hilflosigkeit bemerkbar machen müsste. Der Befund stimmt mit dieser Hypothese überein.

Tab.23 Regressionskoeffizienten β (Beta) aus der multiplen Regressionsanalyse mit dem RFL-Kennwert für Schutz vor Suizid als abhängige Variable.

Prädiktorvariablen	Stichprobe			
	Suizidal	Parasuizidal	Suizidgedanken	Kontroll
Belastung	-.341	.275	-.307	-.101
(lustlos2-hilflos1)²	.352*	-.466**	-.375*	-.126
SE =	17.677	14.156	16.075	16.466
R-Q =	.200	.295	.207	.040
P <	.077	.009	.044	.592

Anmerkungen: * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

Die Regressionsanalyse zeigte bei den Gruppen mit Suizidgedanken und nach dem Parasuizid im Vergleich zur suizidalen Gruppe einen negativen Zusammenhang zwischen RFL als Kennwert für Schutz vor Suizidrisiko und der Differenz zwischen den Affekten (Lustlosigkeit nach Selbstaktivierung und Erregung bzw. Hilflosigkeit nach Bestrafung). Diese Ergebnisse weisen darauf hin, dass, je größer die Diskrepanz zwischen den Affekten ist, desto schwächer wird der Schutz vor Suizidrisiko (und je

niedriger die Diskrepanz, d.h. je größer die Affektkonfundierung, desto besser wird der Schutz vor Suizidrisiko).

3. Diskussion

3.1 Selbststeuerung, Depressivität und Suizidrisiko.

Bei Personen nach einem ernsthaften Suizidversuch ergab sich in der Pfadanalyse (LISREL 8) und parallel berechneten multiplen Regressionsanalyse ein linearer Zusammenhang zwischen Konformität und Depressivität. Die suizidalen Jugendlichen werden eher depressiv, wenn sie konformistisch sind (Abb.1, Tab.13, Kap. III). Konformität bedeutet eine fremde Quelle der von ihnen verfolgten Ziele. Selbstfremde Aufträge werden nicht als selbstfremd erkannt und trotzdem befolgt (Introjektionsneigung). Die suizidalen Jugendlichen lassen sich unter Bedrohung von Introjekten leiten und erleben deshalb alles, was sie tun als „Unsinn“ (weil sie nicht das tun, was sie wollen). Die Konformität verhindert das Sinnerleben.

Die suizidalen Probanden werden depressiv, wenn Bedrohung (z.B. durch Lebensveränderungen) die Introjektionsneigung erhöht (Konformität). Zusätzlich werden sie suizidgefährdet, wenn die Belastung sie von sich selbst entfremdet (also die Selbstbestimmung vermindert). Belastung bedeutet, dass die jungen Leute sich überfordert fühlen, Druck, hohe Ziele und psychische Belastung nicht bewältigen können. Belastung aktiviert gemäß der PSI-Theorie das Intentionsgedächtnis, was bedeutet, dass bei gehemmtem positiven Affekt selbstkongruente Ziele, Ideale und Werte nicht umgesetzt werden können (1. Modulationsannahme).

Für die Überprüfung der Wirkung von Belastung und Selbstbestimmung auf den Schutz vor dem Suizid als ein zusammenfassendes Gesamtergebnis des Lebenssinninventars (*Reasons for Living Inventory*) wurden wieder die Pfadanalyse und Regressionsanalyse benutzt. Das Pfadmodell ergab weitere signifikante Effekte für die suizidale Gruppe bei den Pfaden Belastung-Selbstbestimmung und Selbstbestimmung-RFL-I-Summe als Schutz vor Suizidrisiko (Abb.9, Tab.15, Kap. III).

In der Regressionsanalyse zeigte sich auch ein signifikanter Zusammenhang zwischen Selbstbestimmung und Suizidalität. Niedrige Selbstbestimmung senkt deutlich den Gesamtwert des Lebenssinninventars, der ein Indikator für Schutz vor dem Suizid ist

(Tab.15, Kap. III). Suizidgefährdete Jugendliche haben negative Erwartungen für die Zukunft, sind weniger optimistisch und weniger selbsteffizient. Ihr moralisches Wertesystem sowie die Furcht vor dem Selbstmord und die emotionale Beziehung zu ihrer Familie werden geschwächt, wenn sie unter einer niedrigen Selbstbestimmung leiden, was die Suizidgefahr erhöht.

Bei Belastung ist besonders die Selbstbestimmung gehemmt. Sie fühlen sich mit allem, was sie tun, inkongruent. Das, was sie tun, entspricht nicht ihren Bedürfnissen und Werten – anders gesagt „sie tun es nicht von Herzen“. Belastung hemmt den Zugang zum Selbst, welcher das Sinnerleben vermittelt. Das gehemmte Selbst hat keine Kraft, um eigene Ziele zu verfolgen. Die Probanden verlieren an Selbstbestimmung und dadurch auch das Sinnerleben, welches von der Umsetzung der selbstkongruenten Werte und Ziele abhängt. Deshalb macht ihnen nichts was sie tun Spaß. Jedes Ereignis, alles was passiert (auch das was sie eigentlich positiv werten können) wirkt sinnlos. An dieser Stelle haben wir es nicht mehr mit Depressivität (als psychischen Zustand) zu tun, sondern mit Erlebnisunfähigkeit. Das heißt, das, was man – positiv oder negativ – erlebt, wird emotional nicht mehr wahrgenommen (angenommener Unterschied zwischen PSSI-13 und RFL-I).

Bei der suizidalen Gruppe erhöht die hohe Selbstmotivierung die Selbstbestimmung. Der Vermittler zwischen Belastung und Selbstbestimmung ist die Selbstmotivierung (Abb.25). Die Ergebnisse lassen darauf schließen, dass Belastung sowie Selbstmotivierung auf die Selbstbestimmung eine Wirkung haben. Wenn der Wille indirekt geschwächt ist (Sinnerleben), entsteht die größte Gefahr durch Belastung. Bei geringer Selbstmotivierung verlieren suizidale Jugendliche ihre positive Motivation und kommen nicht in ihr Selbstsystem. Sie verlieren den Sinn des Lebens, was ein Zeichen für eine schwache Selbstbestimmung ist und das Suizidrisiko erhöht.

Bei der suizidalen Gruppe übt die Aktivierungskontrolle den stärksten positiven Einfluss auf den Lebenssinn aus und senkt damit das Suizidrisiko (Abb.13, Tab.16, Kap. III). Die Belastung vermindert bei den Probanden die Aktivierungskontrolle, so dass sie sich nach schwierigen Situationen nicht beruhigen können und ihren positiven Affekt nicht selbst generieren können. Die Suizidgefahr steigt, wenn die Konzentration geschwächt ist. Wenn die suizidalen Jugendlichen ihre affektiven Impulse nicht unter

Kontrolle halten können, und sich durch irrelevante, intrusive Gedanken ablenken lassen, dann werden sie suizidgefährdet. Die störenden Gedanken sind oft (besonders in der entscheidenden Phase) immer wiederkehrende Suizidgedanken. Bei einer niedrigen Impulskontrolle können sich die Probanden nach Stress nicht beruhigen und ihren negativen Affekt nicht herunterregulieren, was ebenso die Suizidgefahr erhöht.

Der so durch negativen Affekt gehemmte eigene Wille (Selbstsystem) geht gemäß der zweiten Modulationshypothese (PSI-Theorie) einher mit einer Aktivierung des Empfindungssystems. Die diskrepanzsensitive Aufmerksamkeit (Selbstbeobachtung) der Jugendlichen wird damit verstärkt. Sie sehen und empfinden meistens nur die schlechtere, schwächere Seite des Lebens und von sich selbst, wodurch sich ihre Angst noch mehr verschärft („vor der Zukunft, vor dem Leben und vor sich selbst“).

Weil der Suizidimpuls den eigenen Willen verdrängt, verstärkt sich die Autoaggressivität, der eigene Wille (das Selbst) bestimmt nicht mehr die Systeme des Handelns. Wenn eine so starke Belastung auftritt, die die Selbstbestimmung verhindert, verdrängt der Suizidimpuls das Selbst und den eigenen Willen und führt zum Tod. Warum der Wille am Ende so viel negative, impulsive Energie besitzt, hängt vielleicht von der frühkindlichen Erziehung (oder frühkindlicher Konditionierung) ab. Diese Forschungsergebnisse fordern also auch spezielle Therapieansätze für Patienten nach einem ernsthaften Suizidversuch, die der folgenden Reihenfolge entsprechen sollten: Zunächst sollte man bei den Patienten die Belastung reduzieren (Druck, zu hohe Ziele, zu viel Last und Lebensstress). Mittelfristig sollten die Selbstmotivierungskompetenzen gestärkt werden (Initiative, positive Motivation und Emotionskontrolle). Langfristig sind die Selbstbestimmungskompetenzen (Selbstäußerung, positive Selbstbewertung, Sinnstiftung bzw. Sinnlosigkeit reduzieren) sowie der Aufbau der Aktivierungskontrolle (Selbstberuhigung und Impulskontrolle) entscheidend.

Im Bezug auf implizite, unbewusste Mechanismen der Suizidalität spielen nicht die Selbststeuerungsprozesse die entscheidende Rolle, sondern die zwei Persönlichkeitsstile *still-depressiv* und *selbstbestimmt-antisozial* Stil (Tab.19, Kap. III). Die Personen aus der suizidalen Gruppe gelten als ernsthaft suizidgefährdet, wenn sie depressiv sind und ihr antisoziales und rücksichtsloses Verhalten kontrolliert wird.

Suizidgefährdete Jugendliche haben eine implizite negative Selbstvorstellung, und ihre negative, unterdrückte Affektivität, die impulsiv und schlecht kontrollierbar ist, kann

eine autoaggressive Gefahr bilden, wenn sie nach Belastung unter einer depressiven, hoffnungslosen Stimmung leiden und antisozial und rücksichtslos handeln.

Die Pfadanalyse ergab einen interessanten Zusammenhang zwischen Belastung und Angst vor Liebesverlust mit niedriger Ich-Kontrolle ($FK + KF + K > 0 + M < FM + m$ bei $m > 1$) einerseits und dem Rorschach-Suizidindex andererseits. Nach Belastung ist bei den Jugendlichen aus der suizidalen Gruppe die Angst vor dem Verlassenwerden und vor Liebesverlust bis zur Verzweiflung erhöht, da die Gefahr der Impulsivität der Affekte nicht mehr unter die Kontrolle des Ich gebracht werden kann und eine Bedrohung für die gesamte Ich-Struktur bildet, was direkt das gemessene Suizidrisiko erhöht (Abb.21, Tab.21, Kap. III).

Die Angst vor Versagung der Liebes- und Geborgenheitsbedürfnisse mit niedriger Ich-Kontrolle, die nach der Belastung auftritt, erhöht die implizite, negative Selbstvorstellung und negative, unkontrollierbare Affekte, die wiederum die Suizidgefahr erhöhen. Die Suizidgefahr steigt dann, wenn nach der Belastung die Empathie und gute Ich-Kontrolle sinkt und eine depressive, hoffnungslose Verstimmung überwiegt (Abb.21, Kap. III).

In der parasuizidalen Gruppe zeigen die lineare Regressionsanalyse sowie die Pfadanalyse einen signifikanten Zusammenhang zwischen Konformität und Depressivität (Abb.2, Tab.13, Kap. III). Die parasuizidalen Probanden sind depressiv, wenn sie konformistisch werden und unter Belastung leiden. Die Konformität übt den stärksten positiven Einfluss auf die Depressivität aus. Wenn die Probanden unter Druck stehen, selbstfremde Ziele verfolgen und sich gemäß sozialer Erwartungen verhalten, fühlen sie sich oft niedergeschlagen und hoffnungslos. Die unter Belastung entstehende Konformität erhöht zwar Depressivität, schützt aber vor Suizidrisiko (Abb.14, Tab.16, Kap. III).

Parasuizidale Jugendlichen werden suizidgefährdet, wenn sie sich nonkonformistisch verhalten, weil Konformität im sozialen Verhalten, welche unter Belastung auftaucht, das Suizidrisiko vermindert. Diese Probanden handeln oft in mangelnder Übereinstimmung mit sozialen Erwartungen oder gegen soziale Normen und Verhaltensroutinen, was ihr Suizidrisiko verstärkt. Die berechnete Pfadanalyse ergab für die parasuizidale Gruppe signifikante Effekte zwischen Belastung, Konformismus und Suizidrisiko (Abb.14, Kap. III). Wenn die Probanden unter Belastung konformistisch werden, dann

werden sie oft depressiv (Tab.13, Kap. III). Möglicherweise verhalten sie sich nonkonformistisch, um sich vor einer Depression zu schützen, was das Suizidrisiko jedoch erhöht. Die Depressivität hat keinen direkten positiven oder negativen Einfluss auf das Zielkriterium Suizidalität. Die Regressionsanalyse sowie die Pfadanalyse ergaben keinen signifikanten Zusammenhang zwischen Suizidalität und Depressivität weder für die suizidale noch für die parasuizidale Gruppe. Diese Ergebnisse lassen darauf schließen, dass die Depressivität bei einem Suizidversuch keine determinierende Rolle spielt (Tab.20, Kap. III).

Die Pfadanalyse zeigte noch ein anderes interessantes Ergebnis für die parasuizidale Gruppe zwischen Belastung, Zielfixierung und Suizidalität. Bei Belastung sind die Jugendlichen zielfixiert, was das Suizidrisiko senkt (Abb.10, Kap. III). Der Zusammenhang zwischen Zielfixierung und Suizidalität ergab sich auch in der Regressionsanalyse, wurde jedoch nicht signifikant (Tab.15, Kap. III). Die Zielfixierung erhöht zwar das allgemeine Lebenssinngedühl, das die Suizidgefahr verhindert, jedoch nicht signifikant. Es besteht die Suizid tendenz nur dann, wenn Zielvergegenwärtigung auftaucht. In diesem Fall werden die Probanden ihre Ziele und schwierige Absichten gar nicht klar und konsequent genug verfolgen. Sie denken über ihre Ziele nicht nach und handeln impulsiv (sie haben vor ihrem Suizidversuch keine langfristigen Suizidgedanken). Bei der Umsetzung ihrer Absichten zeigen sie wenig Pflichtbewusstsein und können andere Leute oft schockieren. Sie werden depressiver, wenn sie unter Introjekten leiden und selbstfremde Ziele verfolgen müssen. Dies ist aber keine echte Gefahr für ihr Selbst, welches genug Energie hat, sich vor einem ernsthaften Suizidversuch zu schützen.

Die parauidale Gefahr steigt nur dann, wenn die Jugendlichen einen Anpassungsfähigkeitsmangel zeigen sowie die Neigung haben, sich schlecht überlegte, aber impulsiv verfolgte Ziele zu vergegenwärtigen. Ihr Suizidversuch wird zwar nicht konsequent geplant und auch nicht tödlich enden, aber ausreichend gefährlich sein, um auf die anderen einen großen und sehr unangenehmen Eindruck zu machen.

Für die dritte Gruppe mit Suizidgedanken, ergab die multiple Regressionsanalyse und die Pfadanalyse einen signifikanten Zusammenhang zwischen LOP und Depressivität. Die prospektive Lageorientierung erhöht nach Belastung deutlich die Depressivität,

während die prospektive Handlungsorientierung, die erst bei Bedrohung auftaucht, die Depressivität vermindert (Abb.6, Kap. III).

Die Jugendlichen mit Suizidgedanken werden unter Belastung prospektiv lageorientiert (LOP), was die Depressivität erhöht. Nach der PSI-Theorie ist unter Belastung und bei Lageorientierung (LOP) das Intentionsgedächtnis mit unerledigten, schwierigen Zielen und Absichten beladen. Die Verbindung zwischen den Absichten (IG) und dem Handeln (IVS) ist bei hoher Belastung durch einen reduzierten positiven Affekt (A(+)) gehemmt (erste Modulationsannahme). Die jungen Leute mit Suizidgedanken überlegen schwierige Lösungen, fantasieren über die Ziele, die sie nicht umsetzen können, weil sie ein zu großes Energiedefizit haben, um sie ausführen zu können. Die Probanden fühlen sich lustlos und können sich nicht mobilisieren, sie haben Selbstmotivierungsprobleme (Abb.6, Tab.14, Kap. III). Bei Belastung verlieren sie Energie, haben wenig Initiative, werden lageorientiert und depressiv. Bei Bedrohung hingegen werden sie handlungsorientiert. Unter Stress und Lebensveränderungen gewinnen sie Energie, werden aktiver und handlungsorientiert, was gleichzeitig die Depression verhindert. Bei Bedrohung, werden sie also gut motiviert und aktiv, was die depressive Stimmung herabzuregulieren hilft.

In der Gruppe mit Suizidgedanken ergab die Regressionsanalyse einen signifikanten Zusammenhang zwischen volitionaler Passivität, Konzentrationsschwäche und Suizidalität (Tab.17, Kap. III). Die Personen mit Suizidgedanken werden nur dann suizidgefährdet, wenn ihre willentlichen, eigenen Ziele wegen des Energiemangels nicht umgesetzt werden können und die Anfälligkeit für fremdbestimmte, nichtgewollte Ziele (wie Suizidversuch) steigt (dieses Modell klärt 20% der Varianz auf). Dieser Zusammenhang zwischen den beiden Variablen hängt von einer erhöhten Konzentrationsschwäche ab, bei der die Fähigkeit, Ablenkungen von innen durch irrelevante Gedanken (intensive Suizidgedanken) zu unterbinden, gemindert ist.

Man kann vermuten, dass Suizidgefahr mit einem Energiedefizit auf der Ebene des Selbst zu tun hat. Solche Defizite treten bei Personen mit Suizidgedanken (mit wesentlich besseren Selbstregulationskompetenzen, besonders Selbstmotivierung) nicht auf. Wenn das Selbst keine Energie hat, fehlt die positive Lebenserfahrung. Stattdessen wendet der mit negativer Energie beladene Wille die restliche negative Kraft gegen die eigenen Prozesse des Selbst. Man kann feststellen, dass Energie-

defizite das Suizidrisiko erhöhen (Abb.25, Tab.15, 16, Kap. III). Wenn das Energie-defizit nicht im Vordergrund steht oder durch Handlungsorientierung oder gute Selbststeuerungsmechanismen (Selbstmotivierung, Selbstbestimmung) kompensiert werden kann, dann können leicht Suizidgedanken entstehen.

In der Kontrollgruppe ergab nur die Regressionsanalyse einen Zusammenhang zwischen LOP, Depressivität und Suizidalität. Die gesunden Probanden sind nur dann suizidgefährdet, wenn sie gleichzeitig lageorientiert und hoch depressiv sind (Tab.18, Kap. III). Diese Variablen zeigten bei den anderen drei Gruppen, keinen signifikanten Zusammenhang (die durch die beiden Prädiktoren aufgeklärte Varianz in dieser Gruppe ist mit 26% nicht hoch).

Die für die Kontrollgruppe berechnete Pfadanalysen sowohl für Depressivität als auch für das Suizidrisiko als Zielvariable zeigten keine signifikanten Effekte (Tab.2, 3, 6, 8, 9, 11, Kap. III). Bei der Berechnung der linearen Regressionsanalyse ergab sich nur ein signifikanter negativer Zusammenhang zwischen Selbstmotivierung und Depressivität (Tab.13, Kap. III). Den Personen aus der Kontrollgruppe gelingt es gut, auch aus unangenehmen Situationen etwas Positives zu gewinnen. Sie können sich motivieren, wenn Schwierigkeiten auftauchen, was sie vor der Depressivität schützt.

