

Hobrücker, Bernard

Die Persönlichkeit von Jugendlichen mit Suizidhandlungen: Stichprobenvergleich und Klassifikation

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 32 (1983) 3, S. 105-114

urn:nbn:de:bsz-psydok- 29685

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

PsyDok

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek
Universität des Saarlandes,
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: psydok@sulb.uni-saarland.de

Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

INHALT

Aus Praxis und Forschung

<i>Bauers, W.:</i> Familientherapie bei stationärer Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen (Family Therapy in Connection with Clinical Psychotherapy for Children and Teenager)	224
<i>Buddeberg, B.:</i> Kinder mißhandelter Frauen – Struktur und Dynamik von Mißhandlungsfamilien (Children of Battered Wives – Structure and Psychodynamics of Violent Families)	273
<i>Büttner, M.:</i> Legasthenie – Langzeitverlauf einer Teilleistungsschwäche (Congenital Alexia – A Long Time Procedure)	45
<i>Castell, R., Benka, G., Hoffmann, I.:</i> Prognose enkopretischer Kinder bei stationärer Behandlung (Prognosis of Encopretic Children after Therapy on a Ward for Psychosomatic Diseases)	93
<i>Dellisch, H.:</i> Das symbiotisch-psychotische Syndrom (M.S. Mahler) (The Symbiotic Psychotic Syndrome According to M.S. Mahler)	305
<i>Diepold, B.:</i> Eßstörungen bei Kindern und Jugendlichen (Childhood Eating Disorders)	298
<i>Fries, A.:</i> Sprachstörungen und visuelle Wahrnehmungsfähigkeit (Speech Disorders and the Act of Visual Perceiving)	132
<i>Gehring, Th.M.:</i> Zur diagnostischen Bedeutung des systemorientierten Familienerstinterviews in der ambulanten Kinderpsychiatrie (The Relevance of Systemorientated Initial Family Interview for Diagnosis in Ambulant Child Psychiatry)	218
<i>Geuss, H.:</i> Ursachen der Wirksamkeit Tachistiskopischer Trainings bei Schreib-/Leseschwäche (Tachistoscopic Trainings with Dyslectic Children: Mechanism of Efficiency)	37
<i>Glanzer, O.:</i> Zur kombinierten Behandlung eines 12-jährigen mit dem Sceno-Material und dem Katathymen Bilderleben (Combined Treatment of a Twelve-Year-Old with Sceno-Test Methods and Guide Affective Imagery)	95
<i>Kind, J.:</i> Beitrag zur Psychodynamik der Trichotillomanie (Contribution to the Psychodynamic of Trichotillomania)	53
<i>Klessmann, E., Klessmann, H.-A.:</i> Anorexia nervosa – eine therapeutische Beziehungsfalle? (Anorexia nervosa – A Therapeutical Double Bind)	257
<i>Klosinski, G.:</i> Psychotherapeutische Team- und Elternberatung leukosekranker Kinder während der Behandlung unter Isolationsbedingungen (Psychotherapeutic Team-Consultation including the Parents of Leukosis Children Treated under Conditions of Isolation)	245
<i>Lehmkuhl, G., Eisert, H.G.:</i> Audiovisuelle Verfahren in der Kinder- und Jugendpsychiatrie: Diagnostische und therapeutische Möglichkeiten (Audio-Visual Methods in Psychiatric Treatment of Children and Juveniles: Diagnostic and Therapeutic Opportunities)	293
<i>Lempp, R.:</i> Abteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie in einem Klinikum: Aufgaben – Bedürfnisse – Probleme (Child-Guidance-Sections in a Clinical Center: Tasks – Needs – Problems)	161
<i>Meier, F., Land, H.:</i> Anwendung und Prozeßevaluation eines Selbstkontrollprogramms bei Enuresis diurna (Use and Process Evaluation of a Self-Control-Program in Case of Diurnal Enuresis)	181
<i>Merkens, L.:</i> Basale Lernprozesse zur Förderung der visuellen Wahrnehmungsfähigkeit bei Autismus, hirnorganischen Schädigungen und sensorisch-motorischen Deprivationen (Basic Training Processes for the Development of Visual Perception with Autism, Organic Brain Damage, and Sensorimotor Deprivation)	4
<i>Neeral, T., Meyer, A., Brähler, E.:</i> Zur Anwendung des GT-Paartests in der Familiendiagnostik (The Application of the „Gießen Test for Couples“ in Family Therapy)	278

<i>Neumann, J., Brintzinger-v. Köckritz, I., Leidig, E.:</i> Tussis hysterica – Beschreibung eines ungewöhnlichen Symptoms (Tussis hysterica – Case Description of an Unusual Symptom)	206
<i>Pauls, H.:</i> Rollenübernahmefähigkeit und neurotische Störung bei 10- bis 12jährigen Kindern – Eine Korrelationsstudie (Role-taking-ability and Neurotic Disturbances with Children Aged between 10 and 12 Years – A Study of Correlation)	252
<i>Paulsen, S.:</i> Die Familie und ihr zweites Kind – Erwartungen der Eltern während der Schwangerschaft (The Family and the Second Child – Expectations of the Parents during Pregnancy)	237
<i>Peltonen, R., Fedor-Freybergh, P., Peltonen, T.:</i> Psychopathologische Dynamik nach der Schwangerschaftunterbrechung oder das „Niobe-Syndrom“ der modernen Zeit (Psychopathological Dynamics after Procured Abortion or the Modern Niobe-Syndrome)	125
<i>Perinelli, K., Günther, Ch.:</i> Unverarbeitete Trauer in Familien mit einem psychosomatisch kranken Kind (The Role of a Disturbed Mourning Process in Psychosomatic Families)	89
<i>Saloga, H. W.:</i> Probleme des elektiven Mutismus bei Jugendlichen (Problems of Adolescent Elective Mutism)	128
<i>Schmidtchen, St., Bonhoff, S., Fischer, K., Lilienthal, C.:</i> Das Bild der Erziehungsberatungsstelle in der Öffentlichkeit und aus der Sicht von Klienten und Beratern (The Image of Child-Guidance Clinics among Members of the Public, Clients and Counselors)	166
<i>Schönke, M.:</i> Diagnose des sozialen Lebensraumes im Psychodrama (Diagnosis of Social Life Space in Psychodrama)	213
<i>Steber, M., Corboz, R.:</i> Zusammenhänge zwischen Geschwisterposition und Intelligenz sowie Persönlichkeit bei verhaltensauffälligen Kindern (Realations between Birth Order, Intelligence and Personality in Children with Problem Behavior)	67
<i>Steinhausen, H.-Ch.:</i> Elterliche Bewertung der Therapie und des Verlaufs bei kinderpsychiatrischen Störungen (Parental Evaluation of Therapy and Course of Child Psychiatric Disorders)	11
<i>Steinhausen, H.-Ch.:</i> Die elterliche Zufriedenheit mit den Leistungen und Erfahrungen im Rahmen einer kinder- und jugendpsychiatrischen Poliklinik (Parental Satisfaction in an Outpatient Child-Psychiatric-Clinic)	286
<i>Sturzbecher, K.:</i> Geschwisterkonstellation und elterliche Unterstützung oder Strenge (Sibling Configurations and Parental Support or Severity)	57
<i>Voll, R., Allehoff, W.-H., Schmidt, M. H.:</i> Fernsehkonsum, Lesegewohnheiten und psychiatrische Auffälligkeit bei achtjährigen Kindern (TV-Konsum, Reading Practice and Child Psychiatric Disorder in eight-year-old Children)	193
<i>Wiesse, J.:</i> Zur Funktion der Regression in der Adoleszenz (On the Function of Regression in Adolescence)	1

Pädagogik und Jugendhilfe

<i>Dellisch, H.:</i> Auswirkungen der Charakterstruktur in der Schule (Effects of Personality Structures in School)	76
<i>Ertle, Ch.:</i> Psychoanalytische Anmerkungen zum Handeln des Lehrers (A Psychoanalytical Approach to the Teaching of Behaviorally Disturbed Children)	150
<i>Hagleitner, L.:</i> Der sogenannte Animismus beim Kind (Child Animism)	261
<i>Hobrücker, B.:</i> Die Persönlichkeit von Jugendlichen mit Suizidhandlungen: Stichprobenvergleich und Klassifikation (The Personality of Adolescents with Parasuicides: Comparison of Samples and Taxonomic Klassifikation)	105