All diese Ergebnisse zeigen, dass die Jugendlichen aus der Kontrollgruppe ohne Suizidgedanken und Suizidversuche mit allen möglichen Schwierigkeiten konfrontiert werden können. Weder Depressivität, die durch gute Selbstmotivierung bewältigt werden kann, noch Belastung oder Bedrohung erhöhen das Suizidrisiko in ihrem Fall. Dies bedeutet, dass ihr Selbststeuerungssystem als Schutz vor Depressivität, Lebensstress und autoaggressivem Verhalten in allen Fällen ausreichend ist.

3.2 Hemisphärische Asymmetrie, Selbststeuerung und Suizidalität

Die Überprüfung der Affektkonfundierungshypothese bzgl. der Suizidalität erfolgte mittels Pfad- und Regressionsanalysen. In einer Untersuchung von Biebrich und Kuhl (2001) haben die Autoren bedeutsame Pfade in jedem LISREL-Modell zur Darstellung der kausalen Wirkung von Selbststeuerungsprozessen auf die Depressivität festgestellt. Bei einer nichtneurotischen Gruppe erhöht positiver Affekt die Initiative und ermöglicht die Verhaltensbahnung, die vor Depressivität schützt (1. Modulations-

annahme der PSI-Theorie). Bei der hochneurotischen Gruppe hemmt Angst den Selbstzugang und eine dadurch verminderte Selbstbestimmung erhöht die Depressivität (2. Modulationsannahme der PSI-Theorie). Die wichtige Frage nach den Untersuchungsbefunden bezüglich der Suizidforschung lautet: Warum werden hochneurotische, depressive Personen nicht suizidal?

Bei den suizidgefährdeten Probanden wurden tatsächlich spezifische Risikofaktoren herausgefunden. In den LISREL-Modellen zeigten die Pfade zur Darstellung der kausalen Wirkung von den Selbststeuerungsprozessen auf die Depressivität so genannte „Kreuzverschaltungen“ (Konfundierungen) zwischen den psychischen Systemen. In der suizidalen Gruppe wird Selbstbestimmung durch Belastung blockiert, d.h. durch gehemmten positiven Affekt (A(+)). Parallel erhöht Bedrohung (A-) die Zielfixierung, welche mit der durch den gehemmten positiven Affekt (A(+)) verursachten Willenshemmung verbunden ist. Dies bedeutet, dass es bei den Probanden dieser Gruppe eine suizidale Verstärkung zwischen den Affekten gibt. Es wird der gehemmte positive Affekt mit dem negativen Affekt gekoppelt (Abb.5, Kap. III).

Sobald die Personen frustriert sind (A(+)), d.h. ihre Ziele nicht erreichen oder Liebesverlust erleben, kommt es zu Angst (A-) und damit zur Hemmung des Selbst, was wiederum die Depressivität erhöht. Ein Beispiel: Liebesverlust (A(+)) aktiviert Angst (A-), wenn er mit Bestrafung oder Bedürfnisdruck verbunden ist. Gemäß der 2. Modulationsannahme der PSI- Theorie hemmt dies den Zugang zum Selbst.

Es gibt noch eine zweite Möglichkeit: Sobald Angst auftritt (A-) wird das Absichtsgedächtnis aktiviert und die Ausführung von Zielen und Absichten gehemmt (A(+)), was die Depressivität erhöht. Praktisch bedeutet das: Bei hoher Angst (A-) kommt es zur Fixierung auf schwierige Ziele („Zielfixierung“, A(+)), und es wird das Absichtsgedächtnis aktiviert, wenn die Situation mit Forderungen verbunden ist (d.h. mit schwierigen Lernaufgaben, großen Zielen und Idealen). Z.B wenn man von einem Kind, das große Angst erlebt oder sich bedroht fühlt, fordert, zu lernen und große Aufgaben in Zusammenhang mit der Schule zu erfüllen oder hohe Ziele zu erreichen.

Bei Angst ist der Zugang zum Selbst gehemmt und nur das Absichtsgedächtnis funktioniert, so dass es schwer wird, diese hoch angesetzten Ziele und Aufgaben umsetzen zu können. Wenn die Willensbahnung und Umsetzung von Zielen dennoch gelingt, kann es zu einer „fehlinformierten Introjektion“ kommen. Dieses Phänomen

bedeutet, das die Probanden fremde Ziele verfolgen und dabei denken, es seien ihre eigenen. Wenn das Intentionsgedächtnis aktiviert ist und Ziele vorhanden sind, aber das Selbst gehemmt wird, dann lässt sich eine Person von fremden „Introjekten“ leiten und erlebt alles, was sie tut als Unsinn, da sie spürt, dass es nicht das ist, was sie eigentlich machen will. Diese Fixierung auf schwierige Ziele verbunden mit einer Introjektionsneigung erhöhen die Angst und verstärken gleichzeitig die Depressivität. Das Tragische daran ist eine innere Spaltung und ein Entfremdungsgefühl: Die Personen wissen nicht, dass es nicht ihre eigenen Ziele sind, die sie verfolgen. Sie spüren aber, dass sie etwas tun, was sie nicht wollen. Sie können aber ihre eigenen Ziele nicht erkennen (sie wissen nicht, was sie eigentlich wollen) und nicht selbst bestimmen, da der Zugang zum Selbst gehemmt ist. Diese Beschreibung erinnert an das zweite Beispiel einer Person aus dem biographischen Teil (Kap. I).

Im Vergleich zu suizidalen Personen zeigen die parasuizidalen die Konfundierung („Kreuzung“) der Affekte nicht (Abb.3, Kap. III). Für sie ist die Hemmung des Willens und der Initiative gefährlich A(+). Sie führt über die Introjektion fremder Ziele (*Konformität*) in die Depressivität (1. Modulationsannahme).

Suizidgedanken münden in Depressivität (Abb.6, Kap. III), wenn selbstregulatorische Kompetenzen fehlen, die in der Lage sind, bei Belastung den positiven Affekt (A+) wiederherzustellen (LOP). Diese Verschaltung führt so lange nicht zu Suizidalität, wie keine Kreuzverschaltungen (Konfundierungen) zwischen den Systemen entstehen.

Diese Befunde stimmen mit der theoretischen Annahme (Hypothese 3.1) überein, dass es signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen hinsichtlich der Art der Selbststeuerungsfunktionen gibt, die als Schutz vor Depressivität bzw. Suizidalität eingesetzt werden können.

Im Unterschied zur Depressivität hängt das Suizidrisiko bei der suizidalen Gruppe mit der Affektkonfundierung stärker von der Blockierung der Selbstbestimmung durch Belastung ab (A(+)), als von der durch Bedrohung (A-) verursachten Zielfixierung. (Abb.9. Kap. III). Dies bedeutet, dass die Hemmung der Selbstprozesse durch z.B. Verzicht, Frustration oder Liebesverlust (A(+)) ausgelöst ist und dann mit Angst oder Trauer (A-) gekoppelt wird. Sobald es zur Frustration oder Liebesverlust kommt, taucht sofort Angst auf, wenn sie mit Bestrafung oder Bedürfnisdruck verbunden sind. Angst nach Liebesverlust bedeutet, dass man die unangenehmen Gefühle von

Verlassenheit oder Frustration der Geborgenheit- und Zuwendungswünsche nicht mehr über das Intention Gedächtnis in die Ich-Struktur integrieren kann. Starker negativer Affekt wie Angst oder Trauer, der darauf folgt, hemmt den Zugang zum Selbst, was eine direkte niedrige selbstkongruente Zielgenerierung (*Selbstbestimmung*) und geschwächte Prozesse des Selbst bedeutet und das Suizidrisiko erhöht.

Die Kopplung von Liebesverlust (A(+)) und Angst (A-), deutet darauf hin, dass eine Hemmung des Selbstzugangs (RH) dann immer mit einer extrem einseitigen Aktivierung des Intention Gedächtnisses (LH) verbunden ist. Wenn der Zugang zur rechten Hemisphäre gehemmt wird, dann kommt es zu einer rein links-hemisphärischen Verarbeitung der Affekte und Motive, so dass Ziele verfolgt werden, die nicht zu den Motiven und Bedürfnissen des Selbst passen. In einem suizidalen Zustand ist Angst nach Liebesverlust mit dem Erleben eines starken psychischen Schmerzes („Psychache“, Shneidman, 1993) verbunden, und so haben wir es am Ende mit einer sehr großen Kraft der negativen Affekte zu tun, die auf das Selbst wirken.

Die Kopplung von Affekten (Affektkonfundierung) und das mit starken negativen Affekten beladene Selbst entstehen z.T. aus der Unfähigkeit, suizidale affektive Zustände selbstgesteuert zu regulieren (Lageorientierung). Andererseits bedarf es eine hohe Sensibilität für negativen sowie positiven Affekt (da bei gehemmtem positiven Affekt zunächst eine hohe Sensibilität für positiven Affekt erforderlich ist). Die hohe Sensibilität für positiven und negativen Affekt kann sich gleichzeitig in einer hohen Vulnerabilität des Selbst widerspiegeln. Die suizidgefährdeten Menschen sind nach Liebesverlust gegenüber negativen Affekt wie Angst besonders sensibel und sehr vulnerabel, weil der Misserfolg durch die hohe „Selbstbeteiligung“ als selbstbedrohlich, in diesen Fall sogar lebensbedrohlich, wahrgenommen wird. Sobald sie mit ihrem schwachen Selbst den negativen Affekt versuchen zu bewältigen, machen sie sich durch die Konfrontation vulnerabler. Wenn es dem Selbst gelingt, die negativen bzw. gehemmt positiven Affekte durch selbstgesteuerte Affektregulation zu bewältigen, dann funktioniert diese Bewältigung meistens über eine positive Selbstgestaltung in einer anderen Tätigkeit (Sublimation als Abwehrmechanismus) wie z.B. künstlerische Fähigkeiten. Wenn diese Bewältigung nicht gelingt, kommt es zur Selbstzerstörung.

Beispiele einer positiven Selbstgestaltung durch Kunst finden wir in den Arbeiten von Ringel (1984) und Philips (1981). Sie führen den romantischen Dichter J.W. Goethe und seine literarische Gestalt des jungen Werthers an. Goethe schrieb nach einem tief erlebten Liebesverlust diesen poetischen Roman, in welchem er seinen Helden Selbstmord begehen lässt. Der Autor selbst hat auf diese Art und Weise seinen „tragischen“ Liebesverlust verarbeitet und überlebt, wie er später selbst berichtet. Sein Roman zog aber eine große Welle von Selbstmordversuchen nach sich. Man kann das Phänomen des Selbstmordes nach Liebesverlust mit der starken Identifikation und „Selbstbeteiligung“ an solchen romantischen Werten wie Liebe, Freiheit und Glück erklären. Die große affektive Sensibilität der romantischen Helden, wurde von den Lesern imitiert (ganz nach dem Geist der Epoche). Diese Menschen machten sich durch die hohe Selbstbeteiligung an einer romantischen verlorenen Liebe bei der Konfrontation mit solchen schmerzhaften Ereignissen schnell vulnerabler und sind somit oft in das Suizidrisiko geraten. Man sagt, im Liebesgefühl eines sensiblen Menschen sei das ganze Dasein dieses Menschen enthalten. Wenn man so sensibel ist und aus „ganzem Herzen“ liebt, diese Liebe jedoch abgewiesen wird, kann das für das ganze Selbst bedrohlich sein. Diese Vulnerabilität nach Liebesverlust ist besonders hoch, wenn es zu einer Selbstkonfrontation kommt. Nach Bestrafung oder Bedürfnisdruck kann dies für das Selbst bedrohlich sein, aufgrund der hohen Beteiligung mit Liebes- und Geborgenheitswünschen des Selbstsystems.

Auch experimentelle Befunde bestätigen die Hypothese über den Einfluss affektiver Sensibilität für selbstbeteiligte Ereignisse. Handlungsorientierte Personen zeigen nach Misserfolg (HOM) auf frühe Verarbeitungsstufen erhöhte Amplituden der ERP-Reaktionen im EEG auf Wörter, die sie an unangenehme Lebensereignisse erinnern (Rosahl et al., 1993). Diese Reaktion ist ein Ausdruck gehemmter Willensprozesse, wenn man selbstbelastende Erlebniserinnerung auslöst (Kuhl, 2001), was mit hoher Sensibilität des Selbst für positiven bzw. negativen Affekt verbunden ist, da zum gehemmten positiven Affekt zuerst eine besondere Sensibilität für positiven Affekt erforderlich ist.

Diese neurologischen Befunde erinnern an die Untersuchungen über Erfolgsmotivierte vs. Nicht-Erfolgsmotivierte Probanden mit dem TAT, in den früheren Arbeiten von Kuhl (1972/1978). Personen, die ängstliche Denkinhalte relativ gut ausblenden können

(z.B. Handlungsorientierte, Erfolgsmotivierte), haben eine erhöhte Sensibilität für negativen Affekt. Die Erfolgsmotivierten reagierten im TAT überraschenderweise besonders sensibel auf Misserfolgsbilder (mit angstanregendem Gehalt) und produzierten viele negative Inhalte zu diesen Bildern. Die hohe Sensibilität für Misserfolg tauchte auf, weil der Misserfolg wegen der hohen „Selbstbeteiligung“ selbstbedrohlich wirkt. Der innere und äußere Druck bei Erfolgsmotivierten nach einem Misserfolg kann leicht mit Angst gekoppelt sein und deshalb ganz schnell zur Selbstbedrohung führen.

Die Konfundierung der Affekte (wie Liebesverlust oder Frustration (A(+)) mit Angst (A-)), welche die rechtshemiphrische Selbstwahrnehmung hemmen, erfordern hochinferente selbstregulatorische Maßnahmen, um das stressreduzierende Potential des Selbstsystems zu aktivieren: Dabei geht es um solche Selbststeuerungskompetenzen wie Selbstberuhigung - um negativen Affekt herabzuregulieren (4. Modulationsannahme der PSI-Theorie) und Selbstmotivierung - um aus der Hemmung positiven Affektes wieder positiven Affekt zu rekrutieren (5. Modulationsannahme). Die Kopplung von Affekten, welche die Suizidgefahr erhöht, geht einher mit der Unfähigkeit, affektive Zustände selbstgesteuert zu regulieren. Entwicklungspsychologisch entsteht dieses Defizit durch eine unzureichende Außenregulation bei Affektäußerungen in kritischen Entwicklungsphasen (Systemkonditionierungsmodell durch Widerspiegelung von Selbstäußerungen des Kindes).

In der früheren Kindheit kommt es zur Angst, wenn Liebesentzug oder Frustration mit Bestrafung statt Ermutigung einherging (Konditionierung negativer Affekte). Aus der Erfahrung mit Kindern wissen wir, dass wenn ein Kind etwas falsch macht und statt Erklärungen und Ermutigung Liebesentzug erfährt („Ich liebe dich nicht“), dann fühlt es sich nicht nur frustriert, sondern auch bestraft und beginnt u.a. schnell zu weinen, weil es Angst hat. Am besten ist es dann, das Kind schnell zu umarmen und mit einer kurzen Liebeserklärung („Ich liebe dich...“) und Ermutigung („Du bist schlau, groß.“) erst zu beruhigen und dann weiter für das richtige Verhalten zu motivieren. Anders gesagt muss man dem Kind helfen, positiven Affekt wieder anzuregen (durch Liebeserklärung und Motivierung) und den negativen herabzuregulieren (durch Liebeserklärung und Beruhigung).

In späteren Jahren kommt es zur Selbstregulation der gekoppelten Affekte. Aus dem gehemmten positiven Affekt (A(+)) wird durch Aktivierung des Selbstsystems der positive Affekt rekrutiert und durch Selbstmotivierung Liebesverlust bewältigt (5. Modulationsannahme der PSI-Theorie). Negativer Affekt wie Angst und Trauer wird im Extensionsgedächtnis durch Selbstberuhigung herabreguliert (4. Modulationsannahme der PSI-Theorie). Das wichtigste bei der selbstregulatorischen Abkopplung der Affekte ist, den Zugang zum Selbst herzustellen um selbstregulatorische Mechanismen (wie Selbstmotivierung und Selbstberuhigung) zu aktivieren. Dies erfolgt durch Aktivierung der Selbstrepräsentationen und Sinnstiftung durch z.B. eine bestimmte Therapieintervention.

3.3 Affektkonfundierung und Suizidrisiko

Eine Therapieintervention mit Aktivierung der Selbstrepräsentationen (Selbstäußerung, Erweiterung von persönlichen Werten und Optionen, Entfaltung der persönlichen Bedeutung, Sinnstiftung u.a) wird den suizidgefährdeten Personen, die den Zugang zum Selbst verloren haben, helfen, das Selbstsystem zu aktivieren. Die Effekte dieser Intervention und der Zusammenhang mit der Affektkonfundierung wurden durch die Regressionsanalyse überprüft (siehe Tab.22, 23, Kap. III). Als Maß für die Affektkonfundierung wurde die Diskrepanz zwischen zwei Affekten in die Regressionsanalyse einbezogen. In diesem Fall ist das die Differenz zwischen gehemmttem positiven Affekt (Lustlosigkeit) und negativem Affekt (Erregung bzw. Hilflosigkeit). In Bezug auf die Affektkonfundierungshypothese bedeutet das: Je niedriger die Differenz ist, desto mehr sind die beiden Affekte aneinander gekoppelt, was gleichzeitig das Suizidrisiko erhöht. Je größer die Differenz zwischen den beiden Affekten ist, desto „unähnlicher“ sind sie und werden deshalb weniger miteinander „konfundiert“. Die Regressionsanalyse (Tab.22, 23, Kap. III) zeigte einen signifikanten Zusammenhang für die suizidale Gruppe ($\beta = 0.524$, $p < 0.01$) zwischen der Differenz von Lustlosigkeit (A(+)) nach Selbstaktivierung (d.h. einem zweiten Messzeitpunkt nach Aktivierung der Selbstrepräsentationen und Sinnstiftung) und Erregung (A-) nach Bestrafung (d.h. einem ersten Messzeitpunkt nach einer schwierigen Rätsel-Aufgabe) und dem „Reasons for Living“ (RFL) als Kennwert für Suizidalitätsschutz. Ebenso

ergab sich ein signifikanter positiver Zusammenhang für die suizidale Gruppe ($\$ = 0.352, p < 0.07$) zwischen der Differenz von Lustlosigkeit (A(+)) nach Sinnstiftung und Hilflosigkeit (A-) nach Bestrafung und Reasons for Living als Kennwert für den Suizidalitätsschutz (Tab.31). Dieser Zusammenhang war signifikant negativ sowohl für die parasuizidale Gruppe ($\$ = -0.466, p < 0.01$) als auch für die Gruppe mit Suizidgedanken ($\$ = -0.375, p < 0.04$).

Für die suizidale Gruppe gilt, dass je größer die Diskrepanz zwischen der Lustlosigkeit nach Selbstaktivierung und negativem Affekt (Hilflosigkeit oder Erregung) nach Bestrafung ist, umso höher fallen die RFL als Kennwert für Suizidalitätsschutz aus. Im Sinne der Affektkonfundierungshypothese sollte bei Aktivierung des Extensionsgedächtnisses, z.B. durch Sinnstiftung oder Anregung von Selbstrepräsentationen, eine Entkopplung der Affekte, z.B. der Lustlosigkeit von Erregung bzw. Hilflosigkeit erreicht werden. Der negative Affekt (Erregung bzw. Hilflosigkeit) reduziert den Zugang zum Extensionsgedächtnis. Wenn der Zugang durch Selbstaktivierung und Sinnstiftung hergestellt wird, dann ist die Abkopplung der Lustlosigkeit von der Erregung bzw. Hilflosigkeit möglich. Die hohe Differenz zwischen den beiden Affekten bedeutet, dass wir sie durch Aktivierung der Selbstrepräsentationen und Sinnstiftung abgekoppelt haben, was gleichzeitig den Schutz vor einem Suizid erhöht (Reasons for Living).