<i>Lauth, G.</i> : Erfassung problemlöserrelevanter Kognitionen bei Kindern (Assessment of Childrens Problemsolving Skills) . . .	142	lungsmöglichkeiten: Eine Erwiderung zu Leistikows „Wechselwirkungsmodell ...“	82
<i>Schulteis, J. R.</i> : Hat der Begriff verhaltensgestört unterschiedliche Dimensionen? (What does the Term Behaviorally Disturbed Mean according to Different Points of View) . .	16	<i>Leistikow, J.</i> : Stellungnahme zu „Die Klarheit des eigenen Weltbildes als wesentliche und grundsätzliche Voraussetzung therapeutischer Handlungsmöglichkeiten“ von Jürgen Hargens	85
<i>Will, H.</i> : Zur Tätigkeit und Ausbildung von Diplom-Psychologen in der Heimerziehung (Employment and Training of Certified Psychologists in Institutional Education)	71	In memoriam Heinz-Walter Löwenau	117
Berichte aus dem Ausland		Gerhard Nissen zum 60. Geburtstag	233
<i>Brinich, P. M., Brinich, E. B.</i> : Adoption und Adaption (Adoption and Adaption)	21	Reinhart Lempp zum 60. Geburtstag	267
<i>Martin, P., Diehl, M.</i> : Die Einweisung in ein ‚Mental Health Institute‘ als kritisches Lebensereignis – Aspekte der kognitiven Repräsentanz (Admission into a Mental Health Institute)	26	Hellmut Ruprecht – 80 Jahre	315
Tagungsberichte		Literaturberichte: Buchbesprechungen	
<i>Remschmidt, H.</i> : Bericht über den VII. Kongreß der Europäischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie vom 4.–8. Juli in Lausanne	312	<i>Häfner, H. (Hrsg.)</i> : Forschungen für die seelische Gesundheit. Eine Bestandsaufnahme der psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen Forschung und ihrer Probleme in der Bundesrepublik Deutschland	233
<i>Schmidt, M. H.</i> : Bericht über die 18. wissenschaftliche Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie vom 9.–11. Mai in Marburg	310	<i>Hauschild, Th.</i> : Der böse Blick	157
<i>Sellschopp, A., Häberle, H.</i> : Bericht über die zweite Arbeitstagung für Ärzte und Psychologen in der onkologischen Pädiatrie	114	<i>Kornmann, R., Meister, H., Schlee, J. (Hrsg.)</i> : Förderungs-Diagnostik. Konzept und Realisierungsmöglichkeiten	187
<i>Steinhausen, H.-Cb.</i> : Bericht über den Second World Congress of Infant Psychiatry vom 29.3.–1.4. 1983 in Cannes, Frankreich	186	<i>Leber, A. (Hrsg.)</i> : Heilpädagogik	157
Kurzberichte		<i>Mandl, H., Huber, L. (Hrsg.)</i> : Emotion und Kognition	269
<i>Hargens, J.</i> : Die Klarheit des eigenen Weltbildes als wesentliche und grundsätzliche Voraussetzung therapeutischer Hand-		<i>Mertens, W. (Hrsg.)</i> : Psychoanalyse: ein Handbuch in Schlüsselbegriffen	317
		<i>Österreichische Studiengesellschaft für Kinderpsychoanalyse (Hrsg.)</i> : Studien zur Kinderpsychoanalyse. Jb. I und II. . . .	234
		<i>Schneider, H.</i> : Auf dem Weg zu einem neuen Verständnis des psychotherapeutischen Prozesses	268
		<i>Zimmer, D. (Hrsg.)</i> : Die therapeutische Beziehung. Konzepte, empirische Befunde und Prinzipien der Gestaltung	316
		Mitteilungen: 34, 86, 116, 158, 188, 235, 270, 318	

Die Persönlichkeit von Jugendlichen mit Suizidhandlungen: Stichprobenvergleich und Klassifikation*

Von Bernard Hobrücker

Zusammenfassung

Eine Stichprobe von 50 Jugendlichen nach Suizidhandlungen wurde verglichen mit einer klinischen und einer Normalkontrollgruppe. Hierbei erweisen sich die Suizidenten als am deutlichsten depressiv und im Hinblick auf die übrigen Persönlichkeitsskalen zumeist ähnlich auffällig wie die klinischen Kontrollpatienten. Eine clusteranalytische Gruppierung hat neben „unauffälligen“ vor allem die Ermittlung

depressiver, dysthym neurotischer und hysterischer Persönlichkeiten zum Ergebnis. Diese Klassifikation, die deutlich mit einer symptomatologischen Klassifikation kovariert, hat auch im Bereich der von den Probanden dargestellten Problemschwerpunkte ihre persönlichkeitspezifischen Entsprechungen. Einige Implikationen für die Therapie der Suizidalität im Jugendalter werden abschließend angerissen.

Vorbemerkung

Im Laufe des letzten Jahrzehnts ist eine kontinuierliche Zunahme von „Suizidhandlungen“ zu beobachten (*Kreit-*

* Kurzfassung der Dissertation mit dem Titel „Persönlichkeitspsychologische Probleme bei jugendlichen Selbstmordversuchern“, vorgelegt an der Universität Dortmund (Referent: Prof. Dr. W. Piel)

mann (1980) schlägt statt der gewählten Bezeichnung den Begriff „Parasuizid“ vor), was nicht einheitlich für das ganze Bundesgebiet, wohl aber für einzelne Bundesländer gelten mag. Remschmidt (1982) ermittelte z.B. für Schleswig-Holstein eine Verdreifachung der erfaßten Suizidhandlungen von Jugendlichen seit 1956. Diese – auch in Laienkreisen unter der Thematik „Schülersebstmord“ intensiv diskutierte – Problematik des Anstiegs rief diesbezügliche Forschungsansätze in großer Zahl hervor. Hier scheint – so der Eindruck des Autors – der Schwerpunkt des Forschungsinteresses lange Zeit auf der Klärung kausaler Faktoren gelegen zu haben: Motivationslage, Anlässe für die Suizidhandlung, Umweltbedingungen, familiäres Klima sowie psychopathologische Entstehungsfaktoren dominierten gegenüber diagnostisch-therapeutischen Untersuchungsansätzen. Sperling beschrieb bereits 1972 dieses Dilemma folgendermaßen: „In dem sonst recht differenzierten Schrifttum über den Suizid fällt die Armut an psychotherapeutischen Überlegungen und praktischen Hinweisen auf.“

Die hier vorzustellende Untersuchung dient dem Aufgabenfeld der tertiären Suizidprophylaxe (siehe z.B. Sonneck, 1977), d.h. der Behandlung von Patienten, die bereits Suizidhandlungen unternommen haben, zur Vorbeugung von Rückfällen durch Behandlung zugrunde liegender Störungen.

1. Einleitung und Fragestellung

Bereits 1967 forderte Dührssen in einer Untersuchung an 11 Mädchen nach Suizidhandlungen dazu auf, „die Hoffnung auf eine einheitliche Klassifikation des (nur scheinbar) einheitlichen Phänomens ‚Selbstmord‘“ aufzugeben: „Wir müssen uns auch darauf gefaßt machen, daß die ‚psychodynamische Formel‘, die wir vielleicht finden, immer nur für einzelne Gruppen unter den Selbstmördern gültig sein kann.“ (Dührssen, 1980). Gleichwohl finden sich bis in die 70er Jahre hinein Versuche, mit testpsychologischen, also differentiellen Methoden, zur Entdeckung „des“ Suizidenten als einheitlichem Persönlichkeitstyp zu gelangen, etwa bei der Entwicklung präventiver Diagnostik.

Als Beispiel hierfür mag eine Untersuchungsreihe von Devries aus den 60er Jahren dienen (Devries 1966, Devries und Shneidman 1967): Durch eine Untersuchung diverser dem Suizid nahestehender Probandenstichproben versuchte Devries zur Konstruktion eines „Potential Suicide Personality Inventory“ zu gelangen, was jedoch die Suizidalitätseinschätzung bei gefährdeten Patienten kaum verbesserte. Versuche dieser Art, die auch im deutschen Sprachraum unternommen wurden (z.B. Storck 1972) wurden von Lester (1970) in einem methodenkritischen Aufsatz schon vom Ansatz her als wenig fruchtbar beurteilt.

In den 70er Jahren wurden zunehmend klassifizierende Untersuchungen über Suizidale, zumeist erwachsene Probanden, referiert. Katschnig und Sint (1973) erstellten eine Personenklassifikation über 276 Probanden anhand von acht Variablen: Alter, Geschlecht, Berufstätigkeit, Zahl stationärer Behandlungen, Suizidmethode, Alkohol als begleitende Droge, Bewußtseinszustand bei der stationären Aufnahme sowie „conflict“ versus „unhappiness“ als mögli-

che Motive der Handlung. Die taxonomische Prozedur ließ eine 7-Gruppen-Lösung sinnvoll erscheinen, bei welcher zwei Gruppen ca. 50% der Gesamtstichprobe ausmachen. In Anbetracht der geringen Spezifität der meisten Variablen im Hinblick auf eventuell stattgefundene psychopathologische Prozesse ziehen die Autoren weitreichende Schlußfolgerungen im Hinblick auf das Motivationsgefüge der Suizidenten.

Beispielsweise wird aus der Variablenkonstellation im Cluster II geschlußfolgert, daß es nicht unwahrscheinlich sei, daß man es hier mit Suizidhandlungen zu tun habe, bei denen statt eines wirklichen Todeswunsches der „Suizidversuch“ als Strategie verwendet werde, um mit Hilfe eines erpresserischen Mechanismus aus einer emotional besorgniserregenden Situation herauszugelangen.

Kiev (1976) untersuchte 298 Probanden nach Suizidhandlungen mit einem Variablensatz von 56 Items („Life Crisis Inventory“; siehe Kiev, 1977), bestehend aus Symptomdaten, diagnostischen „Eindrücken“, Motivationsdaten, Charakteristika der suizidalen Handlung sowie Daten über zwischenmenschliche Beziehungen und Konflikte. Auch hier wird eine 7-Gruppen-Clusterung als optimal eruiert, wobei die einzelnen Clusters wechselnd durch Handlungscharakteristika (z.B. „suizidale Geste“) oder psychiatrische Grobklassifikationen („chronisch fehlangepaßt“) beschrieben werden.

Unter dem Aspekt der Sorgfalt in Design und Durchführung der Untersuchung ist nach Meinung des Autors die Studie von Henderson et al. (1977) besonders hoch einzuschätzen. Die Autoren gelangen mit Hilfe eines standardisierten Interviews bei 350 suizidalen Probanden zu dem Ergebnis, daß sich unter Klassifizierungsbedingungen drei Typen voneinander unterscheiden lassen, die – grob dargestellt – wie folgt zu beschreiben sind:

- Typ 1: besteht aus Patienten, die in jeder Hinsicht durchschnittliche Variablenausprägungen zeigten, und bei denen es den Autoren nicht gelungen sei, spezifizierende Merkmale für das suizidale Geschehen zu eruieren: Sie seien schlicht ein „Rätsel“.
- Typ 2: Dies seien die im engeren Sinne depressiven Patienten, die nicht nach außen aggressiv, nicht „operant suizidal“ (im Sinne der Umweltmanipulation) und auch nicht ambivalent gegenüber ihrer Handlung seien. Sie seien vereinsamt und „entfremdet“.
- Typ 3: bestehe aus „operant suizidalen“, extrapunitiven und ambivalenten Probanden mit starken Beziehungsstörungen zum engeren Umfeld.

Will man die Typologie der Autoren schlagwortartig beschreiben, so lassen sich die psychopathologisch unauffälligen Probanden (Typ 1) von den im engeren Sinne depressiven Probanden (Typ 2) sowie den im Sinne einer hysterischen Persönlichkeit vorbelasteten Probanden (Typ 3) unterscheiden, wobei die Begriffswahl „hysterisch“ sich anlehnt an die Charakterisierungen, wie sie etwa Kretschmer (1958) oder Alarcon (1973) geben.

In der hier vorgestellten Untersuchung werden eine verallgemeinernde, d.h. nach einem einheitlichen Typus fahndende, sowie eine klassifizierende Forschungsstrategie verfolgt werden, da sich in den bisherigen Untersuchungen gezeigt hat, daß beiden Ansätzen Fragestellungen zugrunde liegen, die im Falle der Jugendlichen Suizidhandlungen noch

als ungeklärt gelten können: Wenn auch a priori festzustehen scheint, daß es den einheitlichen Typ des jugendlichen Suizidversuchers nicht gibt, vielmehr mehrere unterscheidbare Typen, so darf doch von einigen, allen gemeinsamen Auffälligkeiten des Erlebens ausgegangen werden. Unter diesem Aspekt ist Fragestellung 1 zu sehen:

1. Unterscheiden sich die Persönlichkeitskennwerte von Jugendlichen mit Suizidhandlungen von den Daten klinisch sonst auffälliger Jugendlicher sowie denen „normaler“ Jugendlicher?

Fragestellung 2 und 3 zielen dagegen auf Klassifikationsmöglichkeiten ab:

2. Lassen sich in der Stichprobe der Jugendlichen mit Suizidhandlungen Gruppen mit statistisch voneinander unterscheidbaren Persönlichkeitsprofilen bilden?
3. In welchem Zusammenhang stehen die empirisch ermittelten Persönlichkeitsgruppierungen zu symptomatologisch fundierten Diagnosen über die Probanden mit Suizidhandlungen sowie zu Untersuchungen in einem Teil der Stichprobe, die auf die Ermittlung von Problemschwerpunkten abzielen?

Vor Beantwortung dieser Fragenkomplexe seien noch die Klärung symptomatologischer und Suizid-motivierender Anlässe dargestellt.

2. Aufbau und Ablauf der Untersuchung

Die Zunahme poliklinischer Anmeldungen von suizidalen Patienten in der Abteilung Kinder- und Jugendpsychiatrie Kiel aus umliegenden intensivmedizinischen Behandlungseinheiten während der Jahre 1976 bis 1979 war Anstoß für dieses Projekt. Die Kriteriumsstichprobe wird somit „anfallend“ zusammengestellt mit 50 Jugendlichen, die 15 Jahre oder älter waren (5 Probanden waren zwischen 14;9 und 15 Jahre alt, wurden aber aufgrund ihres Reifestandes in die Kriteriumsstichprobe hineingenommen), damit für die Beantwortung der Persönlichkeitsfragebogen unter Reifungsaspekten eine hinreichende Reflexionsfähigkeit postuliert werden konnte. Dieser Stichprobe wurden zur Beantwortung der „verallgemeinernden“ Fragestellung Daten aus einer klinisch-jugendpsychiatrischen Stichprobe sowie einer Normalkontrollgruppe gegenübergestellt. Kriterien der Parallelisierung waren Geschlecht, Alter und Bildungsstatus. Für die klinische Kontrollgruppe hatte die Forderung erfüllt zu sein, daß jeder einzelne Proband nie eine Suizidhandlung unternommen hatte; ansonsten war die Stichprobe vom Störungsbild her unausgelesen.

Da es sich um eine anfallende Stichprobe handelt, ist die Geschlechterverteilung mit 43 Mädchen und 7 Jungen schief, was aber der zu erwartenden Geschlechter-Relation bei Suizidhandlungen im Jugendalter entspricht. Im Hinblick auf den Bildungsstatus (drei Sonderschulabgänger, 18 Hauptschüler/-abgänger, 16 Realschüler, 13 Gymnasiasten) ließen sich ebenso wie im Hinblick auf Geschlecht und Alter (Durchschnittsalter: 15,72 Jahre) parallele Stichproben erstellen. Die Normalkontrollgruppe setzte sich zusammen aus Hauptschülern, Realschülern und Gymnasiasten aus Kiel und dem Kieler Umland.