Die Aktivierung von Selbstrepräsentationen (oder anderen Anteile des Extensionsgedächtnisses) erhöht die Aktivierung positiven Affekts, und zwar um so mehr, je stärker die Verbindung zwischen dem Selbstsystem und subkognitiven Mechanismen ausgeprägt ist, die positiven Affekt erhöhen (5. Modulationsannahme der PSI-Theorie). Durch die Aktivierung des Extensionsgedächtnisses in Situationen von gedämpftem positiven Affekt (z.B. nach Frustration oder wenn große Schwierigkeiten zu bewältigen sind) wird die Steuerzentrale (Selbstmotivierung) fähig, den positiven Affekt wieder zu rekrutieren, der zur Willensbahnung und selbstkongruenten Zielumsetzung führt.

Der willensbahnende positive Affekt, der durch die Aktivierung des Selbstsystems zustande kommt, erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass Handlungen gefunden und umgesetzt werden, die mit einer relativ großen Anzahl von Selbstaspekten im Einklang stehen, anstelle von Handlungen, die auf die Befriedigung einzelner Bedürfnisse oder

Ziele oder auf das Erlangen isolierter Anreizobjekte ausgerichtet sind (Kuhl, 2001). Die Fähigkeit zur selbstregulierten Herbeiführung positiven Affekts (Selbstmotivierung) wird als eine entscheidende Voraussetzung für Selbstbestimmung und intrinsische Motivation angesehen (Kuhl, 2001, S. 177). Die mit Selbstmotivierung verbundene selbstgesteuerte Affektregulation ist ein wichtiger Faktor gegen das Suizidrisiko. Die in dieser Arbeit durchgeführte Pfadanalyse und Regressionsanalyse wies darauf hin, dass niedrige Selbstmotivierung ein Vermittler zwischen der Belastung und niedriger Selbstbestimmung ist und niedrige Selbstbestimmung zu einem hohen Suizidrisiko führt.

Selbstmotivierung bedeutet, sich nach Entmutigung, Frustration oder wenn große Schwierigkeiten zu bewältigen sind, so zu motivieren, dass Handlungen umgesetzt werden können, die im Einklang mit eigenen Bedürfnissen, Werten und anderen Selbstaspekten stehen (d.h. Selbstbestimmung oder intrinsische Motivation, Ryan & Deci, 1991). Der Mechanismus der Selbstmotivierung ermöglicht dem Selbstsystem, eine Tätigkeit auch dann mit positiver emotionaler Unterstützung anzugehen, wenn sie zunächst relativ wenig positiven Affekt auslöst. Die Unterstützung durch positiven Affekt hat eine enorme Bedeutung. Gemäß der Basismodulationsannahmen ermöglicht positiver Affekt indirekt (durch die Reduzierung des negativen Affekts) auch die Aktivierung der rechtshemisphärischen Funktionen des Fühlens und der Selbstregulation, die eine umfassende Einbindung sowohl kognitiver als auch emotionaler Prozesse in die Steuerung des Entscheidens und Handelns ermöglichen (Kuhl, 2001). Rechtshemisphärische Aktivierung fördert die kognitive Flexibilität und emotionale Affektregulation, die in der suizidalen Krise sehr stark geschwächt wurden.

Die Regressionsanalyse für die Gruppen mit Suizidgedanken und nach dem Parasuizid zeigte im Gegensatz zur suizidalen Gruppe einen negativen Zusammenhang zwischen RFL als Kennwert für Suizidalitätsschutz und der Differenz zwischen den Affekten (Lustlosigkeit nach Selbstaktivierung und Erregung bzw. Hilflosigkeit nach Bestrafung). Diese Ergebnisse wiesen darauf hin, dass je größer die Diskrepanz zwischen den Affekten ist, desto niedriger ist der Suizidalitätsschutz.

Diese Befunde bedeuten, dass gerade die Aktivierung der Selbstrepräsentationen und Sinnstiftung keine gute Therapie für die Personen der beiden Gruppen ist, da die Sinnstiftung und Selbstaktivierung die Werte der Reasons for Living als Suizidalität-

schutz nicht erhöhen. Die Personen der beiden Gruppen müssen ihre Krisen anders bewältigen, d.h. nicht durch Konfrontation mit dem Selbst (Selbstmotivierung und Selbstberuhigung), sondern durch Ablenkung vom Selbst auf andere Systembereiche. Beispiele dazu können die Ergebnisse von Kuhl und Biebrich (2001) geben. Für nichtneurotische Personen kann die Initiative als schnelle Umsetzung von Zielen, zum Schutz vor Depressivität eingesetzt werden, da die nichtneurotischen Personen die emotionale Dialektik vermeiden. Für Hochneurotische (vergleichbar der suizidalen Gruppe) ist die Selbstbestimmung ein Schutz vor Depressivität, die auf Aktivierung des Extensionsgedächtnisses und der emotionalen Dialektik beruht. Der zweite Vergleich betrifft die Ergebnisse von Showers und Kling (1996). Personen mit der Fähigkeit zur emotionalen Dialektik und mit differenzierten Selbstrepräsentationen (hohe Gewichtung negativer Selbstaspekte und integriertes Selbst) profitieren von der Aktivierung des Selbst (z.B. nach dem Aufsatz: „Wer bin ich?“) und zeigen eine Verbesserung des Affekts, können aber die Ablenkungen von schmerzhaften Erlebnissen nicht ertragen. Die Personen mit hoher Gewichtung positiver Selbstaspekte (nichtneurotische), mit fragmentierten Selbstrepräsentationen und ohne die Fähigkeit zur emotionalen Dialektik, konnten nach der Selbstaktivierung (Kurzaufsatz: „Wer bin ich“) den vorher induzierten, negativen Affekt nicht herabregulieren. Sie profitierten aber von der Ablenkung von schmerzhaften Erlebnissen (durch Rückwärtszählen) und zeigten danach eine Verbesserung der Affekte. Diese Personen reagierten vergleichbar zu den Personen mit Suizidgedanken und nach Parasuizid, welche ebenso nach Aktivierung der Selbstrepräsentationen und Sinnstiftung keine Affektverbesserung und Wirkung der Affekte auf die Erhöhung der RFL zeigten. Die suizidale Gruppe profitierte im Gegensatz zu den übrigen zwei Gruppen von der Kurztherapie mit Selbstaktivierung. Erstens zeigte sich nach der Kurztherapie eine signifikante Erhöhung des positiven Affektes (Aktivierung) sowohl im Vergleich zu der Phase nach Bestrafung als auch im Vergleich zu den Gruppen nach Suizidgedanken und nach einem Parasuizid (signifikanter Haupteffekt für Zeit und Interaktion von Stimmung und Gruppe, siehe Tab.10.3, Kap. II). Zweitens kam es nach der Selbstaktivierung zur einer Entkopplung der Affekte, d.h. Entkopplung der Lustlosigkeit (A(+)) von Erregung bzw. Hilflosigkeit (A-), was den Kennwert für Suizidalitätsschutz erhöhte (Tab.22, 23, Kap. III).

Nach der Kurztherapie mit Aktivierung der Selbstrepräsentationen und Sinnstiftung wurde bei den suizidalen Personen das Extensionsgedächtnis aktiviert und eine selbstgesteuerte Affektregulation (Selbstmotivierung) hergestellt, welche die emotionale Dialektik (selbstbeteiligte Auseinandersetzung mit negativem bzw. gehemmtem positivem Affekt) ermöglicht. Durch die selbstbeteiligte Konfrontation mit schwierigen Erfahrungen wie z.B. Frustration, Liebesverlust (A(+)) oder Versagen, wird der positive Affekt nach der früheren Hemmung wiederhergestellt (Selbstmotivierung) und selbstkongruente Ziele (Selbstbestimmung) aus dem Extensionsgedächtnis umgesetzt (5. MA der PSI-Theorie). Die Entkopplung der Affekte, die die Selbstaktivierung gemäß der 5. MA ermöglicht, bedeutet, dass Frustration (A(+)) oder Liebesverlust (A(+)) nicht mehr Angst (A-) auslösen (die den Zugang zum Selbst hemmte und die suizidale linkshemisphärische Verarbeitung aktivierte). In der suizidalen Gruppe wird die Annahme bestätigt, dass die Aktivierung der Selbstrepräsentationen direkt den Zugang zum Selbst und dem Extensionsgedächtnis aktiviert und dadurch die selbstgesteuerte Affektregulation (u.a. Entkopplung von Affekten) ermöglicht, die bei den Suizidgefährdeten dem Schutz vor tatsächlichem Selbstmord erhöht.

Zusammenfassung

Das Ziel der vorliegenden Arbeit ist eine systematische Untersuchung der Gruppen mit suizidalen Handlungen (nach einem ernsthaften Suizidversuch, nach Parasuizid und mit Suizidgedanken) und eine Untersuchung des Einflusses der persönlichkeits-spezifischen Variablen auf die Suizidalität. Es wurde der Einfluss von Persönlichkeits-stilen, Depressivität, Selbststeuerungsfunktionen und impliziter Affektivität auf die Suizidalität diskutiert.

Die Neigung zum suizidalen Verhalten wird neurobiologisch durch eine einseitige Aktivierung (Extremisierung) der linken Hemisphäre begleitet. Ihre psychologischen Folgen, Störungen der Selbstwahrnehmung und der polysemantischen Realitätswahrnehmung, wurden analysiert und empirisch überprüft. Die angenommenen Mechanismen wie geschwächte Selbststeuerungskompetenzen (z.B. niedrige Selbstbestimmung, Selbstmotivierung) und erhöhter Alltagsstress (Belastung und Bedrohung), die den Zugang zum Selbst erschweren und dem suizidalen Verhalten zugrunde liegen, wurden einer weiteren Prüfung unterzogen (Pfadanalyse) und auf einer möglichst breiten Ebene analysiert. Die Tendenz der suizidalen Personen zu Affektkonfundierung und Hemmung des Selbstzugangs bei starker Aktivierung des Intentionsgedächtnisses wurde als psychologische Folge der hemisphärischen Asymmetrie der suizidgefährdeten Menschen diskutiert. Es wurden außerdem Möglichkeiten der Selbststärkung und ihr Einfluss auf eine Verbesserung des Affektes (Affektregulation) bei suizidalen Personen überprüft.

Depressivität und soziale Unterstützung.

Die Depressivität als ein allgemeines Ergebnis des BDI-Tests ergab die höchsten Werte für die suizidale Gruppe (Tab.6.1, Kap. II). Die Gesamtergebnisse des BDI-Test (M = 20,58 Punkte) sprachen für eine mäßige Depression in der suizidalen Gruppe. Die parasuizidalen Probanden durchlebten eine schwache Depression (M = 15.10), während Probanden mit Suizidgedanken und der Kontrollgruppe (M = 11.90 und M = 8.10) keine depressiven Symptome durchlebt hatten. Die Befunde stützen die gemäß Hypothese (7) erwartete erhöhte Depressivität, den Verlust an Motivation und positiven Zukunftsaussichten bei den suizidalen Probanden.

Die Analyse der Subskalen der BDI-Subskalen zeigte, dass die Probanden mit Suizidgedanken mehr Versagensgefühle, eine negativere Selbstvorstellung ihres Aussehens (höher als bei der Pariasuizidalen) und mehr Arbeitsunfähigkeitsgefühl als die Kontrollgruppe hatten, diese Werte waren aber nicht höher als bei der suizidalen Gruppe.

Die parasuizidalen Probanden zeigten mehr Appetitverlust als andere Versuchspersonen. Ihre dysphorische Stimmung, Objektbezugsstörungen, Strafgefühle und Selbsthass waren zwar höher als bei der Kontrollgruppe, jedoch nicht höher als bei den anderen Gruppen. Außerdem erlebten sie viel weniger Selbstvorwürfe, hatten eine positive Selbstvorstellung und sind weniger leicht ermüdbar als die suizidalen Probanden.

Die suizidalen Jugendlichen haben in der Skala für *Hoffnungslosigkeit* die höchsten Werte im BDI erreicht. Diese Befunde sind vereinbar mit der Annahme, dass die suizidalen Personen mehr Hoffnungslosigkeitsgefühle hinsichtlich der Zukunft erleben als die anderen Probanden (Hypothese 7.1). Sie sind im Vergleich zu allen anderen hoffnungsloser und schneller erschöpft, und leiden unter Schlafstörungen. Diese Ergebnisse des BDI sprechen dafür, dass die suizidalen Jugendlichen viele Probleme im Bereich des eigenen Selbst und der Selbstwahrnehmung erleben (Selbstvorwürfe, Selbsthass, Versagensgefühle, Ermüdbarkeit, Hoffnungslosigkeit, negative Selbstvorstellung), was ein Zeichen für ein schwaches, energieloses Selbst sein könnte. Ein erhöhtes Depressionsniveau bedeutet gemäß der PSI-Theorie eine Hemmung positiven Affekts und eine Aktivierung des Intentionsgedächtnisses durch schwierige nicht realisierte Absichten und die daraus resultierende Willenslähmung. Qualitativ weist die Analyse den BDI-Ergebnisse darauf hin, dass Schwierigkeiten in der Selbstwahrnehmung und negative Selbsteinschätzung auch eine Hemmung der Selbstprozesse bedeuten. Das kann keine Depression mit Angst, Panik oder anderen Syndromen bedeuten, sondern vielmehr eine Besonderheit der Depressivität im suizidalen Zustand.

Der suizidale Zustand wird auch dann verstärkt, wenn suizidgefährdete Menschen in schwierigen Situationen, die den positiven Affekt dämpfen, keine soziale Unterstützung finden. Die statistischen Ergebnisse aus dem Interview bestätigen

(Tab.2.14, Abb.2.1, Kap. II), dass ca. 75% der suizidalen Jugendlichen gar keine soziale Unterstützung bekam (nur 25% von der Mutter oder von Freunden). Diese Befunde stützen die theoretische Annahme, dass suizidale Jugendliche im Vergleich zu anderen Probanden deutlich weniger gar keine soziale Unterstützung bekommen (Hypothese 5).

Ihr soziales Umfeld kann sie nicht motivieren, wenn sie Schwierigkeiten bekommen, können sie sich nur auf sich selbst verlassen. Wenn man noch miteinbezieht, dass sich um die 75% der Personen aus der suizidalen Gruppe einsam fühlen und ein niedriges Selbstwertgefühl haben (Tab.2.11, Kap. II), dann wird deutlich, womit die Jugendlichen damit alleine fertig werden müssen. Weil sie keine äußere Unterstützung bekommen, ist es für sie besonders schwer, ihr Selbstwertgefühl alleine aufzubauen.

Bei der suizidalen Gruppe gibt es keine typischen Motive oder Auslöser für den Suizidversuch (Tab.2.15, Kap. II). Liebesverlust, Elternprobleme, Schulprobleme als mögliche Motive für den Suizid treten mit niedriger Häufigkeit auf (20-30% der Probanden), parallel zu allen diesen Motiven tauchte jedoch ein tiefes Gefühl von Lebenssinnverlust auf (90% der Probanden). Man kann vermuten, dass ihre Probleme oder Verluste stark ihr Selbst betreffen. Wenn sie Probleme bekommen oder jemanden verlieren, dann verlieren sie auch ihren Lebenssinn. Die Objekte des Geschehens sind sehr stark (vermutlich aufgrund von Identitätsproblemen in der Adoleszenzkrise) mit ihrem Selbst verbunden und können deshalb das Selbst schnell verletzen oder zerstören. Ihre ambivalenten Gefühle von Hass und gleichzeitiger Liebe und die damit verbundene Aggressivität, mit der sie nicht gut umgehen können, erleben sie eigentlich gegen sich selbst (Tab.2.16, Kap. II). Tatsächlich wenden diese Jugendlichen, die ihren Hass und ihre Aggression hauptsächlich gegen andere erleben, alle diese starken negativen Gefühle am Ende gegen sich selbst.

In der suizidalen Gruppe hatte fast die Hälfte der Probanden gesundheitliche Probleme über längere Zeit. Dazu kommt, dass jeder dritte unter dem Alkoholismus der Eltern (Koalkoholismus) leidet (Tab.2.8 und Tab.2.6, Kap. II). Im Ganzen war nur jeder Fünfte psychosomatisch gesund. Man kann vermuten, dass diese Leute besonders empfindlich auf verschiedene Stresssituationen reagieren und einfach weniger resistent als die anderen Probanden gegenüber Belastung und Stress sind.

Besonders die Probleme aus der frühen Kindheit könnten eine emotionale Belastung für die suizidale Jugendlichen sein. In jeder vierten Familie der suizidalen Probanden fehlte ein Elternteil zu Hause, und sobald die Eltern zusammen waren, hatten sie als Kinder Unruhe und Streit zwischen den Eltern erlebt und jeder zweite zusätzlich Alkoholismus. Solche Stresssituationen konnten viel Angst und Unsicherheit bei den Kindern induzieren, im Jugendalter hatte fast jede zweite Person nur einen Elternteil zu Hause (Tab.2.7, Tab.2.15, Kap. II). Bei jedem vierten der Probanden war ein Elternteil tot (bei 6 Familien).

Eine ähnliche Situation gab es auch in der Gruppe mit Suizidgedanken ohne Suizidversuche mit dem Unterschied, dass diese Probanden den Tod ihrer Eltern nicht erlebt hatten (Tab.2.7, Kap. II). In dieser Gruppe gab es ebenfalls viel Alkoholismus und ebenso viele Auseinandersetzungen zwischen den Eltern seit der Kindheit. Es fehlte fast bei jeder zweiten Familie ein Elternteil zu Hause. Es war festzustellen, dass die Lebenssituationen der Personen in beiden Gruppen sehr ähnlich waren und die äußeren Bedingungen immer ähnlich schwer. Der Unterschied zwischen den beiden Gruppen steckte also nicht in ihren sozialen und situativen Bedingungen, sondern im individuellen Umgang mit der schwierigen Situation, d.h. persönlichkeitspezifischen Dispositionen (wie z.B. Selbststeuerung, Persönlichkeitsstile, Sinngefühl etc.), die zur Bewältigung der Schwierigkeiten beitrugen bzw. den Defiziten in diesen Dispositionen, die zu einem erhöhten Suizidrisiko führten.

Selbststeuerungsfunktionen.

Die Selbststeuerungsmechanismen der suizidalen Gruppe sind allgemein weniger effizient als bei den anderen Gruppen, was für eine Volitionshemmung spricht. Sowohl die Komponenten der Willenshemmung (Volitionale Passivität, LOP, Konzentrationsschwäche), als auch die Komponenten der Selbsthemmung (Konformität, LOM) sind bei den suizidalen Probanden ausgeprägter als bei denen der Kontrollgruppe (Tab.4.1, Kap. II). Es wurde inzwischen empirisch nachgewiesen, dass viele psychische Erkrankungen wie Depressionen, Zwangserkrankungen, Angst- und Essstörungen mit einer aus affektiven Fixierungen resultierenden Volitionshemmung,

d.h. einer erhöhten Willenshemmung (LOP) und/oder einer erhöhten Selbsthemmung (LOM) einhergehen (Hautzinger, 1994; Kuhl, 2001) und dass die Suizidalität ebenso zu diesen Erkrankungen gehört, wie in der vorliegenden Arbeit empirisch bestätigt wurde.