Zur Erfassung der Persönlichkeitsmerkmale wurde dem „Freiburger Persönlichkeitsinventar“ (FPI) von *Fahrenberg, Selg und Hampel* (1978) der Vorzug gegenüber anderen Meßverfahren gegeben, da es sich hierbei um ein vielfach bewährtes Instrument handelt, welches auch im Vergleich zu konkurrierenden Fragebogen (siehe z.B. *Hobi und Klär*, 1973) seinen Stellenwert insbesondere im klinisch-psychologischen Bereich behaupten kann.

In Fällen, in welchen der diagnostische Aufwand vertretbar war – wenn z.B. die Patienten nicht zur Weiterbehandlung an andere Institutionen verwiesen werden mußten (in 33 Fällen) –, kam als Explorationshilfe der „Problemfragebogen für Jugendliche“ (ab hier PfJ) zur Anwendung (*Süllwold u. Berg*, 1977), über dessen Verwendbarkeit in der Aufdeckung von Motivstrukturen bei jugendlichen Suizidenten schon berichtet wurde (*Hobrucker, Rambow und Schmitz*, 1980).

Die Symptomatik von 47 der 50 Probanden (die restlichen drei waren anamnestisch nicht hinreichend untersucht) wurde erfaßt mit Hilfe einer Liste von 40 Auffälligkeiten des Verhaltens und Erlebens, die im Anschluß an die Anamneseerhebung auszufüllen war. Aus Anamnese- und Explorationsdaten wurden ebenfalls die Motive für die Suizidhandlung (im Sinne des letzten relevanten Auslösers vor der Tat) erfaßt und einer von neun Kategorien zugeordnet (s. unten), wie sie bereits in der Arbeit von *Hobrucker, Rambow u. Schmitz* zur Anwendung kamen.

Die statistische Verarbeitung erfolgte im Falle des Drei-Gruppen-Vergleichs (Fragestellung 1) durch Varianzanalyse und paarweisen Vergleich mit t- bzw. F-Test; für die Klassifikation (Fragestellung 2) wurde eine parameterfreie Clusteranalyse (*Tücke*, 1976) gewählt. Die im Zusammenhang hiermit vorzunehmenden Signifikanzprüfungen werden ebenfalls parameterfrei durchgeführt (Fragestellung 3).

3. Darstellung der Ergebnisse

a) Motive für die Suizidhandlung

Tabelle 1 gibt Aufschluß über die Anlässe für die jeweilige Suizidhandlung, die bei 49 der 50 Probanden (42 w, 7 m) explorativ und anamnestisch ermittelt werden konnten.

Tabelle 1: Anlässe für Suizidhandlungen

	f	f %
Streit mit Vater	6	12,2
Streit mit Mutter	8	16,2
Streit mit Geschwistern	1	2,0
Streit mit Freund/Partner	12	24,5
Verlust der Gruppenintegration	3	6,1
Krankheit/seelische Störung	5	10,2
Leistungsprobleme	10	20,4
Verlust der geliebten Person	3	6,1
„suizidales Vorbild“	1	2,3
Summe	49	

Es zeigt sich, daß in 55% der Fälle Konfliktmotive den letzten Ausschlag für die Suizidhandlung lieferten, wobei die Konflikte mit Familienangehörigen (ca. 30% aller Anlässe) den größeren Anteil ausmachen. Unter den übrigen Anlässen bilden „Leistungsprobleme“, d.h. Schwierigkeiten oder Versagen in Schule bzw. Lehrstelle, einen weiteren Schwerpunkt mit 20,4%. Körperliches oder seelisches Leiden (in zwei Fällen unter erheblichen Sprechstörungen) folgen unter Häufigkeitsaspekt.

b) Symptomdaten und Diagnosen

In Tabelle 2 sind Erlebens- und Verhaltensauffälligkeiten aufgeführt, deren Vorkommenshäufigkeit in der Kriteriumsstichprobe fünf oder mehr beträgt.

Unter dem Aspekt der Auftretenshäufigkeit dominieren Symptome für „dysthymische Störungen“ (Eysenck u. Rachman, 1972). Innerhalb der Stichprobe beträgt die durchschnittliche Symptombelastung 6,19 bei einer Standardabweichung von 3,17. Ein Fünftel der Stichprobe zeigte auch nach Fremdbeurteilung (Anamneseerhebung, Exploration) nur drei oder weniger Symptome. Diese Probanden, die

Tabelle 2: Symptombhäufigkeiten in der Kriteriumsstichprobe

	f	f %
Stimmungslabilität	25	53,2
soziale Isoliertheit	20	42,6
allg. Ängstlichkeit	18	38,3
Versagen in Schule/Lehrstelle	17	36,2
Passivität, Initiativlosigkeit	16	34,0
Kopfschmerzen mehrmals im Monat	16	34,0
Essstörungen: Gier	13	27,7
Einschlafstörungen	13	27,7
Alkoholabusus über längere Zeit (Monate)	12	25,5
Fortlaufen	11	23,4
Nägelkauen	10	21,3
dauernde Verstimmtheit	10	21,3
Essstörungen, Unlust	9	19,1
Magenschmerzen mehrmals im Monat	8	17,0
Durchschlafstörungen	6	12,8
sexuelle Ängste	6	12,8
gehäuftes Fernbleiben von Schule/Lehrstelle	6	12,8
Tablettenabusus über längere Zeit	5	10,6
Diebstahl	5	10,6

Tabelle 3: Persönlichkeitskennwerte (T-Werte) im 3-Gruppen-Vergleich

FPI-Skala		Versuchsgruppe	Klinische KG	Normal-KG	Varianzhomogenität	Sign.	F-Bruch	Sign.
1 („Nervosität“)	\bar{x} s	55,52 10,63	54,78 9,10	48,30 7,28	B = 6,981	5%	entfällt	—
2 („Spontane Aggressivität“)	\bar{x} s	56,78 7,33	55,42 7,19	55,04 7,10	B = 0,0689	n. s.	F = 0,806	n. s.
3 („Depressivität“)	\bar{x} s	63,93 10,16	60,00 8,17	51,76 8,98	B = 2,407	n. s.	F = 35,66	1%
4 („Erregbarkeit“)	\bar{x} s	54,16 11,23	54,08 8,42	48,54 9,81	B = 14,316	1%	entfällt	—
5 („Geselligkeit“)	\bar{x} s	48,18 13,71	48,14 13,22	56,18 8,33	B = 6,391	5%	entfällt	—
6 („Gelassenheit“)	\bar{x} s	38,98 10,89	41,14 8,61	48,42 7,46	B = 7,337	5%	entfällt	—
7 („Reaktive Aggressivität, Dominanzstreben“)	\bar{x} s	49,80 10,16	47,64 8,76	49,40 8,33	B = 3,914	n. s.	F = 0,789	n. s.
8 („Gehemmtheit“)	\bar{x} s	58,20 11,06	58,00 8,63	51,84 9,40	B = 7,128	5%	entfällt	—
9 („Offenheit“)	\bar{x} s	54,64 7,56	54,48 8,34	54,22 9,29	B = 1,594	n. s.	F = 0,102	n. s.
E („Extraversion“)	\bar{x} s	51,08 11,98	49,36 11,22	54,64 7,96	B = 14,955	0,1%	entfällt	—
N („Emot. Labilität“)	\bar{x} s	60,54 10,26	58,40 8,48	50,80 10,01	B = 27,929	0,1%	entfällt	—
M („Maskulinität“)	\bar{x} s	42,24 8,98	43,30 8,87	52,12 6,29	B = 46,040	0,1%	entfällt	—

in der Regel auch keinerlei Hinweise auf eine länger-dauernde abnorme Entwicklung lieferten (abgesehen vielleicht von passager drohender Verwahrlosung in einzelnen Fällen) wurden diagnostisch als Jugendliche in „*Entwicklungskrisen*“ mit unspezifischem Verlauf erfaßt. Hierzu würden 25,5% der Stichprobe gehören.

Bei 55,3% der Probanden diagnostizierten wir anhand der Symptombelastung und der Symptomkombinationen „*neurotische Entwicklungen*“, dies insbesondere, wenn a) allein schon Häufigkeit und Art der Symptome zur Ausbildung eines „*Störungsbewußtseins*“ (Pongratz, 1973) beitragen, wenn darüber hinaus b) die Symptomkombination nicht die Diagnose „*Depression*“ nahelegt. Letztere wurde in 19,2% aller Fälle diagnostiziert, wenn die Kombination der Symptome gehäuft auf traurige Verstimmtheit, Passivität und Initiativeverlust bis zur Apathie, Tendenzen zur Regression, „orale“ Symptome sowie multiple psychovegetative Störungen hinwies (Hobrucker, 1982).

c) Persönlichkeitsdaten im Drei-Gruppen-Vergleich

Tabelle 3 gibt die Ergebnisse der Varianzanalyse wider. Es zeigt sich, daß bereits in der Prüfung der Varianzen bei 8 der 12 Skalen der Nachweis erbracht ist, daß die Stichproben unterschiedlichen Grundgesamtheiten entstammen.

Ein sehr signifikanter Unterschied der Stichprobenmittelwerte findet sich FPI 3 („*Depressivität*“). Auffallend ist, daß insbesondere in den Selbsteinschätzungen der spontanen und reaktiven Aggressivität (FPI 2 und 7) sowie der Offenheit (FPI 9) keine Unterschiede zwischen den drei Stichproben bestehen, anders als es vielleicht unter dem Blickwinkel von Suizidalität als „*Aggressionsumkehr*“ zu erwarten wäre, wo man eventuell eine erniedrigte oder aber erhöhte Aggressionsbereitschaft theoretisch postulieren könnte. Lediglich die – indirekt auf Aggressionsbereitschaft hinweisende – Skala FPI 4 („*Erregbarkeit*“) zeigt deutlich erhöhte Streuungen innerhalb der Kriteriumsstichprobe, so daß auf eine zwischen den Suizidenten sehr stark differierende individuelle Erregbarkeit geschlossen werden darf.

Der vorzeitige Abbruch der Varianzanalyse in 8 der 12 FPI-Skalen aufgrund von Varianzunterschieden läßt den Schluß zu, daß die fehlende Übereinstimmung zwischen den Stichproben unterschiedlich verteilt ist und ein paarweiser Gruppenvergleich lohnend ist, wie in Tabelle 4 dargestellt.

Die in Tabelle 4 dargestellten Ergebnisse zeigen in FPI 3 Unterschiede aufgrund der Mittelwertverteilungen und in FPI 4 unterschiedliche Varianzen zwischen allen drei Stichproben auf. Darüber hinaus bestehen zwischen den beiden klinischen Stichproben keine weiteren Unterschiede; in sieben weiteren FPI-Skalen aber (1, 5, 6, 8, E, N, M) unterscheiden sich Kriteriumsstichprobe und klinische Kontrollgruppe gleichermaßen von der Normal-KG.

d) Personengruppierung durch Clusteranalyse

Die Personengruppierung, bei der der Anstieg des Fehlerwerts über eine Beendigung des Gruppierungsprozesses Auskunft geben soll, konnte aufgrund der relativ geringen Stichprobengröße von 50 nur eine vergleichsweise kleine Anzahl resultierender Personenclusters zum Ergebnis haben, damit die gewonnene Clusterung weiterer statistischer

Tabelle 4: Paarweise Signifikanzprüfung der Persönlichkeitsparameter (t-Test bzw. F-Test)

	Stichprobenvergleiche		
	1–2	1–3	2–3
FPI 1		F = 2,13 (5%)	t = 3,93 (1%)
FPI 2			
FPI 3	t = 2,13 (5%)	t = 6,34 (1%)	t = 4,80 (1%)
FPI 4	F = 1,807 (5%)	t = 2,664 (1%)	t = 3,029 (1%)
FPI 5		F = 2,708 (1%)	F = 2,519 (1%)
FPI 6		F = 2,131 (5%)	t = 4,518 (1%)
FPI 7			
FPI 8		t = 3,098 (1%)	t = 2,827 (1%)
FPI 9			
FPI E		F = 2,265 (1%)	F = 1,987 (5%)
FPI N		t = 4,80 (1%)	t = 4,095 (1%)
FPI M		F = 2,038 (5%)	F = 1,99 (5%)

Stichprobe 1: Kriteriumsstichprobe

Stichprobe 2: Klinische KG

Stichprobe 3: Normal-KG

Überprüfung zugänglich war. Der Fehlerwertverlauf und die wechselseitige Überprüfung der resultierenden Gruppenparameter ließen eine Drei- sowie eine Vier-Gruppen-Lösung sinnvoll erscheinen. Tabelle 5 zeigt die Stichprobenparameter für die Drei-Gruppen-Lösung (A-B-C) sowie für die Vier-Gruppen-Lösung (A-B-C₁-C₂).

Eine erste Charakterisierung der einzelnen Personengruppen ließe sich wie folgt vornehmen:

Personencluster A: Hier liegen alle Parameter im Streubereich der Eichstichprobenmittelwerte des FPI ($T = 50 \pm 10$). Im Vergleich zu den Clustern B und C zeichnen sich diese Probanden durch relativ hohe Geselligkeit und Gelassenheit aus; „*Nervosität*“, *Depressivität*, emotionale Labilität sowie die Selbstbeurteilung in der Skala für Gehemmtheit sind dagegen deutlich niedriger.

Personencluster B: Deutlich erhöhte Werte im Vergleich zur Eichstichprobe des FPI zeigt diese Gruppe in den Bereichen *Depressivität*, *Gehemmtheit* und emotionale Labilität; dagegen sind *Geselligkeit* und *Extraversion*, reaktive Aggressionsbereitschaft und „*Masculinität*“ der Selbsteinschätzung deutlich geringer als die Eichstichprobanden und die Daten der Clustern A und C.

Personencluster C: Besonders hohe Werte zeigt diese Gruppe in den Skalen für *Nervosität*, spontane Aggressionsbereitschaft, *Depressivität*, *Erregbarkeit*, *Gehemmtheit* und emotionale Labilität.

Tabelle 5: Stichprobenmittelwerte in den Personenclusters
(Basis: Standard-T-Werte)

	Personencluster					
	A (n = 13)	B (n = 12)	C (n = 25)	C ₁ (n = 12)	C ₂ (n = 13)	
FPI 1	43,9	57,6	60,6	57,9	63,0	„Nervosität“
FPI 2	53,2	51,3	61,3	60,0	62,5	„Spontane Aggressivität“
FPI 3	53,7	66,5	68,0	68,5	67,5	„Depressivität“
FPI 4	46,9	44,9	62,4	60,8	63,8	„Erregbarkeit“
FPI 5	59,1	36,2	48,3	38,1	57,7	„Geselligkeit“
FPI 6	50,5	31,8	36,4	34,2	38,5	„Gelassenheit“
FPI 7	44,7	39,8	57,3	55,5	58,9	„Reaktive Aggressivität, Dominanzstreben“
FPI 8	48,5	62,3	61,3	69,1	54,2	„Gehemmtheit“
FPI 9	51,9	47,8	59,4	62,1	56,8	„Offenheit“
FPI E	59,4	38,0	53,0	44,4	61,0	„Extraversion“
FPI N	49,6	60,3	66,3	67,8	65,0	„Emotionale Labilität“
FPI M	50,6	35,0	41,4	38,2	44,3	„Maskulinität“

Vergleichsweise niedrig ist das Stichprobenmittel dagegen in der Skala für Gelassenheit. Eine Aufteilung des Personenclusters in C₁ und C₂ hat folgendes Ergebnis:

Die Gruppen C₁ und C₂ unterscheiden sich voneinander vor allem in den Skalen für Geselligkeit, Gehemmtheit und Extraversion. Hier erweist sich die Gruppe C₁ als im Durchschnitt deutlich introvertiert, ungesellig und gehemmt als die Gruppe C₂. Beiden Gruppen gemeinsam sind erhöhte Aggressivitäts-, Depressivitäts- und Erregbarkeitswerte, daneben auch erhöhte Werte im Bereich der emotionalen Labilität.

Eine gemeinsame Clusteranalyse von Jugendlichen nach Suizidhandlungen und den klinisch anderweitig auffälligen Jugendlichen hatte zum Ergebnis, daß sich die jugendlichen Suizidenten – bei gleicher Clusterbildung wie zuvor beschrieben – auf alle Clusters anteilmäßig etwa gleich verteilen wie die klinischen Kontrollprobanden.