Die suizidale Gruppe verfügt über verminderte Selbstregulationskompetenzen (besonders schwache Selbstmotivierung). Die suizidalen Jugendlichen können ihre selbstkongruenten Ziele und Absichten nicht umsetzen, weil ihr positiver Affekt gehemmt ist, sie also prospektiv lageorientiert (LOP) sind. Bei den Probanden wächst auch die Umsetzungswahrscheinlichkeit fremdbestimmter Ziele (Volitionale Passivität), weil sie keine Energie (für die Rekrutierung positiven Affekts) und keine Anreizmotivation schaffen können (niedrige Selbstmotivierung), um ihre eigenen Ziele umzusetzen.

Die suizidgefährdeten Menschen leiden unter intrusiven Gedanken, die ihre Konzentration auf zielbezogene Gedanken stören (Konzentrationsschwäche) und die immer häufiger in Suizidgedanken münden. Der gehemmte Zugang zum Selbstsystem und die Aktivierung des Intentionsgedächtnis (bei Willenshemmung) sind die Ursachen, dass sie sich durch Introjekte leiten lassen (Konformität) und spüren, dass sie nicht das tun, was sie eigentlich wollen (Fremdkontrolle). Da sie nicht ihre eigenen selbstrelevanten Ziele verfolgen (verminderte Selbstbestimmung), sondern oft unbewusst dazu neigen, fremde Ziele auszuführen (fehlinformierte Introjektion), erleben sie oft nach solchen Situationen starke Sinnlosigkeitsgefühle. Andererseits können sie sich nicht selbst motivieren, um auch schwierigen Situationen (z.B. Zielverfehlung, Frustration der Liebes- oder Zuwendungswünsche) etwas Positives abzugewinnen und hinter ihren eigenen Bedürfnissen und Werten zu stehen. Sie können die sinnstiftenden Werte und eigenen Wünsche nicht umsetzen (niedrige Selbstmotivierung vermindert auch Selbstbestimmung). Der Befund steht in Übereinstimmung mit den erwarteten schwachen Selbststeuerungskompetenzen bei den Probanden aus der suizidalen Gruppe (Hypothese 2.1).

Die Belastung (die mit LOP positiv korreliert), die mit dem Druck und den schwierigen Aufgaben sowie Frustrationserlebnissen wächst, wird für die selbstgesteuerte Affektregulation zu hoch und schwächt dadurch die Selbstprozesse noch mehr. Hohe Bedrohung (die mit LOM korreliert) und Lebensveränderungen beladen

das Selbst mit starkem negativem Affekt. Das schwache, gehemmte Selbst reagiert dann auf verschiedene Stressauslöser sehr empfindlich. Der Suizidimpuls bei den suizidalen Jugendlichen kann besonders gefährlich sein, da er sich direkt und in hohem Maße gegen die eigenen Prozesse des geschwächten Selbst richtet.

Die Pfadmodelle verdeutlichen, dass in der suizidalen Gruppe bei hoher Belastung die Selbstbestimmung sinkt und zur Suizidalität und Depressivität führt (Abb.5; Abb.9, Kap. III). Belastung vermindert die Affektkontrolle und die Selbstberuhigungskompetenzen zur Herabregulierung negativen Affekts, was ebenso das Suizidrisiko erhöht (Abb.13, Kap. III). Bei erhöhter Bedrohung wird durch steigende Zielfixierung das Intentionsgedächtnis aktiviert, so dass Ziele und Absichten generiert werden, die nicht umgesetzt werden können, was die Depressivität erhöht (Abb.5, Kap. III). Nach Belastung werden auch die impliziten Affekte schwer kontrollierbar. Bei hoher Belastung steigt die Angst nach Verlust der Liebes- und Geborgenheitswünsche und erhöht das Suizidrisiko (Abb.21, Kap. III).

Die Volitionsprozesse bei den parasuizidalen Jugendlichen zeigen viele funktionale Unterschiede im Vergleich zu der suizidalen Gruppe. Die Kompetenzen der Selbstregulation sind stärker ausgeprägt und schließen die Hemmung der Selbstprozesse aus. Die erfahrene Bedrohung und Belastung, ist signifikant niedriger, deshalb ist das Selbst nicht so geschwächt wie bei den Suizidalen. Wenn es nach Belastung zu einer gefährlichen Hemmung der Willensbahnung und der Initiative kommt, dann führt das über die Introjektion fremder Ziele zur Depressivität (Abb.3, Kap. III). Die parasuizidalen Probanden sind allgemein nonkonformistischer und handlungs-orientierter als die Suizidalen und die mit Suizidgedanken (ausgeprägte Funktionen der Willensbahnung). Niedrige Konzentrationsschwäche und handlungsorientiertes Verhalten (HOP) ermöglichen eine Willensbahnung und eine schnelle (oft unüberlegte, „nonkonformistische“) Ausführung ihrer Ziele und Absichten (die eine gegenregulatorische Wirkung auf die Depressivität haben kann). Bei der Gruppe findet man kein gehemmtes Selbst- und Ausführungssystem, sondern bei niedrigem Konformismus in Vergleich zur suizidalen Gruppe stark ausgeprägte handlungsorientierte, willensbahnende Funktionen (Lageorientierung hat den Vorteil, dass schmerzhaftere Ereignisse verarbeitet werden, statt Fehler zu verdrängen und rasch zu handeln). Bei vorzeitiger

Absichtsausführung fehlen gut (im IG) überlegte Handlungsoptionen und es kann zu einem impulsiven parasuizidalen Versuch kommen.

Bei der Gruppe mit Suizidgedanken sind im Gegensatz zur parasuizidalen Gruppe ausgeprägte willenshemmende Funktionen zu finden. Die Befunde bestätigen die gemäß Hypothese (2.2, 2.3) erwartete Lageorientierung (LOP) bei den Probanden mit Suizidgedanken. Außerdem leiden sie unter Intrusionen, die oft als Suizidgedanken auftreten (Konzentrationsschwäche). Sie haben bei der Ausführung der eigenen Absichten einen Energiemangel (LOP). Bei Belastung fehlen ihnen die selbstregulatorischen Kompetenzen, den positiven Affekt wiederherzustellen. Sie sind nach Belastung lageorientiert, analysieren oft ihre Lage, um schmerzhaftere Ereignisse (z.B. Frustrationen, schwierige Aufgaben) zu verarbeiten und können eigene Ziele nicht ausführen, weil ihre Willensbahnung gehemmt ist, und verfallen deshalb in Depressivität (Abb.6, Kap. III).

Die Belastung der Personen mit Suizidgedanken ist mit der der suizidalen Probanden vergleichbar, ihre Bedrohung ist jedoch deutlich niedriger. Ihr Selbst ist nicht so stark mit negativem Affekt beladen, und ihre Selbstregulationsprozesse sind ebenfalls nicht so stark geschwächt wie bei den Suizidalen, sondern mit denen aus der Kontrollgruppe vergleichbar (und deshalb eventuell auch nicht so autodestruktiv). Die Probanden mit Suizidgedanken erholen sich durch die guten Selbstkompetenzen nach negativen Ereignissen sehr schnell und können sich sehr gut mobilisieren. Sie nehmen ihre Belastung weniger wahr, weil sie sich schnell beruhigen, nachdem ein negativer Affekt aufgetaucht ist.

Persönlichkeitsstile.

Die Persönlichkeitskonstellation für die suizidale Gruppe ist durch folgende Stile (Tab.3.1, Kap. II) charakterisiert: Selbstbestimmt–AS, Zurückhaltend–SZ, Still–DP, Kritisch–NT und Spontan–BL (erhöhte Ergebnisse im Vergleich zur Kontrollgruppe in den PSSI-K–Skalen). Die suizidalen Jugendlichen ziehen sich stark zurück und zeigen seltener emotionale Beziehungen mit anderen (SZ), erleben häufiger das Gefühl von eigener Wertlosigkeit und Niedergeschlagenheit (DP). Sie fühlen sich manchmal

missverstanden und ungerecht behandelt (NT). Sie empfinden das Gefühl von innerer Leere und Identitätsproblemen und zeigen starke emotionale Impulsivität (BL). Das Persönlichkeitsprofil der suizidalen Gruppe ist durch ausgeprägte Aggressivität gekennzeichnet. Die mangelnde Impulskontrolle der Aggressivität (BL) mit einer hohen passiv-aggressiven Komponente (NT) ist bei den suizidalen Jugendlichen in Zusammenhang mit Rücksichtslosigkeit und Aggressivität bei der Durchsetzung ihrer eigenen Ziele (AS) sehr lebensgefährlich.

Ferner wurden innerhalb der suizidalen Gruppe drei Untergruppen von Personen herausgefunden, die erhöhte Werte (über eine Standardabweichung) im Vergleich zu den übrigen drei Gruppen in bestimmten Persönlichkeitsstilen zeigen. Die erste Subgruppe war mehr antisozial und depressiv, die zweite mehr negativistisch und borderline, die dritte hatte etwas von beiden und war mehr negativistisch und depressiv.

Die Annahme, dass bei suizidalen Jugendlichen eine hohe Depressivität mit einer hohen antisozialen Komponente zusammenkommt, wurde aus klinischen Beobachtungen abgeleitet. In diesen Studien wurde sie durch empirische Befunde bestätigt (Abb.3.10, Kap. II). Die depressive, hoffnungslose Stimmung mit verhaltenshemmender Wirkung, kann durch rücksichtsloses Durchsetzungsvermögen (die durch Herabregulierung von negativem Affekt beim selbstbestimmten Stil zustande kommt) ersetzt werden und aufgrund hoher Aggressivität zu einem Selbstmord führen.

Die zweite Subgruppe der suizidalen Probanden ist durch hohe Werte in der Borderline- und Negativismusskala gekennzeichnet (Abb.3.11, Kap. II). Die passiv-aggressive Komponente mit dem Gefühl, missverstanden und ungerecht behandelt zu werden, die hohe Impulsivität und die Identitätsprobleme, Sinnlosigkeit und das Gefühl der inneren Leere, können dazu beitragen, dass sich die innere, starke passive Aggressivität, bei impulsivem Verhalten gegen die eigenen Prozesse des schwachen Selbst wendet kann.

Die dritte Gruppe mit depressiven und passiv-aggressiven Personen ist durch solche Widerstände wie Kritik gegenüber den anderen und gleichzeitiger Selbstkritik, soziale Ungerechtigkeits- und Schuldgefühle gekennzeichnet (Abb.3.12, Kap. II). Die Personen fühlen sich missverstanden und wertlos. Der Grund, dass es den anderen besser als ihnen geht, finden sie meist in sich selbst, in der eigenen Unfähigkeit. Ihre

Niedergeschlagenheit und Hoffnungslosigkeit führt wahrscheinlich dazu, dass sie die passive Aggressivität am Ende in ihren impulsiven Handeln nicht gegen die anderen, sondern in einem suizidalen Akt gegen sie selbst wenden.

Die charakteristischen Merkmale der suizidalen Gruppe im PSSI-K (Kritisch-NT, Selbstbestimmt-AS, Spontan-BL, Still-DP) findet man auch in der Gruppe mit Suizidgedanken (Tab.3.1, Kap.II). Andererseits präsentiert diese Gruppe höhere Werte als die suizidale und parasuizidale Gruppe in den Stilen Ahnungsvoll (ST), Optimistisch (RH) und/oder Ehrgeizig (NA), die mit einer hohen Belohnungs-sensibilität (A+) verbunden sind und unterscheidet sich von der anderen Gruppen deutlich.

Die Personen mit Suizidgedanken sind selbstbestimmt und oft rücksichtslos in ihrem sozialen Verhalten, instabil in ihrem Selbstbild und emotional impulsiv, fühlen sich oft missverstanden, ungerecht behandelt, leisten aber einen passiven Widerstand. Diese Jugendlichen sind sehr auf sich selbst konzentriert und selbstbestimmt, jedoch viel ehrgeiziger und optimistischer als alle übrigen. Im Vergleich zur suizidalen Gruppe erleben sie ihre Probleme mehr in ihrer Phantasie, ihre Suiziddynamik läuft wegen der hohen, ahnungsvollen Persönlichkeitsstils mehr auf der Phantasieebene ab (z.B. Gedanken über Tod). Ihre Suizidgedanken sind kurzfristig und vorübergehend.

In Übereinstimmung mit den Hypothesen (1.3 und 1.4), zeigen die Probanden mit Suizidgedanken eine höhere Kapazität für positive Emotionalität (NA und RH) und vermögen schnell eine positive Stimmung selbst herzustellen. Sie sind ehrgeiziger, machen sich Mühe, um ihr positives Selbstbild aufrechtzuerhalten und sind trotz vieler Probleme positiv und optimistisch zum Leben eingestellt. Diese Personen können auch schwierigen Situationen etwas Positives abgewinnen und schnell handeln (als Bewältigungsstrategie benutzen sie oft das Leugnen und Flucht in die Phantasie) und nehmen somit Bedrohungserlebnisse weniger wahr.

Die parasuizidalen Jugendlichen zeigen hinsichtlich der Persönlichkeitskonstellation das Gegenteil der beiden vorherigen Gruppen (Tab.3.1, Kap. II). Sie sind weniger selbstbestimmt-AS als die beiden Gruppen, weniger still-DP als die Probanden nach dem ernsthaften Suizidversuch und weniger ahnungsvoll-ST und ehrgeizig-NA als die

Probanden mit Suizidgedanken. Sie sind dabei aber genauso kritisch-NT und spontan-BL wie die anderen beiden Gruppen, und auch diese beiden letzten Skalen unterscheiden sie von der Kontrollgruppe. Diese Befunde bestätigen die gemäß Hypothese (1.3) erwartete emotionale Instabilität und passiv-aggressive Persönlichkeitskomponente bei den parasuizidalen Probanden.

Die parasuizidalen Jugendlichen sind kritischer und passiv-aggressiver als die Kontrollgruppe. Sie finden oft, dass ihnen Unrecht getan wurde und können sich damit nicht abfinden. Sie fühlen sich missverstanden und suchen nach einem Weg, ihren negativen Affekt zu reduzieren (oft in Form einer Kritik an den anderen). In Übereinstimmung mit der Hypothese (1.3) zeigte sich bei den parasuizidalen Probanden die mangelnde Fähigkeit, eine positive Stimmung selbst herzustellen. Es könnte sein, dass sie (in der Adoleszenzkrise) ihre Probleme nicht gut bewältigen könnten. Auf Grund ihrer Instabilität und der Unfähigkeit, ihre Affekte zu regulieren, finden sie im Extremfall oft unkonventionelle und impulsive Lösungsansätze. Ihre plötzlich beabsichtigten, impulsiven Suizidversuche sind nicht als tödlich geplant, können aber große Aufmerksamkeit erzeugen und manchmal auch unangenehm auf ihre Umwelt wirken.

Lebenssinn und Suizidrisiko.

Die Ergebnisse aus dem *Lebenssinninventar* ergaben viele Unterschiede zwischen den Probanden der vier Gruppen (Tab.7.1, Kap. II). Die Gruppe mit Suizidgedanken empfindet genauso wie die suizidalen Probanden, die soziale Ablehnung des Suizids und die moralische Werthierarchie als unwichtig (*Soziale Ablehnung und Moralische Normen*). Ihr Verantwortungsgefühl gegenüber Familienangehörigen und ihr emotionaler Bezug zur eigenen Familie sind ebenfalls schwach. Diese Personen haben aber viel mehr Furcht vor dem eigenen Selbstmord als die suizidale Gruppe. Ihr Leben empfinden sie als sinnvoller und sehen es optimistischer als die suizidalen Probanden. Der Glaube an den Sinn des Lebens und ihre eigene Selbsteffizienz gibt ihnen wahrscheinlich immer neue Motivation, schwierige Aufgaben zu meistern und schmerzhaft Erfahrungen zu verarbeiten, und wirkt trotz Suizidgedanken einem Suizidversuch entgegen.

Die Werte der parasuizidalen Probanden, sind für die ersten drei Subskalen der RFL-I (*Überlebens- und Bewältigungsüberzeugungen, Verantwortung für die Familie und Furcht vor Suizid*) niedriger als bei der Kontrollgruppe, jedoch höher als bei der suizidalen Gruppe. Personen nach dem Parasuizid beweisen mehr Lebenssinngedühl, Optimismus und Selbsteffizienz, einen intensiveren, emotionalen Bezug zu der Familie und letztlich mehr Furcht vor dem eigenen Selbstmord als die Jugendlichen nach dem ernsthaften Suizidversuch. Diese Ergebnisse bedeuten auch keine echte Suizidgefahr bei den Probanden nach dem Parasuizid, sondern eine Art „Abwehrstrategie“ oder „Problemlösung“ durch den Suizidversuch mit einer ausgeprägten Lust am Leben zu bleiben.

Die suizidalen Jugendlichen sind ihrer eigenen Einschätzung nach viel weniger selbsteffizient und optimistisch und empfinden deutlich weniger Lebenssinngedühl, weshalb sie auch keine Anreize finden, die sie motivieren. Absichten und schwierige Ziele können damit nicht mehr „zur eigenen Zufriedenheit“ umgesetzt werden. Die Furcht vor dem Selbstmord ist ebenfalls geringer als bei den Probanden der anderen Gruppen. Im Vergleich zu der Kontrollgruppe ist ihre emotionale Beziehung zur Familie sowie die Verantwortung für Familienangehörige schwächer. Die soziale Bewertung und Ablehnung ihres Suizidversuchs hatte für sie ebenfalls wenig Bedeutung. Eine moralische Wertehierarchie spielt für sie keine Rolle mehr. Diese Befunde stützen die Hypothesen (8, 8.1), dass wenn die suizidalen Probanden starke Lebenssinngedühle erleben und auch wenig Selbsteffizienz zeigen, sie keine Furcht haben, sich das Leben zu nehmen, wodurch das Suizidrisiko direkt erhöht wird.

Gemäß der Ergebnisse des RFL-I der vorliegenden Arbeit schätzen die Personen nach einem ernsthaften Suizidversuch ihren Optimismus und ihre Selbsteffizienz viel niedriger ein. Das allgemeine Lebenssinngedühl und die Furcht vor dem Suizid sind bei ihnen niedrigerer, als bei der Gruppe mit Suizidgedanken. Diese Ergebnisse belegen, im Gegensatz zu denen von Pinto und Mitarbeiter (1998), dass nicht nur keine Furcht vor dem Suizid, sondern im wesentlichen mehr ausgeprägte Sinnlosigkeitsgedühle und eine niedrige Selbsteffizienz für das Risiko eines ernsthaften Suizidversuchs verantwortlich sind.

Implizite Emotionalität und Suizidrisiko.

Ein Suizidversuch ist stark mit einer unbewussten Umkehrung der Aggressivität und impulsiven Affekten wie Angst oder Trauer verbunden, deshalb war es nötig, die impliziten, unbewussten Persönlichkeitsprozesse zu erforschen und die Untersuchung der Suizidalität mit dem projektiven Rorschachtest zu ergänzen. Der Rorschach-Suizidindex zeigte deutliche und meistens signifikante Effekte für die Gruppe nach dem ernsthaften Suizidversuch (Tab.8.1, Kap. II). Silberg und Armstrong (1992) belegten in ihren Studien, dass man durch die Auswertung von 4 der 6 Subskalen des Suizidindex für Adoleszente Probanden der suizidalen Gruppe von der Kontrollgruppe und von depressiven Patienten differenzieren kann. Bei 75% der Gruppe der suizidalen und depressiven Probanden tritt dieses Ergebnis auf. In der vorliegenden Arbeit wurde ein neuer Index für nichtdepressive Adoleszente zusammengestellt (Abb.9.1, Kap. II). Der neue, veränderte Rorschach-Suizidindex für Adoleszente differenzierte aufgrund von 4 der 7 Subskalen 77% der suizidalen Probanden (die Reliabilität des neuen Index erreichte einen Wert von $\text{Alpha} = 0.71$). In Übereinstimmung mit der Hypothese (9) und den Befunden von Silberg und Armstrong zeigten sich nach der Untersuchung mit dem Suizidindex für Adoleszente die erwarteten signifikanten Unterschiede zwischen den suizidalen, nichtsuizidalen und parasuizidalen Personen. Die Annahme, dass es sich um Unterschiede in der impliziten Selbstwahrnehmung und der Emotionalität handelt, wurde damit bestätigt.

Die parasuizidale Gruppe wird nur durch die negative Selbstbeobachtung charakterisiert. Nach den Ergebnissen in dem Paravergleich ist sie stärker als bei der Kontrollgruppe und der Gruppe mit Suizidgedanken ausgeprägt und liegt im Bereich der suizidalen Gruppe. Außerdem ist die Emotionalität der parasuizidalen Probanden nicht so stark gehemmt (durch Angst und Passivität) und ihre Denkprozesse sind nicht so unflexibel. Die parasuizidalen Jugendlichen haben nicht so stark ausgeprägte implizite impulsive Affekte (z.B. Aggressivität, Angst) wie die suizidalen Probanden, deshalb sind ihre Suizidversuche auch nicht so lebensgefährlich. Sie scheinen die Effekte ihrer Suizidversuche zu kontrollieren und die Überlebenschancen mit einzubeziehen.

Bei den suizidalen Probanden ist die negative Selbstbeobachtung sehr stark ausgeprägt ($FK + KF + K > 0$) und ihr Denken sehr unlogisch und unflexibel ($UNLOG > 9$). Das Ergebnis wird durch andere Befunde über unlogisches Denken und kognitive Rigidität bestätigt (Farberow, Litman & Schneidman, 1970). Ihre implizite negative Einstellung zu sich selbst verstärkt die negative Affektivität. Nach der PSI-Theorie wird der Zugang zum Selbst durch negativen Affekt gehemmt. Das Empfinden und die Einzelobjekterkennung, die für die Diskrepanzen zwischen den integrierten Selbstrepräsentationen und der Fixierungen auf einzelne negative Aspekte verantwortlich sind, werden verstärkt. Die Realitätswahrnehmung und Selbstwahrnehmung werden im Grunde genommen wieder tendenziell negativ ausgeprägt. Diese Befunde zeigen, die gemäß der Hypothesen (9.1, 9.5) erwarteten schwachen impliziten Selbstprozesse, die mit der kognitiven Unflexibilität und der negativen Selbstbeobachtung zusammenhängen.

Wie bei den depressiven Patienten ist der positive Affekt auch bei den suizidalen gehemmt. Bei einer positiven emotionalen Erregung der suizidalen Probanden tritt oft ein schmerzhafter negativer Affekt auf. Ihre positive Emotionalität wird durch Angst und Passivität gehemmt (Cc). Gehemmte positive Emotionalität führt gemäß der PSI-Theorie zu einer Aktivierung des Intensionsgedächtnisses. Gehemmter Selbstzugang und Aktivierung des IG bedeutet dabei auch eine einseitige Aktivierung der linken Hemisphäre.

Auch wenn die suizidalen Probanden eine innere Aggression gegenüber den anderen spüren ($M-$), wird diese keinen äußeren Ausdruck finden. Die Aggressivität kommt mit der Angst sie zu äußern zusammen (Schock auf Tafel 2) und wird unterdrückt. Gehemmte und unterdrückte Affekte werden am Ende schwer kontrollierbar und damit immer impulsiver ($FC < CF + C$). Diese Befunde sind vereinbar mit der Annahme (Hypothesen 9.2-9.4, 9.6), dass eine hohe negative (teilweise unterdrückte) Emotionalität bei mangelnder Affektkontrolle nicht mehr gut kontrollierbar ist. Die Impulsivität jenseits der Kontrolle des Ich führt offenbar dazu, dass sich die innere, starke Aggressivität in Form eines Affektimpulses (Suizidimpuls) letztlich in einem Suizidversuch gegen (die eigenen Prozesse) der geschwächte Ich-Struktur wenden kann (Umkehrung der Aggressivität gegen die eigene Person).

Einzelne Affekte wie Angst oder Aggressivität, sowie Beziehungen zwischen Affekten wie Angst vor eigener Aggressivität und ebenso Symptome, die durch affektive Beziehungen entstehen (z.B. Angst nach Liebesverlust mit Impulsivität), werden mittels der Rorschach Verfahren gemessen (Silberg & Armstrong, 1992; Exner, 1986; Piotrowski, 1970; Klopfer, 1967; Loosli-Usteri, 1958).

Das durch den Rorschachtest erfassbare Karenina-Syndrom der "Bedrohung der Ich-Struktur, aus Angst vor Liebesverlust und schwacher affektiver Ich-Kontrolle (von Impulsen, die dem Wertsystem widersprechen)" bildet eine echte Suizidgefahr und ist typisch für zahlreiche Selbstmordversuche, die besonders im Jugendalter aufgrund eines Liebesverlusts auftreten. Liebesbedürfnisse sind primäre und grundsätzlich stark mit der Selbststruktur (bzw. psychoanalytisch betrachtet mit der expliziten und impliziten Ich-Struktur) verbunden.

In der suizidalen Gruppe ist auf Grund der Angst vor Liebesverlust die (intellektualisierende) negative Selbstbeobachtung ($FK+KF+K>0$) mit niedriger Ich-Kontrolle ($M<(FM+m)$ bei $m>1$) von Affekten verbunden (Abb.8.8, Kap. II). Wenn die Ich-Kontrolle zu schwach ist, überwiegen unkontrollierbare Impulse, die dem Wertsystem des Probanden widersprechen. Sie werden als bedrohlich erlebt, weil die Abwehrmechanismen des Ich (z.B. introspektive Einsicht, Intellektualisierung) und die Ich-Kontrolle von Affekten die Ängste vor Liebesverlust nicht mehr beherrschen können. Dies bedeutet eine Gefährdung der Integration und Autonomie der ganzen Ich-Struktur (d.h. eine Angst mit Tendenz zur Verzweiflung) und erhöht die Suizidgefahr. Die Pfadanalyse der Befunde bestätigt, dass aus Belastung, die die Angst vor Verlust der Liebe oder Zuwendung und Impulsivität erhöhen, ein erhöhtes Suizidrisiko resultiert (dieser Effekt zeigte sich bei den übrigen drei Gruppen nicht).

Hemmung des Selbstsystems durch Affektkonfundierung

Die Pfadmodelle zu der Gruppe in suizidalem Zustand zeigten charakteristische „Kreuzerschaltungen“ (Konfundierungen) der Affekte. Selbstbestimmung wird durch Belastung (A(+)) blockiert, d.h. nicht durch negativen, sondern durch gehemmten positiven Affekt. Parallel erhöht Bedrohung (A-) die Zielfixierung, welche mit der Aktivierung des Absichtsgedächtnisses verbunden ist (Abb.5; Abb.9, Kap. III). Dies

bedeutet, dass es bei den Probanden dieser Gruppe eine Erhöhung des Suizidrisikos durch gegenseitiges Verstärken der Affekte gibt. D.h. der gehemmte positive Affekt wird mit dem negativen Affekt gekoppelt. Aufgrund der Konfundierung (Kopplung) von Affekten kommt eine einseitige Aktivierung der linken Hemisphäre zustande und wird die rechte Hemisphäre gehemmt.

Sobald die Personen frustriert sind (A(+)). d.h. ihre Ziele nicht erreichen oder Liebes- bzw. Zuwendungsverlust erfahren, erleben sie sofort Angst (A-), die das Selbst hemmt (Selbstbestimmung senkt) und die Depressivität erhöht. Liebesverlust (A(+)) aktiviert Angst (A-), wenn er mit Bestrafung oder Bedürfnisdruck verbunden ist, gemäß der 2. Modulationsannahme der PSI-Theorie, hemmt dies den Zugang zum Selbst. In einem anderen Fall wird bei Angst (A-) das Absichtsgedächtnis aktiviert (Bestrafung erhöht die Zielfixierung) und die Ausführung von Zielen und Absichten gehemmt (A(+)), was ebenso die Depressivität erhöht. In der Praxis bedeutet das: Bei hoher Angst (A-) kommt es zur Fixierung auf schwierige Aufgaben und Ziele („Zielfixierung“, A(+)), wenn Zielumsetzung mit Forderungen verbunden ist, d.h. mit schwierigen Lernaufgaben oder großen Zielen und Idealen. Das Absichtsgedächtnis wird aktiviert und die Handlungsausführung gehemmt.

Im Vergleich zu suizidalen Personen zeigen die Parasuizidalen die Konfundierung („Kreuzung“) der Affekte nicht (Abb.3, Kap. III). Für diese Gruppe ist die Hemmung des Willens und der Initiative gefährlich A(+). Belastung führt über die Introjektion fremder Ziele (*Konformität*) in die Depressivität (1 MA).

Personen mit Suizidgedanken werden depressiv, wenn selbstregulatorische Kompetenzen fehlen, um bei Belastung den positiven Affekt (A+) wiederherzustellen (LOP). Diese Verschaltung erhöht jedoch das Suizidrisiko nicht, solange keine Kreuzverschaltungen durch Affekte (Konfundierungen) zwischen den Systemen entstehen (Abb.6, Kap. III).

Im Unterschied zur Depressivität hängt das Suizidrisiko bei der suizidalen Gruppe mit Affektkonfundierung stärker von der Blockierung der Selbstbestimmung durch Belastung ab (A(+)) als von der durch Bedrohung (A-) verursachte Zielfixierung (Abb.9, Kap. III). Dies bedeutet, dass die Hemmung der Selbstprozesse durch z.B.

Verzicht, Kummer oder Frustration der Liebes- oder Zuwendungswünsche (A(+)) blockiert und gleichzeitig mit Angst oder Trauer (A-) gekoppelt ist. Sobald es zu Liebesverlust kommt, taucht sofort Angst auf, wenn sie mit Bestrafung (oder Bedürfnisdruck) verbunden ist. Angst vor Liebesverlust bedeutet, dass man die unangenehmen Gefühle des Verlassenwerdens (oder Frustration der Geborgenheits- und Zuwendungswünsche) nicht mehr in die Selbst-Struktur integrieren und keine entsprechenden Handlungsoptionen finden kann. Kognitive Rigidität (Neuringer, 1976, 1967, 1964) bedeutet eine Unfähigkeit, für entstehende Probleme eine entsprechende Lösungsstrategie im Intentionsgedächtnis zu bilden. Hoher negativer Affekt wie Angst oder Trauer, der nicht herabreguliert werden kann (durch Selbstberuhigung), hemmt den Zugang zum Selbst, was direkt auch eine niedrige, selbstkongruente Zielgenerierung (*Selbstbestimmung*) und geschwächte Prozesse des Selbst bedeutet, wodurch das Suizidrisiko erhöht wird (Umkehrung der Aggression gegen die Prozesse des eigenen Selbst).

Erlebte Frustration, die mit Angst einhergeht wird also für das Selbst bedrohlich. Die suizidgefährdeten Menschen sind nach Frustration der Liebes- bzw. Geborgenheitswünsche bei negativem Affekt (wie z.B. Angst) besonders sensibel und vulnerabel. Der Liebesverlust kann wegen der hohen „Selbstbeteiligung“ selbstbedrohlich, in diesen Fall sogar lebensbedrohlich sein. Der innere und äußere Druck bei Erfolgsmotivierten (Kuhl, 1972/1978) in einer Konfrontation mit Misserfolg hat starke negative Gefühle ausgelöst. Die hohe Sensibilität der Erfolgsmotivierten auf Misserfolg bzw. negativen Affekt tauchte deshalb auf, weil der Misserfolg wegen der hohen „Selbstbeteiligung“ selbstbedrohlich erlebt wird.

Liebesverlust (A(+)) mit Angst (A-) gekoppelt, deutet darauf hin, dass eine Hemmung des mit der rechtshemisphärischen Verarbeitungsleistung verbundenen Selbstzugangs immer mit einer extrem einseitigen Aktivierung des Intentionsgedächtnisses und der linken Hemisphäre verbunden ist. Es kommt zu einer Extremisierung in der einseitigen Aktivierung der linken Hemisphäre. Diese Befunde stimmen mit den Ergebnissen der neurobiologischen Suizidforschung überein, dass die linkshemisphärische Verarbeitungsleistung der suizidgefährdeten Menschen kein kreatives Potential hat, Mehrdeutigkeiten nicht registriert und die Realität nicht in einer polysemantischen Weise wahrnimmt (Rotenberg, 1999). Die rechte Hemisphäre ist nicht nur für die

Selbstwahrnehmung, sondern für das Sinnerleben und kognitive Flexibilität notwendig (Weinberg, 2002). Die verminderte Fähigkeit zur Selbstwahrnehmung und die Unfähigkeit, die Realität in polysemantischer Weise zu sehen, sind die Ursachen für ein ausgeprägtes Sinnlosigkeitsgefühl. In einem suizidalen Zustand ist Angst nach Liebesverlust oder einer anderen Frustrationserfahrung mit dem Erleben eines starken psychischen Schmerzes („Psychache“, Shneidman, 1993) verbunden. Negative Affekte wie Angst, Scham, Wut, Aggressivität u.a. steigern und verstärken die Hemmung des Selbstzugangs. Die Kopplung von Affekten (Affektkonfundierung) und das mit starkem negativen Affekt beladene Selbst beruht z.T. auf der suizidalen Unfähigkeit die affektiven Zustände (besonders die Angst und Aggressivität) selbstgesteuert zu regulieren (Lageorientierung). Entwicklungspsychologisch entsteht dieses Defizit durch unzureichende Außenregulation bei Affektäußerungen in früheren Entwicklungsphasen (Systemkonditionierung durch Widerspiegelung von Selbstäußerungen des Kindes).

Die Konfundierung der Affekte (z.B. Frustration (A(+)) und Angst (A-)), die die rechtshemisphärische Selbstwahrnehmung hemmen, erfordern hochinferente selbstregulatorische Maßnahmen, um das stressreduzierende Potential des Selbstsystems zu aktivieren. Bei Menschen in einem suizidalen Zustand sind Selbststeuerungskompetenzen notwendig wie einerseits die Selbstberuhigung, um negativen Affekt herabzuregulieren (4. MA der PSI-Theorie) und andererseits die Selbstmotivierung, um nach der Hemmung positiven Affekts wieder positiven Affekt zu rekrutieren (5. MA). Bei der selbstregulatorischen Abkopplung der Affekte war es wichtig, den Zugang zum Selbst wieder herzustellen um selbstregulatorische Mechanismen (wie Selbstmotivierung und Selbstberuhigung) einzusetzen. Dies erfolgte durch Aktivierung der hochinferenten Selbstrepräsentationen mittels Sinnstiftung in einer bestimmten Therapieintervention (siehe unter „Das Klinische Experiment“).

Aktivierung der Selbstrepräsentationen durch Sinnstiftung

Eine Therapieintervention mit Aktivierung der Selbstrepräsentationen (Selbstäußerung, Sinnstiftung, Erweiterung von persönlichen Werten und Optionen, Entfaltung

der persönlichen Bedeutung, u.a.) sollte den Personen in einem suizidalen Zustand mit einem gehemmten Zugang zum Selbst helfen, das Selbstsystem zu aktivieren.

Im Sinne der Affektkonfundierungshypothese sollte das Extensionsgedächtnis aktiviert werden, wenn das Selbst oder der Sinn nach Aktivierung der Selbstrepräsentationen gestiftet wurde, was sich in der Abkopplung der Affekte, Lustlosigkeit von Erregung bzw. Hilflosigkeit (größere Differenz zwischen den beiden Affekten) bemerkbar machen müsste. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass in der suizidalen Gruppe die RFL als Kennwert für Suizidalitätsschutz umso größer ist, je größer die Diskrepanz zwischen der Lustlosigkeit (A(+)) nach Selbstaktivierung und dem negativen Affekt (Hilflosigkeit oder Erregung, A(-)) nach Bestrafung ist (Tab.22, Tab.23, Kap. III). Der negative Affekt (Erregung bzw. Hilflosigkeit) bzw. die Kopplung von gehemmtem positiven und negativen Affekt reduzierten den Zugang zum Extensionsgedächtnis. Der Zugang zum EG wurde durch Selbstaktivierung und Sinnstiftung hergestellt und hat die Abkopplung der konfundierenden Affekte ermöglicht (der Lustlosigkeit von der Erregung bzw. Hilflosigkeit).

Wenn nach Aktivierung von Selbstrepräsentationen durch Sinnstiftung das Selbst angesprochen wurde, kommt es gemäß der 5. Modulationsannahme der PSI-Theorie auf die Aktivierung des Extensionsgedächtnis in Situationen an, die den positiven Affekt dämpfen (z.B. nach Frustration, Zielverfehlung, Schwierigen Aufgaben) und ebenso auf die Fähigkeit zur Selbstmotivierung, also positiven Affekt zu rekrutieren, der zur selbstkongruenten Zielbildung (Selbstbestimmung) und ihrer Umsetzung führt. Die mit Selbstmotivierung verbundene selbstgesteuerte Affektregulation führt zur Ausführung von Zielen und Absichten, die mit hochinferenten Selbstrepräsentationen übereinstimmen (Selbstbestimmung) und ist ein wichtiger Faktor gegen das Suizidrisiko. Die in dieser Arbeit durchgeführten Pfadanalysen und Mediationsanalysen weisen darauf hin, dass niedrige Selbstmotivierung ein Vermittler zwischen Belastung und niedriger Selbstbestimmung ist, und niedrige Selbstbestimmung die entscheidende positive Wirkung auf das Suizidrisiko ausübt (Abb.25, Kap. III). Die gegenregulatorische Wirkung auf das Suizidrisiko übt also eine gegenseitige Vermittlung und Unterstützung von Selbstmotivierung und Selbstbestimmung aus, da nur eine Zusammenarbeit dieser beiden Kompetenzen eine effiziente Handlungssteuerung ermöglicht (Kuhl, 2001). Der Zusammenhang der beiden Selbstregulationskompe-

tenzen und ihrer gegenseitige Unterstützung in Bezug auf die suizidale Gruppe wurde auch in der vorliegenden Arbeit (durch Mediationsanalyse) bestätigt (siehe Abb.10.4, Kap. II und Abb.25, Kap. III).

Die Handlungsbahnung durch positiven Affekt hat eine enorme Bedeutung in der Therapie des suizidalen Zustandes. Gemäß der Basismodulationsannahmen ermöglicht der positive Affekt indirekt (durch die Reduzierung des negativen Affekts) auch eine Aktivierung rechtshemisphärischer Funktionen des Fühlens und der Selbstregulation, die eine umfassende Einbindung sowohl kognitiver als auch emotionaler Prozesse in die Handlungssteuerung ermöglicht (Kuhl, 2001). Rechtshemisphärische Aktivierung fördert eine kognitive Flexibilität, neue selbstrelevante Problemlösungsoptionen (für das IG) und eine emotionale Affektregulation (durch Aktivierung des EG), die in der suizidalen Krise sehr stark gehemmt wurden.