Die Zusammenhänge zwischen symptomatologischer und empirischer Persönlichkeitsklassifikation in der Kriteriums-stichprobe zeigt Tabelle 6.

Tabelle 6: Zusammenhänge zwischen symptomatologischer Klassifikation und Personengruppierung anhand Persönlichkeitsdaten

Diagnose	FPI-Personencluster			Summe
	A	B	C	
Krise	9 (fe = 3,06)	0 (fe = 2,80)	3 (fe = 6,13)	12
Depression	1 (fe = 2,30)	8 (fe = 2,10)	0 (fe = 4,60)	9
Neurose	2 (fe = 6,64)	3 (fe = 6,10)	21 (fe = 13,3)	26
Summe	12	11	24	47

Es findet sich eine weitgehende Übereinstimmung zwischen den symptomatologisch in den Anamnesen ermittelten Störungstypen und der Persönlichkeitsklassifikation (der Zusammenhang ist mit einem Chi-Quadrat von 48,65 bei

df = 4 hochsignifikant und entspricht einer Korrelation von 0,71): Personencluster A kovariiert mit der Diagnose „Krise“, Personencluster B mit „Depression“, Personencluster C mit „Neurose“.

e) Personengruppierung und Problemanalyse

Die bei 33 der 50 Probanden erhobenen Daten mit dem PfJ werden unter zweierlei Aspekt in die Analyse der Personengruppierung einbezogen:

1. Ermittlung der individuellen Problembelastung in den acht Bereichen sowie unter dem Aspekt der Gesamtbelastung.

2. Ermittlung von Problemschwerpunkten durch die Berechnung der intraindividuellen Antwortgewichtung. Aufgrund der Antwortscoring in vier Schwere-Abstufungen erscheint der PfJ anfällig gegen Beantwortungstendenzen im Sinne etwa eines aggravierenden, stereotypisierenden oder banalisierenden Reaktionsmusters. Zur Ausschaltung eines Teils dieser Effekte wird ein individueller Antwortscore dem Rohwert gegenübergestellt, der die Punktzahl in einem einzelnen Problembereich in Relation setzt zum Gesamtpunktergebnis (s. hierzu Hobrucker, Rambow u. Schmitz, 1980). Auf diese Weise lassen sich die gefundenen Clusters hinsichtlich der individuellen Problemgewichtung vergleichen, der Frage also nach Schwerpunktbildungen in den acht Problembereichen. Tabelle 7 zeigt die Ergebnisse der Gruppenvergleichs (Signifikanzprüfungen nach Kruskal-Wallis).

Die Tabelle zeigt, daß in einer Vier-Gruppen-Lösung unter dem Aspekt der individuellen Problemgewichtung (jeweils untere Zahlenreihe) vier Problembereiche eine signifikant unterschiedliche Gewichtung in den Gruppen erfahren: Probleme in der Schule, Probleme der Zukunft („Nach der Schule“), die Auseinandersetzung mit der eigenen Person („Über mich selbst“) sowie überwiegend religiöse und weltanschauliche bzw. moralisch-ethische Probleme („Allgemeines“) trennen von der Gewichtung her die Gruppen voneinander.

Während Probleme mit der Schule in den Gruppen A und C₁ einen hohen Stellenwert, in den Gruppen B und C₂ dagegen einen niedri-

gen Stellenwert einnehmen, zeigt die Gruppe B in den folgenden zwei Skalen deutliche Unterschiede zu allen übrigen Gruppen: Die Beurteilung der Zukunft „nach der Schule“ wird unproblematisch – in Wirklichkeit: gleichgültig – beurteilt, die eigene Person dagegen steht mit Abstand am deutlichsten im Zentrum des Problemendrucks.

Unter dem Aspekt der *absoluten* Problembelastung, die (unter gewissen methodologischen Einschränkungen; s. oben) durch die Rohwerte im PfJ zu erfassen ist, zeigt sich, daß die Problembelastung insgesamt („total“) bei der Gruppe A besonders niedrig eingeschätzt wird. Daneben zeigen sich signifikante Differenzen in der Beurteilung der eigenen Person und der körperlichen Verfassung („Gesundheit“), wenn man die drei Gruppen A, B und C miteinander vergleicht. In beiden Fällen zeigt die Gruppe A die geringste Problemausprägung; interessanterweise zeigt Gruppe B in der Beurteilung der körperlichen Verfassung auch nur relativ geringen Problemdruck.

4. Interpretation

a) Beantwortung von Fragestellung 1

Im Stichprobenvergleich erweisen sich die Jugendlichen mit Suizidhandlungen als eine Gruppe, die persönlichkeitspsychologisch weitgehende Entsprechungen zu anderen klinisch auffälligen Jugendlichen (hier: Klientel einer jugendpsychiatrischen Poliklinik) zeigen, dagegen deutliche Unterschiede zur Gruppe „normaler“ Jugendlicher. Im

Vergleich auch zu jugendpsychiatrischen Kontrollpatienten sind zudem die Depressivitätswerte erhöht: Die jugendlichen Suizidenten sind den Statistiken zufolge die gestörteste Gruppe, was das Leiden unter Angst, Einsamkeitsgefühl, Mißgestimmtheit und tiefreichenden Minderwertigkeitsgefühlen angeht; ähnliche Ergebnisse wurden bereits 1977 von Marks und Haller über suizidale Heranwachsende berichtet; mit Einschränkung ist den Graphiken in der Untersuchung von Sonneck, Grünberger und Ringel (1976) ein entsprechendes Ergebnis auch im Erwachsenenbereich zu entnehmen.

Auffallend weist in unserer Untersuchung die teilweise starke Streuung der Daten, hier insbesondere der Erregbarkeitswerte, darauf hin, daß – trotz des insgesamt auffälligen Durchschnittsprofils – die jugendlichen Suizidenten eine vergleichsweise heterogene Stichprobe bilden, dies insbesondere im Bereich der Reizaufnahme und -verarbeitung: Erregbare Pbn lassen sich als paradoxerweise reizempfindlich und reizempfindlich zugleich beschreiben, wodurch sie leichter als andere Menschen in Überforderungssituationen durch zu starke bzw. komplexe Reizsituationen zu gelangen drohen. Die Pbn des Personenclusters C (bzw. der Clusters C₁ und C₂) zeigen diese Auffälligkeit.

b) Beantwortung der Fragestellung 2 und 3

Die Ergebnisse der Clusteranalyse sprechen deutlich für eine Heterogenitätsannahme im Falle der Persönlichkeit von Jugendlichen mit Suizidhandlungen: Drei (bzw. vier) per-

Tabelle 7: Problembereich-Rohwerte (\bar{x}) und – jeweils darunter – individuelle Problemgewichtung (\bar{x}) in den Personenclustern der Kriteriumsstichprobe

Skala („PfJ“)	Personencluster					Signifikanzprüfung (H-Test)	
	A n = 9	B n = 8	C n = 16	C ₁ n = 8	C ₂ n = 8	3 Gruppen	4 Gruppen
„Meine Schule“	40,8 34,5	47,0 29,2	48,3 31,2	58,6 37,1	37,9 25,3	1,03 1,52	8,46 (5%) 11,47 (1%)
„Nach der Schule“	59,8 50,8	54,9 33,1	64,7 39,0	63,9 38,9	65,5 39,1	0,68 5,13	0,69 12,06 (1%)
„Über mich selbst“	45,0 31,7	71,9 44,9	63,4 37,8	68,9 39,6	58,0 35,9	6,28 (5%) 11,45 (1%)	7,12 19,70 (1%)
„Ich und die anderen“	42,9 31,7	63,8 36,5	54,2 28,8	58,8 31,1	49,6 26,4	3,47 3,68	3,79 4,59
„Zu Hause“	40,2 26,5	60,6 36,5	58,8 34,5	51,1 28,0	66,5 41,0	2,44 2,66	3,71 6,73
„Jungen und Mädchen“	21,1 21,3	19,0 18,1	25,9 19,5	29,1 22,2	22,6 16,9	0,34 0,96	0,82 2,14
„Gesundheit“	19,1 22,9	23,0 23,1	32,8 31,2	31,8 29,5	33,8 32,9	6,27 (5%) 3,63	6,29 4,02
„Allgemeines“	39,2 39,3	37,9 27,2	50,9 36,0	45,8 30,7	56,1 41,3	1,86 3,98	2,99 8,58 (5%)
„Total“	307,9	378,2	405,2	420,4	390,0	6,70 (5%)	6,72
			(entfällt)			(entfällt)	

sönlichkeitspsychologisch differenzierbare Gruppen kristallisieren sich heraus, wobei diese Klassifikation in der symptomatologischen Differenzierung von Entwicklungskrise, Depression und Neurose ihre Entsprechung hat. Auch die Schwerpunktsetzung innerhalb der Problembereiche läßt sich sinnvoll mit der Persönlichkeitsgruppierung in Einklang bringen. Es sind dies die folgenden Clusters:

Personencluster A: Persönlichkeitsdiagnostisch *unauffällige* Jugendliche. Diese Gruppe von 13 Pbn könnte man das Personencluster des statistischen Durchschnitts nennen. Die Pbn bieten das Bild relativ unbeschwerter, emotional nicht beeinträchtigter Jugendlicher, die in ihrer Kontaktaufnahme zu anderen nicht durch Gehemmtheit, Erregbarkeit oder aggressive Regungen gehindert werden; sie geben sich kontaktfreudig, gesellig und aktiv. Ihre Problembelastung schätzen sie dementsprechend niedrig ein und machen sich – das zeigt die individuelle Problemgewichtung – vorrangig Sorgen um ihre Zukunft: „Nach der Schulzeit“. Diese Gruppe der Pbn mit unauffälligen Kennwerten, die in der Untersuchung von *Henderson et al.* (1977) ebenso aufzufinden war, kann ein Ergebnis fehlerhafter Messungen sein (etwa, daß die Meßinstrumente die „wirkliche“ Störung nicht zu erfassen in der Lage sind); es können aber auch die Pbn einer objektiven Messung durch Dissimulationstendenzen in der Beantwortung vorbeugen; ebenso kann es zu einer Konfliktabschwächung durch die Suizidhandlung (Katharsis-Erklärung als Beispiel) kommen. All dies würde aber voraussetzen, daß es zu einer Suizidhandlung immer einer „in Wirklichkeit gestörten“ Persönlichkeit bedürfe – was nach dieser Untersuchung keineswegs als erwiesen gelten kann, was jedoch häufig in vergleichbaren Studien *ex post facto* postuliert wird. Wir haben in dieser Untersuchung von der Gruppe der „symptomarmen Entwicklungskrisen“ gesprochen, müssen jedoch darauf hinweisen, daß diese Beschreibung Hypothesencharakter hat.

Personencluster B: *Depressive* Jugendliche. Von den anderen Personenclustern unterscheiden sich diese 12 Pbn durch besonders geringe (spontane oder reaktive) Aggressionsbereitschaft, nur schwache Erregbarkeit sowie erhebliche Introversion. Gleichzeitig ist die emotionale Belastung, erfaßt in Depressivität, Neurotizismus und Gehemmtheit, in ähnlicher Weise gegeben wie bei den Pbn der C-Clusters (s. unten). Die Analyse der in der Problemerkfassung geäußerten Sorgen und Nöte zeigt eine eindeutige Schwerpunktbildung, dies im Unterschied zu den Pbn der übrigen Clusters: Die Auseinandersetzung mit der eigenen Person dominiert in der Problembelastung, die Depressiven erleben sozusagen sich selbst als das größte Problem.

Personencluster C: *Dysthym neurotische* (C_1) und *hysterisch neurotische* (C_2) Jugendliche. Diese Gruppe, die 50% der Gesamtstichprobe bildet, teilt sich auf in 12 eher introvertierte und 13 deutlich extravertierte, emotional in erheblichem Maße belastete Pbn, deren Selbsteinschätzung in ihrer scheinbaren Widersprüchlichkeit die Konflikthaftigkeit des jugendlichen Neurotikers widerspiegelt: Gesteigerte Aggressionsbereitschaft (spontan und reaktiv) ist gepaart mit erheblicher Gehemmtheit (in Gruppe C_1), chronische Mißgestimmtheit und zögernd-irritable Haltung geht einher mit starker Emotionalität und Reizbarkeit. In Anlehnung an

Eysencks Neurosemodell (*Eysenck u. Rachman*, 1972) wäre im Falle der Gruppe C_1 von dysthym neurotischen, im Falle der Gruppe C_2 von hysterisch neurotischen Pbn zu sprechen.

Zu unterscheiden ist im Falle der „hysterischen Störung“ die Hysterie als Dissoziations- oder Konversionsmechanismus (*Schmidt u. Becker*, 1978) von der o.a. hysterischen *Persönlichkeit*, wie sie etwa von *Chodoff u. Lyons* (1957) oder *Alarcon* (1973) charakterisiert wird als: emotional labil mit Neigung zu theatralischem, übertreibendem Darstellen von Konflikten und Problemen, „aggressiv abhängig“ in sozialen Beziehungen, egozentrisch und Aufmerksamkeit erheischend sowie (scheinbar) suggestibel. Die praktische Erfahrung zeigt, daß Konversion als Symptomatik und hysterische Persönlichkeit nicht sonderlich kovariieren.

In der Problemanalyse zeigen die neurotischen Jugendlichen insgesamt die durchschnittlich stärkste Belastung, sofern man die Antwortmuster zugrunde legt. Dabei ist aber die Tendenz zur Problematisierung der eigenen Person schwächer als bei den Depressiven, während z.B. im Bereich der körperlichen Verfassung („Gesundheit“) die jugendlichen Neurotiker vermehrt hypochondrische Züge oder aber Komplexe hinsichtlich ihrer körperlichen Erscheinung äußern.

5. Implikationen für die Behandlung

Die Ermittlung von drei resp. vier unterschiedlichen Persönlichkeitstypen beleuchtet deutlich die Problematik einer einheitlichen, „verallgemeinernden“ Behandlungskonzeption: Suizidalität hat bei unterschiedlichen Persönlichkeiten einen unterschiedlichen Stellenwert, der sich u.a. darin zeigt, inwieweit die Umwelt an diesem „Problemlösungsprozeß“ Suizidhandlung teilhat bzw. in den Prozeß einbezogen wird. In der Extrembetrachtung läßt sich überspitzt die Suizidhandlung als Versuch, die eigene Person durch Selbstzerstörung unter Kontrolle zu bringen (etwa im Falle des depressiven oder psychotischen Verlusts von Kontrolle), dem Suizid als Versuch zur Umweltkontrolle gegenüberstellen, wenn z.B. durch die Handlung eine Bestrafung der Umwelt erfolgen soll, oder aber häufiger: wenn eine „suizidale“ Handlung ohne die Absicht der Selbstgefährdung durchgeführt wird, um Ziele zu erreichen, die anders nicht erreicht zu werden scheinen. Im letzteren Falle greifen die Pbn dann häufiger zu harmlos verlaufenden Automutilationen. Zwischen diesen beiden Extremen sind die Suizidhandlungen der neurotischen Jugendlichen anzusiedeln, bei welchen – insbesondere im Fall der hysterischen Persönlichkeit – die Zweiseitigkeit von Umweltmanipulation und Selbstzerstörungstendenz als unaufgelöster Widerspruch motivational wirksam ist. Es wird hier hypothetisch postuliert, daß die Persönlichkeit Aufschluß darüber liefert, inwieweit durch die Suizidhandlung eine Selbstzerstörung, eine Umweltmanipulation (als Kontrolle über andere) oder aber beides intendiert wird; dies aber unabhängig davon, wie lebensgefährdend der Verlauf der Suizidhandlung letztendlich ist. Die Suizidhandlung impliziert also einen Versuch der Ich-Kontrolle, der Umweltkontrolle oder aber beides. Hier schaffen unterschiedliche Persönlichkeiten unterschiedliche Ausgangslagen der Lebenssituation:

Einen totalen Kontrollverlust über Umweltereignisse sowie die Möglichkeiten der eigenen Reaktionen hierauf finden wir als Ausgangssituation depressiver Patienten (Seligman, 1979). Einen situativen Kontrollverlust (beispielsweise im Fall von dissoziativen Symptomen) zeigen die hysterischen Störungen. Einen partiellen Kontrollverlust, insbesondere im symptomatologischen Bereich (z.B. bei Sprechstörungen), zeigen die dysthym neurotischen Pbn.