Die Regressionsanalyse zeigte bei den Gruppen mit Suizidgedanken und denen nach einem Parasuizid (Tab.22 und Tab.23, Kap. III) einen negativen Zusammenhang zwischen den RFL als Kennwert für Suizidalitätsschutz und der Differenz zwischen den Affekten (Lustlosigkeit nach Selbstaktivierung und Erregung bzw. Hilflosigkeit nach Bestrafung). Diese Ergebnisse bedeuten im Gegensatz zu der suizidalen Gruppe, dass eine größere Diskrepanz zwischen den Affekten den Suizidalitätsschutz vermindert, und weisen darauf hin, dass gerade die Aktivierung der Selbstrepräsentationen und Sinnstiftung keine gute Therapie für die Personen der beiden Gruppen darstellen, da die Sinnstiftung und Selbstaktivierung die Reasons for Living als Suizidalitätsschutz nicht erhöhen. Die Personen der beiden Gruppen müssen ihre Krisen anders bewältigen, d.h. nicht durch Konfrontation mit dem Selbst (Selbstmotivierung und Selbstberuhigung), sondern möglicherweise durch Ablenkung vom Selbst auf andere Systembereiche (vgl. Showers & Kling, 1996).

Im Gegensatz zu den anderen zwei Gruppen profitierte die suizidale Gruppe, von der Kurztherapie mit Selbstaktivierung und Sinnstiftung. Nach der Kurztherapie zeigte sich eine signifikante Erhöhung des positiven Affekts (*Aktivierung* aus dem BEF-K), im Vergleich zu der Phase nach Bestrafung, sowohl bei Probanden mit hoher als auch

niedriger Selbstmotivierung, sowie im Vergleich zu den Gruppen mit Suizidgedanken und nach einem Parasuizid (siehe Tab.10.3, Kap. II).

Nach der Selbstaktivierung kam es zu einer Entkopplung der konfundierten Affekte, d.h. Abkopplung der Lustlosigkeit (A(+)) von Erregung bzw. Hilflosigkeit (A-), die dann die RFL als Kennwert für Suizidalitätsschutz erhöht (Tab.22 und Tab.23, Kap. III). Die gegenseitige Entkopplung der Affekte, die die Selbstaktivierung gemäß der 5. MA ermöglicht, führt dazu, dass Frustration (A(+)) oder Liebesverlust (A(+)) keine Angst mehr (A-) auslösen, die den Zugang zum Selbst hemmte und die suizidale linkshemisphärische Verarbeitung aktivierte. Diese Ergebnisse stimmen mit denen aus dem Experiment von Showers und Kling (1996) überein, dass nämlich die Personen mit der Fähigkeit zur emotionalen Dialektik und differenzierten Selbstrepräsentationen (hohe Gewichtung negativer Selbstaspekte und integriertes Selbst) von der Aktivierung des Selbst (nach dem Aufsatz „Wer bin ich“) profitierten, d.h. von der selbstbeteiligten Auseinandersetzung mit schmerzhaften Erlebnissen, und eine Verbesserung der Affektlage zeigten. Die Ablenkung von schmerzhaften Erlebnissen können sie dagegen nicht ertragen.

Durch die Kurztherapie mit Aktivierung der Selbstrepräsentationen und Sinnstiftung wurde bei den suizidalen Personen das Extensionsgedächtnis aktiviert und die selbstgesteuerte Affektregulation hergestellt und dadurch die emotionale Dialektik ermöglicht (selbstbeteiligte Auseinandersetzung mit negativem bzw. gehemmtem positivem Affekt). Durch die selbstbeteiligte Konfrontation mit schwierigen Erfahrungen wie z.B. Frustration und Liebesverlust (A(+)) wird positiver Affekt nach der früheren Hemmung wiederhergestellt (Selbstmotivierung) und selbstkongruente Ziele (Selbstbestimmung) aus dem Extensionsgedächtnis wieder umgesetzt (5. MA der PSI-Theorie). In der suizidalen Gruppe wurde die Annahme bestätigt (Hypothese 10), dass die Aktivierung der Selbstrepräsentationen (durch Sinnstiftung) direkt den Zugang zum Selbst aktiviert und die selbstgesteuerte Affektregulation u.a. die Entkopplung von Affekten und eine Rekrutierung positiven Affekts ermöglicht, was in einem suizidalen Zustand einen Schutz vor echter Suizidalität darstellt. Ob der Effekt langfristig anhält oder wiederholte Therapieinterventionen erforderlich sind, ist eine empirische Frage.

Literaturverzeichnis

- Abraham, K. (1982). *Gesammelte Werke in zwei Bänden und Werkausgabe*. Frankfurt/M.: Fischer.
- Ach (1910). *Über den Willensakt und das Temperament*. Leipzig: Quelle & Meyer.
- Achte, K. (1977). On some psychodynamic mechanisms associated with suicide. In suicide reasearch, *Psychiatria Fennica Supplementum*. 101-108. Helsinki
- Adam, K.S., Bouckoms, A., & Streiner, D. (1982). Parental loss and family stability in attempted suicide. *Arch. Gen. Psychiat.*, 39,(9), 1081-1085.
- Adam, K. S. (1990). Enviromental, psychological and psychoanalytic aspects of suicidal behavior. In S. J. Blumental & D. J. Kupfer (Eds.). *Suicide over the life cycle: risk factors, assessment, and treatment of suicidal patients*, p. 39-96 Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Adler, A. (1910). Über den Selbstmord, insbesondere den Schüler-Selbstmord. *Disskusionen des Wiener psychoanalytischen Vereins*. Wiesbaden: Bergman.
- Altshuler, L. L., Casanova, M. F., Goldberg, T. K & Kleinman, J. E. (1990). The hippocampus and parahippocampus in schizophrenic, suicide, and control brains. *Arch. Gen. Psychiat.*, 47, 1029-1034.
- Anaki, D., Faust, M. & Kravetz, S. (1998). Cereblar hemispheric asymmetries in processing lexical metaphors. *Neuropsychologia*, 36, 352-362.
- Appelbaum, S. A. & Holtzman, P. S. (1962). The color-Shading response and suicide. *Journal of Projektive Tehniques*. 26, 155-161.
- Apter, A., Bleich, A., King, R. A., Kron, S., Fluch, A., Kotler, M. & Cohen, D. J. (1993). Death without warning: a clinical postmortem study of suicide in 43 Israeli adolescent males. *Arch. Gen. Psychiat.*, 50, 138-142.
- Apter, A., Plutchik, R. & van Pragg, H. M. (1993). Anxiety, Impulsivity, and depressed mood in relation to suicidal and violent behavior. *Acta Psychiat. Scand.*, 87,1-5
- Arato, M., Takes, K., Tothfalusi, L., Magyar, K., Palkovits, M., Fresca, E., Falus, A. & MacCrimon, D. J. (1001). Reversed hemispheric asymmetry of imipramine binding in suicide victims. *Biol. Psychiatry*, 29, 699-702.
- Affra, S. (1982). Predicting adolescent suicidal behavior and the order of Rorschach measurements. *Journal of Personality Assessement*, 46, 563-568.

- Armstrong, J. & Silberg, J. L. (1992). The Rorschach test for predicting suicide among depressed adolescent inpatients. *Journal of Personality Assessment*, 59(2), 290-303.
- Arora, R. C. & Melzer, H. Y. (1991). Laterality and 3H-imipramine binding: studies in the frontal cortex of normal control and suicide victims. *Biol. Psychiatry*, 29, 1016-1022.
- Asberg, M., Traskman, L., Thoren, P. (1976). 5 HIAA in the cerebrospinal fluid: A biochemical suicide predictor? *Arch. Gen. Psychiat.*, 33(10), 1193-1197.
- Asberg, M. et al. (1984). CSF monoamine metabolites in melancholia. *Acta Psychiatr. Scand.*, 69(3), 201-219.
- Atkinson, J.W. (1957). Motivational determinants of risk-taking behavior. *Psychological Review*, 64, 359-372.
- Azarnow, J. R., Carlson, G. A. & Guthrie, D. (1987). Coping strategies, self-perceptions, hopelessness and perceived family environments in depressed and suicidal children. *J. Consul. Clin. Psychol.*, 55, 361-366.
- Bakwin, H. (1964). Suicide in children and adolescents. *Amer. J. Med. Women Assoc.* (19), 489-491.
- Bakwin, H. & Bakwin, R. M. (1966). *Clinical management of behaviour disorders in children*. Philadelphia, London: Saunders Company.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37, 122-147.
- Bar-Joseph, H. & Tzuriel, D. (1991). Suicidal tendencies and ego identity in adolescence. *Adolescence*, 25, 215-223.
- Baumann, N. (1998). *Selbst- versus Fremdbestimmung: Zum Einfluss von Stimmung, Bewusstheit und Persönlichkeit*. Unveröffentlichte Dissertation. Universität Osnabrück.
- Baumann, N. & Kuhl, J. (2003). Self-infiltration: Confusing assigned tasks as self-selected in memory. *Personality and Sozial Psychology Biulletin*, 29, 487-497.
- Baumeister, R. F. (1990). Suicide as escape from self. *Psychological Review*, 97, 90-113.
- Beaver, C. W. (1972). Hope and suicide in the concentration camp. In E. S. Shneidman (Ed.). *Death and the college student*. New York: Behavioral Publications.

- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelsohn, M., Mock, J. & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Beck, A. T. (1963). Thinking and depression: Idiosyncratic content and cognitive distortions. *Archiv. Gen. Psychiat.*, 9, 324-333.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects*. New York: Harper & Row.
- Beck, A. T., Davies, M. & Frederick. (1973). Classification and nomenclature in suicide prevention in the Seventies. In Resnik, B. & Hathorne, B. (Eds.). *Suicide prevention in the Seventies*. Washington: US Government Printing Office.
- Beck, A. T. Resnik, H., Lettieri, D (Eds.). (1974). *The prediction of suicide*. Maryland: The Charles Press.
- Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D., et al. (1974). The measurement of pessimism: the hopelessness scale. *J. Cons. Clin. Psychol.* 42, 861-865.
- Beck, A.T., Beck, R. & Kovacs, M. (1975). Classification of suicidal behaviors: I. Quantifying intent and medical lethality. *Amer. J. Psychiat.* 132, 282-287.
- Beck, A. T., Rush, A., Shaw, B. & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford.
- Beck, A. T., Ster, R. A., Beck, J. S. & Newman, C. F. (1993). Hopelessness, depression suicidal ideation and clinical diagnosis of depression. *Suicide Life Threat. Behav.* 23, 139-214.
- Beckman, J. (2002). Interaction of volition and recovery: In M. Kellmann (ED.), *Enhancing recovery: Preventing underperformance in athletes*. Champaign, IL: Human Kinetics.
- Bedrosian, R. C. & Beck, A. T. (1979). Cognitive aspects of suicidal behavior. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 9, 87-96.
- Bender, L. & Schilder, P. (1937). Suicidal preoccupations and attempts in children. *Amer. J. Orthopsychiat.*, 7, 225-234.
- Bertram, W. (1975). Das präsuizidale Syndrom in der Testpsychologie. *Suizidprophylaxe* 2, 184.
- Bieneier, K. & Burger, C. (1976) Selbstmordversuche und Abschiedsbriefe Jugendlicher. *Nervenarzt*, 47(3), 179-189.
- Biebrich, R. & Kuhl, J. (2000). *Selbststeuerung und affektive Sensibilität: Persönlich-*

- keitsspezifische Antezedenzen der Depressivität*. Eingereichtes Manuskript Universität Osnabrück.
- Binswanger, L. (1958). The case of Ellen West. In R. May, E. Angel & H. F. Ellenberger (Eds.), *Existence*. New York: Basic Books.
- Birleson, P. (1981). The validity of depressive disorder in childhood and the development of a self-rating scale: a research report. *J. Child Psychol.* 22, 73-77.
- Birtchnell, J. (1981). Some familial and clinical characteristics of female suicidal psychiatric patients. *Brit. J. Psychiat.* 138, 380-385.
- Blatt, S. S. Ritzler, B. A. (1974). Suicide and the representation of transparency and cross-sections on the Rorschach. *J. Cons. Clin. Psychol.* 42, 280-287.
- Blume Lewinsky, A. (1980). Suizidale Jugendliche. Grenzen und Möglichkeiten psychologischen Verstehens. Stuttgart: Enke.
- Bohm, E. (1985). Lehrbuch der Rorschachdiagnostik. Wien: Huber.
- Bower, G. H. & Hilgard, E. R. (1983). Theorien des Lernens. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss. Vol. 1*. New York: Basic Books.
- Bourgeois, M. (1991). Serotonin, impulsivity and suicide. *Human Psychopharmacology Clinical and Experimental*, 6(Suppl.), 31-36.
- Bradshaw, J. L. (1989). *Hemispheric specialisation and psychological function*. Chichester, England: Wiley.
- Braun-Galkowska, M. (1985). *Milosc aktywna*. Warszawa: PAX.
- Brent, D. A. Kollko, D. J., Allan, M. J. & Brown, R. V. (1990). Suicidality in affectively disordered adolescent inpatients. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry.*, 29, 586-593.
- Brown, G. L., Goodwin, F. K., Ballenger, J. C., Goyer, P. F. & Major, L. F. (1979). Aggression in humans correlates with cerebrospinal fluid metabolites. *Psychiatry Research*, 1, 131-139.
- Brown, G. L., Elbert, M., Goyer, P., Jimerson, D. C., Klein, W. J., Bunney, W. E., & Goodwin, F. K. (1982). Aggression, suicide, and serotonin: Relationships to CSF amine metabolites. *Amer. J. Psychiat.*, 139, 704-746.
- Brown, M., Levensky, E. R. & Linehan, M. M. (1997). The relationship between shame, and parasuicide in borderline personality disorder. Poster presented at the *Assotiation for the Advancement of Behavior Therapy*. New York, NY.

- Brown, G. L., Linnoila, M. I. & Goodwin, F. K. (1992). Impulsivity, aggression, and associated affects: Relationship to self-destructive behavior and suicide. In R. W. Mariss, A. L. Berman, J. T. Maltzberger & R. I. Yufit (Eds.), *Assessment and prediction of suicide*. New York: Guilford.
- Brownell, H. H., Simpson, T. L., Bihrlé, A. M., Potter, H. H. & Gardner, H. (1990). Appreciation of metaphoric alternative word meanings by left and right brain-damaged patients. *Neuropsychologia*, 28, 375-383.
- Brunstein, J. & Olbrich, E. (1985). Personal helplessness and action control: An analysis of achievement-related cognitions, self assessments, and performance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 1540-1551.
- Bühler, K. (1965). *Sprachtheorie: Die Darstellungsform der Sprache* (2. Aufl.). Jena: Fischer. Neudruck (1992), Stuttgart: Fischer.
- Clum, G. A., Patsiokas, A. T. & Luscomb, R. L. (1979). Empirically based comprehensive treatment program for parasuicide. *J. Cons. Clin. Psychol.*, 47, 937-945.
- Connell, D. K. & Meyer, R. G. (1991). The Reasons for Living Inventory and college population: Adolescent suicidal behaviors, beliefs, and coping skills. *J. Clin. Psychology*, 47, 485-489.
- Comer, R. J. (1995). *Abnormal Psychology*. 2nd ed. New York: Freeman and Co.
- Deutsch. ders. (1995). G. Sartory & J. Metsch (Hrsg.). *Klinische Psychologie*. Heidelberg, Berlin, Oxford: Spektrum.
- Costa, P. T. & Widinger, T. A. (1994). *Personality disorders and the five factor model of personality*. Washington, D. C.: American Psychological Association.
- Craik, F. I. M., Moroz, T. M., Moscovitch, M., Stuss, D. T., Winocur, G., Tulving, E. & Kapur, S. (1999). In search of the self: A positron emission tomography study. *Psychological Science*, 10, 26-34.
- Deci, E. L. & Ryan, R. M. (1991) A motivational approach to self: Integration and personality. In E. Dienstbier (ED.). *Nebraska Symposium on Motivation, 1990*, 237-288.
- Duberstein, P. R., Conwell, Y. & Caine, E. D. (1994). Age differences in the personality characteristics of suicide completers: preliminary findings from a psychological autopsy study. *Psychiatry*, 57, 213-224.
- Duberstein, P. R. & Conwell, Y. (1997). Personality disorders and completed suicide:

- A methodological and conceptual review. *Clin. Psychol.: Sci. Practice*, 4, 359-376.
- Dublin, L. & Bunzel, B. (1933). *To be or not to be: a study of suicide*. New York: Random House.
- Edmann, G. & Asberg, M. (1986). Skin conductance habituation and cerebrospinal fluid 5-hydroxyindoleacetic acid in suicidal patients. *Arch. Gen. Psychiat.*, 43(6), 586-592.
- Ellis, T.E., & Ratliff, K.G. (1986). Cognitive characteristics of suicidal and nonsuicidal psychiatric inpatients. *Cog. Ther. Res.*, 10(6), 625-634.
- Erikson, E. H. (1968). *Identity: Youth and crisis*. New York: Norton.
- Evans, J., Williams, J. M., O'Loughlin, S. & Howells, K. (1992). Autobiographical memory and problem-solving strategies of parasuicide patients. *Psychol. Med.*, 22, 399-405.
- Exner, J. & Wylie, J. (1977). Some Rorschach data concerning suicide. *J. Project. Tech. Pers. Assess.* 41, 339-348.
- Exner, J. & Wylie, J. (1986). *The Rorschach. A comprehensive system: Vol. 1 Basis-fundation*. New York: Wiley.
- Farberow, N. L. & McEwoy, L. (1970). Suicide among patients with anxiety or depressive reactions. In E. S. Shneidman, N. L. Farberow & R. E. Litman (Eds.). *Psychology of suicide*. New York: Science House.
- Farberow, N. L., Litman, R. E. & Shneidman, E. S. (1970). *The psychology of suicide*. New York: Science House.
- Faigel H. C. (1966). Suicide among young persons, a review of its incidence and causes, and methods for its prevention. *Clinical Pediatrics*. 5, 187-190.
- Field, T., Fox, N. A., Pickens, J. & Nawrocki, J. (1995). Relative right frontal EEG activation in 3- to 6- month old infants of depressed mothers. *Develop. Psychol.*, 31, 358-363.
- Firestone, R. W. (1997). *Suicide and the inner voice. Risk assessment, treatment, and case management*. London: International Educational and Professional Publisher.
- Flin, M. & England, B. G. (1995). Childhood stress and family environments. *Current Anthropology*, 36, 854-866.
- Frankl, V. E. (1959). *From death-camp to existentialism*. Boston: Beacon.
- Frankl, V. E. (1972/Orig. 1963). *Der Mensch auf der Suche nach dem Sinn*. Freiburg:

Herder.

- Freud, S. (1917). *Trauer und Melancholie*. GW Bd. X, Frankfurt/M: Fischer.
- Freud, S. (1920). *Jenseits des Lustprinzips*. GW Bd. XIII, Frankfurt/M: Fischer.
- Freud, S. (1926). *Hemmung, Symptom und Angst*. GW Bd. XIV, Frankfurt/M: Fischer.
- Freud, S. (1936). *Das ich und die Abwehrmechanismen*. München: Kindler Studien.
- Freud, S. (1940). *Abriss der Psychoanalyse*. GW Bd. XVII, Frankfurt/M: Fischer.
- Friedman, E. S. (1970). Hostility factors and clinical improvement in depressed patients. *Archives of General Psychiatry*. 23, 524-537.
- Frederick, J.C. (1977). Suicide in the United States. *Health Education*. 11/12, Vol.8.
- Fröhlich, S. & Kuhl, J. (2003). Das Selbststeuerungsinventar. Dekomponierung volitionaler Funktionen. In J. Steinmeier-Pelster & F. Rheinberg (Hrg.). *Diagnostik von Motivation und Selbstkonzept* (S. 221-257). Göttingen: Hogrefe.
- Furman, E. (1984). Some difficulties in assessing depression and suicide in childhood. In H. Sudak. & N. B. Rushforth (Eds.). *Suicide in the Young*. Boston: John Wright/PSG Inc..
- Fyer, M. R., Frances, A. J., Sullivan, T., Hurt, S. W. & Clarkin, J. (1988). Suicide attempts in patients with borderline personality disorder. *Am. J. Psychiat.*, 145, 737-9.
- Gadamer, H. G. (1972). *Wahrheit und Methode. Grundzüge einer philosophischen Hermeneutik*. Tübingen: Mohr.
- Goldberg, E. L. (1981). Depression and suicide ideation in the young adult. *Amer. J. Psychiatr.* 136, 34-39.
- Goldfried, M. R. Stricker, G. & Weiner, L. B. (1979). *Rorschach handbook of clinical and research applications*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Goschke, T. & Kuhl, J. (1993). The representation of intentions: Persisting activation in memory. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition*, 19, 1211-1226.
- Gould, R. E. (1965). Suicide problems in children and adolescents. *Amer. J. Psychol.*, 19(2), 228-246.
- Graae, F., Tenke, C., Bruder, G., Rotheram, M-J., Piacentini, J., Castro-Blanco, D., Leite, P. & Towey, J. (1996). Abnormality of EEG alpha asymmetry in female adolescent suicide attempters. *Biol. Psychiatry*, 40, 706-13.
- Grilo, C. M., Stanislow, C., Fehon, D. C., Martino, S. & McGlashan, T.H. (1999).

- Psychological and behavioral functioning in adolescent psychiatric inpatients. *Comp. Psychiatry*, 40, 422-428.
- Hansell, A., Lerner, H. D., Miden, R. S. & Ludolph, P. S. (1988). Single-sign Rorschach suicide indicators. *Journal of Personality Assessment*, 52, 658-699.
- Haschke, R. & Kuhl, J. (1994). Action control and slow potential shifts. In J. Draeger & R. Schwartz (Eds.), *Proceedings of the 41 st International Congress of Aviation and Space Medicine*. (207-211). Bologna: Monduzzi.
- Hautzinger, M. (1994). Action control in the context of psychopathological disorders. In J. Kuhl, & J. Beckmann (Eds.). *Volition and personality: Action versus state orientation*. Göttingen/Seattle: Hogrefe.
- Heckler, R. A. (1994). *Waking up, alive: the descent, the suicide attempt and the return to life*. New York: Ballantine.
- Heidegger, M. (1993/Orig. 1927). *Sein und Zeit*. 17 Aufl., Tübingen: Niemeyer.
- Hendin, H. (1976). Growing up dead: student suicide. In E. S. Shneidman (Ed.). *Suicidology: contemporary development*. New York: Grune and Stratton.
- Henseler, H. (1974). *Narzisstische Krisen zur Psychodynamik des Selbstmords*. Reinbeck: Rowohlt TB.
- Herman, J. L., Perry, J. C. & van der Kolk, B. A. (1989). Childhood origins of self-destructive behavior. *Am. J. Psychiat.*, 146, 490-495.
- Hertz, M. R. (1948). Suicidal figurations in Rorschach records. *Rorsch. Res. Exch. J. Project. Tech.* 12, 3-58.
- Higgins, E. T. (1987). Self-discrepancy: A theory relating self and affect. *Psychological Review*, 94, 319-340.
- Holden, R.R., Mendonca, J. D., & Mazmanian, D. (1985). Relation of response set to observed suicide intent. *Canad. J. Behav. Sci.*, 17(4), 359-368.
- Horney, K. (1995/Orig. 1937). *Der neurotische Mensch unserer Zeit*. Frankfurt/M: Fischer.
- Jacobs, W. J. & Nadel, L. (1985). Stress-induced recovery of fears and phobias. *Psychological Review*, 92, 512-531.
- Jacobson, R. (1963). *Esseias de Linguistique generale*. (Ed.). De Minuit. Paris.
- Jacobson, R. (1971). *Selected Writings*. Berlin, New York: Mouton.
- Johnson, J. E., Petzel, T. P., Hartney, L. M. & Morgan, R. A. (1983). Recall of impor-

- tance ratings of completed and uncompleted tasks as a function of depression. *Cognitive Therapy and Research*, 7, 51-56.
- Joiner Jr, T. E. & Rudd, M. D. (1996). Disentangling the interrelations between hopelessness, loneliness, and suicidal ideation. *Suicide Life Threat. Behav.*, 26, 19-26.
- Jones, N. A., Field, T., Davalos, M. & Pickens, J. (1997). EEG Stability in infants/children of depressed mothers. *Child. Psychiat. Hum. Dev.*, 28, 59-68.
- Jones, N. A., Field, T., Fox, N. A., Davalos, M., Malphurs, J., Carraway, K., Schanberg, S., & Kuhn, S. (1997). Infants of intrusive and withdrawn mothers. *Infant Behav. Dev.*, 20, 175-186.
- Johnes, N. A., Field, T., Fox, N. A., Lundy, B. & Davalos, M. (1997). EEG activation in 1-month-old infants of depressed mothers. *Dev. Psychopathol.*, 9, 491-505.
- Joseph, R. (1988). The right hemisphere: emotion, music, visual-spatial skills, body imagery, dreams, and awareness. *J. Clin. Psychol.*, 44, 630-673.
- Joseph, R. (1996). *Neuropsychiatry, neuropsychology, and clinical neuroscience*. Baltimore: Williams and Wilkins.
- Jöreskog, K. G. & Sörbom, D. (1993). *LISREL 8. Structural equation modeling with the SIMPLIS command language*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Jung, C. G. (1935/1975). *Über die Grundlagen der analytischen Psychologie*. Frankfurt: Fischer.
- Katsching, H. (1976). Prevention, intervention and subsequent action (postvention) in suicidal behavior. In World Health Organization WHO (Eds.). *Suicide and attempted suicide in young people*. Copenhagen.
- Kazdin, A. E., Rodgers, A. & Colbus, D. (1986). The Hopelessness Scale for Children: Psychometric characteristics and concurrent validity. *J. Cons. Clin. Psychology*, 54, 241-255.
- Kessel, N. (1965). Self-poisoning. *Brit. Med. J.* 2, 1336-1339.
- Klein, S. B. & Loftus, J. (1993). The mental representation of trait and autobiographical knowledge about the self. In R. S. Wyer & T. K. Srull (Hrsg.), *Advances in social cognition* (Bd. 5, S. 1-49). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Klerman, G. L. & Gershon, J. (1970). Imipramine effects upon hostility in depression. *J. Nerv. Ment. Dis.* 150, 127-132.
- Klingman, A., & Hochdorf, Z. (1993). Coping with distress and self harm: The impact

- of a primary prevention program among adolescents. *Journal of Adolescence*, 15, 121-140.
- Klopfer, B., Ainsworth, M. D, Klopfer, W. G. & Holt, R. R. (1954). *Developments in the Rorschach Technique. Vol. I: Technique and Theory*. New York: Harcourt, Brace & World.
- Klopfer, B. and others. (1956). *Developments in the Rorschach Technique. Vol. II: Fields of application*. New York: Harcourt, Brace & World.
- Klopfer, B. & H. H. Davidson. (1967). *Das Rorschach-Verfahren. Eine Einführung*. Berlin: Huber.
- Kloczowski, J. A. (1993). *Filozofia religii*. Krakbw: PAX.
- Kosky, R., Silburn, S., & Zubrick, S. (1986). Symptomatic depression and suicidal ideation: a comparative study with 628 children. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 174, 523-528.
- Kreitman, N. (1977). *Parasuicide*. London: Wiley.
- Kuhl, J. (1978). Situations-, Reaktions- und personbezogene Konsistenz des Leistungsmotivs bei der Messung mittels des Heckhausen-TAT. *Archiv für Psychologie* 130, 37-52.
- Kuhl, J. (1981). Motivational and functional helplessness: The moderating effect of state vs. action orientation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 40, 155-170.
- Kuhl, J. (1982). Handlungskontrolle als metakognitiver Vermittler zwischen Intention und Handeln: Freizeitaktivitäten bei Hauptschülern. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, 14, 141-148.
- Kuhl, J. (1983). *Motivation, Konflikt und Handlungskontrolle*. Heidelberg: Springer.
- Kuhl, J. (1994). Action versus state orientation: Psychometric properties of the Action-control-Scale (ACS-90). In J. Kuhl & J. Beckmann (Eds.), *Action control: From cognition to behavior* (S. 47-59). Göttingen/Toronto: Hogrefe & Huber Publishers.
- Kuhl, J. (1996 a). Personality, motivation, and volition: Arouseal, intrinsic motivation and neurophysiological correlates of self-control. In D. Ingvar & L. Sjöberg (Eds.), *Will and economic behavior*. Stockholm: University Press.
- Kuhl, J. (1996 b). Wille und Freiheitsleben: Formen der Selbststeuerung. In J. Kuhl & H. Heckhausen (Hrsg.). *Enzyklopedie der Psychologie: Motivation, Volition und Handlung. SR. IV, BD. 4*, 665-765.

- Kuhl, J. (1998). Wille und Persönlichkeit: Von der Funktionsanalyse zur Aktivierungsdynamik psychischer Systeme. *Psychologische Rundschau*, 49, 61-77.
- Kuhl, J. (2001). *Motivation und Persönlichkeit. Interaktion psychischer Systeme*. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.
- Kuhl, J. (2002). Entfremdung als Krankheitsursache: Von der Funktionsanalyse zum Langzeiterfolg prozessdiagnostisch unterstützter Intervention: Eingereichtes Manuskript. Universität Osnabrück.
- Kuhl, J. & Beckmann, J. (1994). *Volition and personality: Action versus state orientation*. Göttingen/Seattle: Hogrefe.
- Kuhl, J. & Fuhrmann, A. (1978). Decomposing self-regulation and self-control: The volitional components checklist. In J. Heckhausen & C. Dweck (Eds.). *Life span perspectives on motivation and control*, 15-49. Mahwah, Nj: Erlbaum.
- Kuhl, J. & Helle, P. (1986). Motivational and volitional determinants of depression: The degenerated-intention hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 247-251.
- Kuhl, J. & Helle, P. (1994). Motivational and volitional determinants of depression. In J. Kuhl & J. Beckmann (Eds.), *Volition and personality: Action versus state orientation* (S. 283-296). Göttingen/Seattle: Hogrefe.
- Kuhl, J. & Kazén, M. (1994). Volitional aspects of depression: state orientation and self-discrimination. In J. Kuhl, & J. Beckmann (Eds.). *Volition and personality: action versus state orientation* (S. 297-315). Göttingen/Seattle: Hogrefe.
- Kuhl, J. & Kazén, M. (1994a). Self-discrimination and memory: State orientation and false self-ascription of assigned activities. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 1103-1115.
- Kuhl, J. & Kazén, M. (1997). *Das Persönlichkeits-Stil-und-Störungs-Inventar (PSSI): Manual*. Göttingen: Hogrefe.
- Kuhl, J. & Kazén, M. (1999). Volitional facilitation of difficult intentions: Joint activation of intention memory and positive affect removes stroop interference. *Journal of Experimental Psychology: General*, 128, 382-399.
- Kuhl, J. & Völker, S. (1998). Entwicklung und Persönlichkeit. In H. Keller (Hrsg.). *Lehrbuch der Entwicklungspsychologie*, 207-240. Bern: Huber.

- Kuhl, J. & Weiß, M. (1994). Performance deficits following uncontrollable failure: Impaired action control or global attributions and generalized expectancy deficits? In J. Kuhl & J. Beckmann (Eds.). *Volition and personality: action versus state orientation* (S. 317-328). Göttingen/Seattle: Hogrefe.
- Lalande, A.. (1956). *Vocabulaire technique et critique de la philosophie. 1079-1081*. Paris.
- Laufer, M. (1993). *The suicidal adolescent*. London: Karnac Books.
- LeDoux, J. E. (1995). Emotion: Clues from the brain. *Annual Review of Psychology*, 46, 209-235.
- Leontiev, A. N. (1977). *Tätigkeit, Bewusstsein, Persönlichkeit*. Stuttgart: Klett.
- Levenson, M. (1974). Cognitive correlates of suicidal risk. In C. Neuringer (Ed.). *Psychological assessment of suicidal risk*. Springfield: Charles Thomas.
- Leveson, M. & Neuringer, C. (1971). Problem solving behavior in suicidal adolescents. *J. Cons. Clin. Psychol.*, 37, 433-436.
- Lewinsohn, P. M., Rhode, P. & Seeley, J. R. (1994). Psychosocial risk factors for future adolescent suicide attempts. *J. Cons. Clin. Psychol.*, 62, 297-305.
- Ley, R. G. & Bryden, M. P. (1979). Hemispheric differences in recognizing faces and emotions. *Brain and Language*, 7, 127-138.
- Ley, R. G. & Bryden, M. P. (1982). A dissociation between right and left hemispheric effects for recognizing emotional tone and verbal content. *Brain and Cognition*, 1, 3-9.
- Lindner, R. M. (1946). Content analysis in Rorschach work. *Rorschach Research Exchange*, 103, 121-129.
- Linehan, M. M. (1985). Suicidal people: one population or two? *A. NY. Acad. Sci.*, 487, 16-33.
- Linehan, M. M., Goodstein, J. L., Nielsen, S. L. & Chiles, J. A. (1983). Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: The Reasons for Living Inventory. *J. Cons. Clin. Psychology*, 51, 276-286.
- Linehan, M. M. & Nielsen, S. L. (1981). Assessment of suicide ideation and parasuicide: Helplessness and sozial desirability. *J. Cons. Clin. Psychology*, 49, 773-775.
- Linnoila, V.M. & Virkkunen, M (1992). Aggression, suicidality and serotonin. *J. Clin. Psychiat.*, 53(10, suppl.), 46-51.

- Linville, P. W. (1986). Self-complexity as a cognitive buffer against stress-related illness and depression. *Journal of Personality and Sozial Psychology*, 52, 663-676.
- Lipschnitz, D. S., Wienegar, R. K., Nicolaou, A. L., Hartnick, E., Wolfson, M. & Sou-twick, S. M. (1999). Perceived abuse and neglect as risk factors of suicidal behavior in adolescent inpatients. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 187, 32-39.
- Litman, R. E. (1970). Sigmund Freud on suicide. In E. S. Shneidman, N. L. Farberow & R. E. Litman (Eds.). *Psychology of suicide*. New York: Science House.
- Litman, R. E. (1970). Suicide as aucting-out. In E. S. Shneidman, N. L. Farberow & R. E. Litman (Eds.). *Psychology of suicide*. New York: Science House.
- Loosli-Usteri, M. (1958). Le test de Rorschach. *Internationale Zeitschrift für Erzie-hungswissenschaft. Bd. 5*, S. 304.
- Loosli-Usteri, M. (1958). *Manuel pratique du Test de Rorschach*. Paris.
- Löchel, M. (1981). Die präsuizidale Symptomatik bei Kindern und Jugendlichen. *Med. Diss.*, Heidelberg.
- Luria, A (1973/1992). *Das Gehirn in Aktion*. Hamburg: Rowohlt.
- Maltsberger, J. T. (1986). *Suicidal risk: the formulation of clinical judgment*. New York: University Press.
- Maltsberger, J. T. (1993). Confusion of body, the self and other in suicidal states. In A. Leenaars (Ed.). *Suicidology: essays in honor of Edwin S. Shneidman*. Northvale: Jason Aramson, p. 148-171.
- Markus, H. & Nurius, P. (1986). Possible selves. *American Psychologist*, 41, 954-969.
- Marszal-Wisniewska, M. (1992). Kwestionariusz sily Woli Kuhla. Adaptacja do wa-runkow polskich. In A. Elias & M. Marszal-Wisniewska (Eds.). *Temperament a rozwoj mlodziezy*, 101-120. Warszawa: Wyd. Inst. Psych. Polskiej Akademii Nauk.
- McCrae, R. R. & Costa, P. T. (1987). Validation of the five-factor model of personali-ty across instruments and observers. *J. Person. Soc. Psychol.*, 52, 81-90.
- McGuire, P. K. (1982). The problem of children`s suicide: Ages 5-14. *Inter. J. Offend. Ther. Compar. Crimin.*, 26(1). 10-17.
- Meerson, Y. A. (1986). Left and right brain hemispheres in the process of the estima-tion of the probability prognosois. *Fiziol. Chel.*, 12, 723-731.
- Mehlum, L., Friss, S., Vaglum, P. & Karterud, S. (1994). The longitudinal pattern of suicidal behavior in borderline personality disorder: a prospective follow-up study.

- Acta Psychiatr. Scand.*, 90, 124-130.
- Meneese, W. B. & Yutzenka, B. A. (1990). Correlates of suicidal ideation among rural adolescents. *Suicide Life Threat. Behav.*, 20, 206-212.
- Menninger, K. (1938). *Man against himself*. New York: Harcourt. Deutsch. ders. (1978). *Selbsterstörung, Psychoanalyse des Selbstmords*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Merloo, J. A. (1962). *Suicide as Mass Suicide*. New York, San Francisco, London: Grune-Stratton.
- Moss, L. M. & Hamilton, D. (1956). Psychotherapy of the suicidal patient. *Amer. J. Psychiat.*, 112, 814-820.
- Motto, J. A. & Bostram, A. (1990). Empirical indicators of near-term suicide risk. *Crisis*, 11, 52-55.
- Neisser, U. (1988). Five kinds of self-knowledge. *Philosophical Psychology*, 1, 35-59.
- Neuringer, C. (1961). Dichotomous evaluations in suicidal individuals. *J. Cons. Clin. Psychol.*, 25, 445-449.
- Neuringer, C. (1964). Rigid thinking in suicidal individuals. *J. Cons. Clin. Psychol.*, 28, 54-56.
- Neuringer, C. (1967). The cognitive organization of meaning in suicidal individuals. *J. Gen. Psychol.*, 76, 91-101.
- Neuringer, C. (1974). Self and other appraisals by suicidal psychosomatic and normal hospital patients. *J. Clin. Cons. Psychol.*, 42, 306.
- Neuringer, C. (1968). Divergences between attitudes towards life and death among suicidal, psychosomatic, and normal hospitalised patients. *J. Cons. Clin. Psychol.* 32, 59-63.
- Neuringer, C. (1974). *Psychological assessment of suicidal risk*. Springfield: Charles Thomas.
- Neuringer, C. (1976). *Current developments in the study of suicidal thinking*. In E. S. Shneidman (Ed.), *Suicidology: Contemporary developments*. New York: Grune & Stratton.
- Ohring, R., Apter, A., ratzoni, G., Weizman, R., Tyano, S. & Plutchik, R. (1996). State and trait anxiety in adolescent suicide attempters. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 35, 154-157.
- Orbach, I. (1997). A taxonomy of factors related to suicidal behavior. *Clin. Psychol.*

Sc. Practice, 4, 208-224.

- Orbach, I., Kedem, P., Herman, L. & Apter, A. (1995). Dissociative tendencies in suicidal, depressed, and normal adolescents. *J. Social Clin. Psychol.*, *14*, 393-408.
- Orbach, I., Lotem-Peleg, M. & Kedem, P. (1995). Attitude toward the body in suicidal, depressed, and normal adolescents. *Suicide Life Threat. Behav.*, *25*, 211-221.
- Orbach, I., Mikulincer, M., Cohen, D., King, R. & Stein, D. (1997). Thresholds and tolerance of physical pain in suicidal and nonsuicidal adolescents. *J. Cons. Clin. Psychology*, *65*, 646-652.
- Orbach, I., Stein, D., Palgi, Y., Asherov, J., Har-Even, D. & Elizur, A. (1996). Perception of physical pain in accident and suicide attempt patients: self-preservation vs. self-destruction. *J. Psychiat. Res.*, *30*, 307-320.
- Ornstein, R. (1972). *The psychology of consciousness*. San Francisco: Freeman.
- Ornstein, R., Herron, J., Johnstone, J. & Swencionis, C. (1979). Differential right hemisphere involvement in two reading tasks. *Psychophysiology*, *16*, 398-401.
- Osgood, C.E. & Walker, E.G. (1959). Motivation and language behavior: A content analysis of suicide notes. *J. Abnor. Psychol.* *59*, 58-67.
- Patsiokas, A. T., Clum, G. A. & Lucomb, R. L. (1979). Cognitive characteristics of suicide attempters. *J. Cons. Clin. Psychol.*, *47*, 478-484.
- Paykel, E. S., Myers, J. K., Lindenthal, J. J. (1974). Suicidal feelings in the general population: A prevalence study. *Brit. J. Psychiat.* *124*, 459-466.
- Paykel, E. S. (1980). A classification of suicide attempters by cluster analysis. In R. Farmer, S. Hirsch, (Eds.). *The suicide syndrome*. London: Croom Helm.
- Perrah, M & Wichman, H. (1987). Cognitive rigidity in suicide attempters. *Suicide Life Threat. Behav.*, *17*, 251-255.
- Paykel, E. S. (1991). Stress and life events. In L. Davidson & M. Linnoila (Eds). *Risk factors for youth suicide*. New York: Hemisphere.
- Peterson, Seligmen, M., E. P. & Vaillant, G. E. (1988). Pessimistic explanatory style is a risk factor for physical illness: A thirty-five year longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology*, *55*, 23-27.
- Philips, P. D. (1981). Der Werther-Effekt. Selbstmord und der Einfluss von Suggestion und Imitation. In R., Welz, H. Pohlmeier (Hrsg.). Weinheim: Beltz.
- Pine, C. J. (1981). Suicide in American Indian and Alaskan native tradition. *White*

Cloud J., 2(3), 3-8.

- Pinto, A & Whisman, M. A. (1996). Negative affect and cognitive biases in suicidal and nonsuicidal hospitalised adolescents. *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry*, 35, 158-165.
- Pinto, A., Whisman, M. A. & McCoy, K. J. M. (1997). Suicidal ideations in adolescents: Psychometric Properties of the Suicidal Ideation Questionnaire in a clinical sample. *Psychological Assessment*, 9, 63-66.
- Pinto, A., Whisman, M. A. & Conwell, Y. (1998). Reasons for living in clinical sample of adolescents. *J. Adolescence*, 21, 397-405.
- Piotrowski, Z (1950). A Rorschach Compendium, revised and explored. *Psychiatric Quarterly*, 24, 543-596.
- Piotrowski, Z. (1957). *Perceptoanalysis*. New York:McMillan.
- Piotrowski, Z. (1970). Test differentiation between effected and attempted suicides. In Wolff, K. (Ed.), *Patterns of self-destruction; depression and suicide*. Springfield: Carles, C. Thomas.
- Pohlmeier, H. (1971). *Depression und Selbstmord*. München: Urban & Schwarzenberg
- Pohlmeier, H. (1978). *Selbstmord und Selbstmordverhütung*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Poustka, F. (1985). Suizide und Suizidversuche im Kindes- und Jugendalter. In H. Remschmidt & M. Schmidt (Hrsg.). *Kinder- und Jugendpsychiatrie in Klinik und Praxis. BD. III*, S. 214-245.
- Raczek, S. W., True, P. K. & Friend, R. C. (1989). Suicidal behavior and personality traits. *J. Pers. Disord.*, 3, 345-351.
- Range, L. M., Hall, D. L. & Meyers, K. (1994). Hope, hopelessness, and suicidality in college students. *Psychological Reports*, 75, 456-458.
- Remschmidt, H. (1992). *Adoleszenz*. Stuttgart: Thieme.
- Reynolds, W. M. (1988). *Manual for the Suicidal Ideation Questionnaire*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Ricers-Owsiankina, M. A. (1977). *Rorschach Psychology*. New York: Krieger Publishing Company, Huntington.
- Ricoer, P. (1976). *Interpretation theory: Discourse and the surplus of meaning*. Forth Worth: Texas Christian University Press.

- Riedan, J. (1978). Suicide and transparency responses on the Rorschach: A replication. *J. Con. Clin. Psych.*, *46*, 1162-1163.
- Ringel, E. (1953). *Der Selbstmord, Abschluss einer krankhaften, psychischen Entwicklung*. Wien: Maudrich.
- Ringel, E. (1969). *Selbstmordverhütung*. Bern: Huber.
- Ringel, E. (1978). *Das Leben wegwerfen. Reflexionen über Selbstmord*. Wien: Herder
- Ringel, E. (1984). *Selbstschädigung durch Neurose. Psychotherapeutische Wege zur Selbstverwirklichung*. Wien: Herder.
- Rohde-Dachser, C. (1989). *Das Borderline-Syndrom* (4. Auflage). Bern: Huber.
- Rorschach, H. (1922). *Psychodiagnostik*. Wien: Hans Huber.
- Rosahl, S. K., Tennigkeit, M., Kuhl, J. & Haschke, R. (1993). Handlungskontrolle und langsame Hirnpotentiale: Untersuchungen zum Einfluss subjektiv kritischer Wörter (Erste Ergebnisse). *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, *2*, 1-8.
- Rotenberg, V. S. (1979). Word and image: the problem of context. *Dyn. Psychiatry*, *59*, 494-498.
- Rotenberg, V. S. (1985). Sleep dreams, cerebral dominance, and creation. *Pavlovian J. Biol. Sci.*, *20*, 53-58.
- Rotenberg, V. S. (1993). Richness against freedom: two hemisphere functions and the problem of creativity. *Eur. J. High Ability*, *4*, 11-19.
- Rotenberg, V. S. (1994). An integrative psychological approach to brain hemisphere functions in schizophrenia. *Neurosci. Biobehav. Rev.*, *18*, 487-495.
- Rotenberg, V. S. & Arshavsky, V. V. (1991). The psychophysiology of the brain hemisphere asymmetry: the entropy of the right hemisphere activity. *Integr. Physiol. Behav. Sci.*, *26*, 183-188.
- Rotenberg, V. S. & Weinberg, I. (1999). Human memory, cerebral hemispheres, and limbic system: a new approach. *Genet. Soc. Gen. Psychol. Monogr.*, *125*, 45-70.
- Roth, N. (1949). Disorders of the body image caused by lesions of the right parietal lobe. *Brain*, *72*, 89-111.
- Salk, L, Lipisitt, L. P. Sturmer, W. O. Reilly, B. M. & Levat, R. H. (1985). Relationship of maternal and prenatal conditions to eventual adolescent suicide. *Lancet*, *16*, 624-627.
- Sapolsky, R. M. (1985). Glucocorticoid toxicity in the hippocampus: temporal aspects

- of neuronal vulnerability. *Brain Res.*, 359, 300-305.
- Sapolsky, R. M. (1992). *Stress, the aging brain, and the mechanism of neuron death*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Sapolsky, R. M. (1996). Why stress is bad for your brain. *Science*, 273, 749-750.
- Sartre, P. (1976/Orig. 1943). *L'Être et le Néant. Essai d'ontologie*. Paris: Gallimard.
Deutsch: ders. (1962). *Das Sein und das Nichts. Versuch einer Phänomenologischen Ontologie*. Hamburg: Rowohlt.
- Sarwer-Foner, G. J. (1969). Depression and suicide – on some particularly high-risk suicidal patients. *Diseases of the Nervous System*, 30 (suppl), 104-110.
- Schechter, M. (1957). The recognition and treatment of suicide in children. In E. S. Shneidman & N. L. Farberow (Eds.). *Clues to suicide*. Toronto, London, New York: McGraw-Hill.
- Scheier, M. F. & Carver, C. S. (1992). Effects of optimism on psychological and physical wellbeing: Theoretical overview and empirical update. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 201-228.
- Schmajuk, N. A. & DiCarlo, J. J. (1992). Stimulus configuration, classical conditioning, and hippocampal function. *Psychological Review*, 99, 268-305.
- Schmidtke, A. (1981). Verhaltenstheoretische Erklärungsmodelle suizidalen Verhaltens
In R. Wetz, H. Pohlmeier (Hrsg.). *Selbstmordhandlungen*. Weinheim: Beltz.
- Schore, A. N. (1994). *Affect regulation and the origin of the self. The neurobiology of emotional development*. Hillsdale: Erlbaum.
- Schore, A. N. (1996). The experience-dependent maturation of a regulatory system in the orbital prefrontal cortex and the origin of developmental psychopathology. *Dev. Psychopathol.*, 8, 59-87.
- Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness: On depression, development, and death*. San Francisco, CA: Freeman.
- Seligman, M. E. P. (1991). *Learned optimism*. New York: Knopf.
- Shaffer, D., & Fisher, P. (1981). Suicide in children und young adolescents. In C. F. Wells & I. R. Stuart (Eds.), *Self-destructive behavior in children and adolescents*. New York: Van Nostrand Reinhold.
- Shaffer, D., & Gould, M. (1986). *A study of completed and attempted suicide in adolescents. Presented to the National Conference on Youth Suicide*. Oakland, CA.

- Shafii, M., Carrigan, S., Whittinghill, J.R., & Derrick, A. (1985). Psychological autopsy of completed suicide in children and adolescents. *Amer. J. Psychiat.*, 142(9), 1061-1064.
- Shaunese, K., Cohen, J.L., Plummer, B. & Berman, A. (1993). Suicidality in hospitalised adolescents: relationship to prior abuse. *Am. J. Orthopsychiat.*, 63, 113-119.
- Shneidman, E. S. (1961). Psycho-logic: a personality approach to patterns of thinking. In J. Kagan & G. Lesser (Eds.). *Contemporary issues in thematic apperception methods*. Springfield: Charles Thomas.
- Shneidman, E. S. (1966). Orientation toward death. In R. W. White (Ed.). *The study of Lives*. New York: Atherton Press.
- Shneidman, E.S. (1976). Suicide Notes Reconsidered. In *Suicidology, Contemporary Developments*. New York: Grune & Stratton.
- Shneidman, E. S. (1979). An overview: Personality, motivation, and behavior theories. In L. D. Hankoff & B. Einsidler (Eds.), *Suicide: Theory and clinical aspects*. Littleton, MA: PSG Pub. Co.
- Shneidman, E. S. (1980). *Deaths of man*. New York: Wiley.
- Shneidman, E. S. (1985). *Definition of suicide*. New York: Wiley.
- Shneidman, E. S. (1987). At the point of no return. *Psychol. Today*. Mar.
- Shneidman, E. S. (1991). The key to suicide. In personal correspondence.
- Shneidman, E. S. (1993). *Suicide as psychache: A clinical approach to self-destructive behavior*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Shneidman, E. S. (1996). *The suicidal mind*. New York: Oxford University Press.
- Shneidman, E. S., Farberow, N.L.(1957). The logic of suicide. In E. S. Shneidman, L. Farberow (Eds.). *Clues to suicide*. Toronto, London, New York: McGraw-Hill.
- Shneidman, E. S., Farberow, N.L.(1957). *Clues to Suicide*. New York: McGraw-Hill.
- Showers, C. J. & Kling, K. C. (1996). Organisation of self-knowledge: Implications for recovery from sad mood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 578-590.
- Sobel, M. (1982). Asymptotic confidence intervals for indirect effects in structural equations models. In S. Leinhardt (Ed.), *Sociological methodology* (pp. 290-312). San Francisco: Jossey-Bass.
- Solof, P. H., Lis, J. A., Kelly, T., Cornelius, J. & Ulrich, R. (1994). Risk factors for

- Suicidal behavior in borderline personality disorder. *Am. J. Psychiatry*, 151, 1316-1323.
- Sonneck, G. J. & Ringel, E. (1977). Technik der Krisenintervention. *Psychiat. Clin.* 10, 85-91.
- Soubrier, J. P. (1974). Modern aspects of and trend in self destructive behavior. In *Suicide and attempted suicide in young people*. Raport on conference. WHO, Luxemburg, 19-23. August, (15-19).
- Spitzer, M. (1996). Stress und Kognition. *Medizinische Monatsschrift für Pharmazeuten*, 19, 295-308.
- Springer, S. P. & Deutsch, G. (1993). *Left brain, right brain*. (4th edition). New York: Freeman.
- Squire, I. R. (1992). Memory and the hippocampus: A synthesis from findings with rats, monkeys, and humans. *Psychological Review*, 99, 195-231.
- Stanley, M., Virgilio, J., & Gershon, S. (1982). Tritiated imipramine binding sites are decreased in the frontal cortex of suicides. *Science*, 216, 1337-1339.
- Stanley, M., Stanley, B., Traskman-Bendz, L., Mann, J. J. & Meyendorff, E. (1986). Neurochemical Findings in suicide Completers and suicide Attempters. In R. W. Maris (Ed.), *Biology of Suicide*. New York: Guilford.
- Steinmetz, J. (1994). Brain substrates of emotion and temperament. In E. Bates & T. D. Wachs (Eds.). *Temperament: Individual differences at the interface of biology and behavior*, 17-46. Washington, DC: American Psychological Association.
- Stengel, E. & Cook, N. (1958). *Attempted Suicide*. London: Oxford University Press.
- Stengel, E. (1964). *Suicide and attempted suicide*. Baltimore: Penguin. Deutsch: ders. (1969). *Selbstmord und Selbstmordversuch*. Frankfurt/M: Fischer
- Stengel, E. (1974). *Suicide and attempted suicide* (2th edition). New York: Aronson.
- Stras-Romanowska, M. M. (1994). *W strone psychologii jako nauki humanistycznej*. Warszawa: PWN.
- Strozewski, W. (1990). Symbol i rzeczywistosc. In Janik, J. A. Lenartowicz, P. (Eds.), *Nauka – Religia - Dzieje. V Seminarium interdyscyplinarne w Castel Gandolfo, 8-11 Sierpien, 1988*, 145-160. Krakow: Wyd. Filoz. Tow. Jez.
- Tishler, C.L., McKenry, P.C., & Morgan, K.C. (1981). Adolescent suicide attempts: some significant factors. *Suic. Life-Threat. Behav.*, 11 (2), 86-92.

- Tolstoj, L. N. (1878 Orig.). *Anna Karenina*. Deuts. Übers. (1996). Frankfurt: Insel Verlag/Suhrkamp.
- Tulving, E. (1993). Self-knowledge of an amnesic individual is represented abstractly. In T. K. Srull & R. S. Wyer (Eds.), *Advances in social cognition* (vol. 5, p. 147-156). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Tulving, E., Kapur, S., Craik, F. I. M., Moscovitch, M. & Houle, S. (1994). Hemispheric encoding/retrieval asymmetry in episodic memory: Positron emission tomography findings. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 91, 2016-2020.
- Van Pragg, H. M. (1982). Depression, suicide and the metabolism of serotonin in the brain. *J. Affect Dis.*, 4, 275-290.
- Van Pragg, H. M. (1983). CSF 5-HIAA and suicide in nondepressed schizophrenics. *Lancet* 11, 977-978.
- Van Pragg, H. M. (1986). Affective disorders and aggression disorders: Evidence for a common biological mechanism. In R. W. Maris (Ed.), *Biology of suicide*. New York: Guilford.
- Vogel, H. (1992). Rorschach-Diagnostik. Eingereichtes Manuskript. Institut für Psychoanalyse der J.W. Goethe-Universität. Frankfurt/M.
- Vygotsky, L. S. (1978). *Mind in society: The development of higher psychological processes*. Cambridge: Harvard University Press.
- Wagner, B. M. (1997). Family risk factors for child and adolescent suicidal behavior. *Psychol. Bull.*, 121, 246-298.
- Wagner, B. M. & Cohen, P. (1994). Adolescent sibling differences in suicidal symptoms: the role of parent-child relationship. *J. Abnorm. Child. Psychol.*, 22, 321-327.
- Watson, D. & Tellegen, A. (1985). Toward a consensual structure of mood. *Psychological Bulletin*, 98, 219-235.
- Weinberg, I. (2000). The prisoners of despair: right hemisphere deficiency and suicide. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 24, 799-815.
- Weiner, B. (1974). *Achievement motivation and attribution theory*. Morristown, NJ: General Learning Press.
- Weishaar, M.E., & Beck, A. T. (1992). Clinical and cognitive predictors of suicide. In R. W. Maris, A. L. Berman, J. T. Maltzberger, & R. I. Yufit (Eds.), *Assessment and prediction of suicide*. New York: Guilford.

- Weissman, M. M., Fox, K., & Klerman, G. L. (1973). Hostility and depression associated with suicide attempts. *Amer. J. Psychiat.*, 130(4), 450-455.
- Weissman, M. M. (1974). The epidemiology of suicide attempts. *Arch. Gen. Psychiat.*, 30, 737-746.
- Weissman, M. M. & Paykel, E. (1974). *The depressed woman, a study of social relationships*. London, Chicago: University of Chicago Press.
- West, D. (1967). *Murder followed by suicide*. Cambridge Mass: Harvard University Press.
- Westen, D. (1994). Toward an integrative model of affect regulation: application of social-psychological research. *J. Pers.*, 62, 641-647.
- Westen, D., Muderrisoglu, S., Fowler, C., Shedler, J. & Koren, D. (1997). Affect regulation and affective experience: individual differences, group differences, and measurement using a Q-sort procedure. *J. Consult. Clin. Psychol.*, 65, 429-439.
- Wetzel, R. D. (1976). Hopelessness, depression and suicide intent. *Arch. Gen. Psychiat.* 33, 169-175.
- Wheeler, M. A., Strauss, D. T. & Tulving, E. (1997). Toward a theory of episodic memory: The frontal lobes and autonoetic consciousness. *Psychological Bulletin*, 121, 331-354.
- Whitton, T. (1978). EEG frequency pattern associated with hallucinations in schizophrenics and creativity in normals. *Biol. Psychiatry*, 13, 123-133.
- Williams, J. M. & Broadbend, K. (1986). Autobiographical memory in suicide attempters. *J. Abnorm. Psychol.*, 195, 144-149.
- Winner, E. & Gardner, H. (1977). The comprehension of metaphor in brain-damaged patients. *Brain*, 100, 717-729.
- Wolfgang, M. G. (1958). An analysis of homicide – suicide. *J. Clinic. Exper. Psychol.* 20, 335-349.
- Zawadzki, B., Strelau, J., Szczeplaniak, P. & Sliwinska, M. (1998). *Inwentarz Osobowosci NEO-FFI Costy i McCrae. Adaptacja polska*. Warszawa: Prac. Test. Psychol. PTP.
- Zlotnick, C, Donaldson, D., Spirito, A. & Pearlstein, T. (1997). Affect regulation and suicide attempts in adolescent inpatients. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 36, 793-798.

ANHANG

Anhang A.

Reasons for Living Inventory (Items by Subscale)

(Linehan, Goodstein, Nielsen, Chiles, 1983).

Die Beschreibung der Skalen des RFL-I, siehe Theoretischer Teil, Kapitel 4.1.

Anhang B.

NEO-FFI

(Costa, MacCrae, 1987)

Beschreibung der Skalen des NEO-FFI und Reliabilität der polnischen Version

(Zawadzki, Strelau et al., 1998, pp. 51, 79-80)

Anhang C.

Beck-Depressions-Inventar (BDI)

(Beck, A.T., 1967)

Anhang D.

PSSI-K

(Kuhl & Kazén, 1998)

Anhang E.

SSI-K

(Kuhl & Fuhrmann, 1997)

Beschreibung der Skalen des SSI-K, siehe theoretischer Teil, Kapitel 4.3.

Anhang F.

Befindlichkeits-Skala (BEF 3)

(Kuhl, 1998)

Anhang H.

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Anhang I.

Rorschach-Verrechnung

Die Anhänge können aus lizenzrechtlichen Gründen nicht veröffentlicht werden.