Die Therapie der Suizidalität hat also weniger auf die ähnlichen Problemlösungen der Jugendlichen (Suizidhandlungen), als vielmehr auf die individuell sehr unterschiedlichen Ausgangslagen für die jeweilige Suizidhandlung abzielen. Insbesondere im Fall der Depression sind eigene, störungsspezifische Therapieformen entwickelt worden (Beck, 1981), die im Falle der Depression im Jugendalter wiederum modifiziert zur Anwendung kommen und mehr die Interaktion zwischen Therapeut und Patient zu berücksichtigen haben (Hobrucker, 1979, 1982). Die Gefahr der Therapie depressiver Jugendlicher ist in einer zwischenzeitlich gesteigerten Suizidalität unter der Behandlung zu sehen: Die Aktivierung der Pbn unter der Therapie kehrt wieder, bevor die Fähigkeit zur Umweltkontrolle wieder etabliert ist, so daß die Hoffnungslosigkeit der Pbn (Minkoff et al., 1973) kurzfristig anwächst und sie erneut suizidal werden läßt.

Anders stellt sich das Problem bei der Therapie der hysterischen Persönlichkeit dar: Die therapeutische Kontrolle über den Pb provoziert „Gegenkontrolle“ (Mahoney, 1977), die oft durch demonstrierte Wiederholungen von einstmaligen schweren Suizidhandlungen, günstiger durch Dissoziationsphänomene (z.B. Ohnmacht) ausgeübt wird. Eine eher pädagogische Führung erscheint hier über längere Strecken der Therapie notwendig, in welcher bei hinreichendem therapeutischen Rapport eine Bearbeitung der umweltmanipulierenden Tendenzen direkt thematisch in Angriff genommen werden muß. Eine Fallschilderung hierzu findet sich bei Bostock u. Williams (1974.).

Im Falle der eher dysthym neurotischen Pbn hat die Erfahrung gezeigt, daß eine Hilfe zur Kontrolle der, aufgrund der neurotischen Entwicklung bestehenden, Symptomatik (in unserer Stichprobe z.B. phobische Haltungen, Sprechstörungen, psychogenes Leistungsveragen) ein Wiederaufleben der Suizidalität verhindern hilft, so daß für diese Gruppen erfahrungsgemäß die günstigste Prognose gestellt werden kann, was die Wiederholungsgefahr angeht.

Die als unauffällig klassifizierten Patn. wurden vermehrt in Kurzzeitbehandlungen ambulant betreut, ohne daß allerdings eine Erfolgskontrolle dieser Interventionen geleistet werden konnte. Insofern müssen diese „unauffälligen“ Pbn, nicht zuletzt aufgrund fehlender klinischer Klassifizierbarkeit, auch als weiterhin nur unzureichend erfaßt und behandelt angesehen werden.

Summary

The Personality of Adolescents with Parasuicides; Comparison of Samples and Taxonomic Classification

A sample of 50 adolescents who had committed parasuicides was compared with 50 clinical controls and 50 normal

adolescents. Adolescents (43 girls, 7 boys) with parasuicides turned out to be most depressive, yet besides that result similar to clinical control patients. A clusteranalytic approach shows 4 different types of suicidal adolescents: uncharacteristic patients with average scoring in nearly each personality scale, depressive personalities, introvert neurotics and hysterical personalities. An analysis of the adolescents' recognized problems is made that shows also a different cognitive structuring of problems specific to the clusters. Finally, some implications for therapy are briefly discussed.

Literatur

- Alarcon, R.D.: Hysteria and Hysterical Personality: How come one without the other? *Psychiat. Quart.* 47 (1973), 258–275. – Beck, A.T. et al.: Kognitive Therapie der Depression. München: Urban & Schwarzenberg 1981. – Bostock, T., C.L. Williams: Attempted Suicide as an Operant Behavior. *Arch. gen. Psychiat.* 31 (1974), 482–486. – Chodoff, P., H. Lyons: Hysteria, the Hysterical Personality and „Hysterical“ Conversion. *Amer. J. Psychiat.* (1958), 734–740. – Devries, A.G.: A Potential Suicide Personality Inventory. *Psychol. Rept.* 18 (1966), 731–738. – Devries, A.G., E.S. Shneidman: Multiple MMPI Profiles of Suicidal Persons. *Psychol. Rept.* 21 (1967), 401–405. – Dührssen, A.: Zum Problem des Selbstmordes bei jungen Mädchen. *Praxis Beiheft* 9 (1967; 3. Aufl. 1980). – Eysenck, H.J., S. Rachman: Neurosen – Ursachen und Heilmethoden. Berlin: VEB Deutscher Verlag der Wissenschaften 1972. – Fahrenberg, J., H. Selg, R. Hampel: Das Freiburger Persönlichkeits-Inventar (FPI). Göttingen: Hogrefe 1978. – Henderson, A.S. et al.: A Typology of Parasuicide. *Brit. J. Psychiat.* 131 (1977), 631–641. – Hobi, V., A. Klär: Eine gemeinsame Faktorenanalyse von MMPI, FPI und 16-PF. *Z. klin. Psychol.* 2 (1973), 27–48. – Hobrucker, B.: Interaktionsstrategien in der Psychotherapie – dargestellt am Beispiel depressiver Jugendlicher. *Praxis* 28 (1979), 169–176. – Ders.: Komponenten des suizidalen Einstellungsmusters von Jugendlichen. *Prakt. Arzt* 20/21 (1980), 2501–2507. – Ders.: Die Einsamkeit des depressiven Grüblers. *Ärzt. Praxis*, 34. Jg., 40 (1982), 1636–1638. – Hobrucker, B., V. Rambow, G. Schmitz: Problemanalyse bei weiblichen Jugendlichen nach Suizidversuchen. *Praxis* 29 (1980), 218–225. – Katschnig, H., P. Sint: Are there different types of attempted suicides? A cluster analytic approach. *Proceedings of the 7th International Conference for Suicide Prevention, Amsterdam 1973*, pp. 268–279. – Kiev, A.: Cluster Analysis Profiles of Suicide Attempters. *Amer. J. Psychiat.* 133 (1976), 150–153. – Ders.: The Suicidal Patient: Recognition and Management. Chicago: Nelson Hall 1977. – Kreitman, N.: Die Epidemiologie von Suizid und Parasuizid. *Nervenarzt* 51 (1980), 131–138. – Lester, D.: Attempts to Predict Suicidal Risk using Psychological Tests. *Psych. Bull.* 74 (1970), 1–17. – Mahoney, M.: Kognitive Verhaltenstherapie. München: Pfeiffer 1977. – Marks, P.A., D.K. Haller: Now I lay me down for keeps: A study of adolescent suicide attempts. *J. Clin. Psychol.* 33 (1970), 390–400. – Minkoff, K.E., Bergman, A.T., Beck, R., Beck: Hopelessness, Depression and Attempted Suicide. *Amer. J. Psychiat.* 130 (1973), 455–459. – Pallis, D.J., J. Birtchnell: Seriousness of Suicide Attempt in Relation to Personality. *Brit. J. Psychiat.* 130 (1977), 253–259. – Pongratz, L.: Lehrbuch der Klinischen Psychologie. Göttingen: Hogrefe 1973. – Remschmidt, H.: Suizidhandlungen im Kindes- und Jugendalter – Therapie und Prävention. *Praxis* 31 (1982), 35–40. – Schmidt, L., P. Becker: Psychogene Störungen. In: Pongratz, L. (Hrsg.), *Handbuch der Psychologie*, Band 8/2, S. 330–434 Göttingen: Hogrefe 1978. – Seligman, M.E.P.: Erlernte Hilflosigkeit

(Helplessness) München: Urban & Schwarzenberg 1979. – *Sonneck, G.*: Suizidhandlungen und Krisenintervention. *Psychiat. clin.* 10 (1977), 131–139. – *Sonneck, G., J. Grünberger, E. Ringel*: Experimental Contribution to the Evaluation of the Suicidal Risk of Depressive Patients. *Psychiat. clin.* 9 (1976), 84–96. – *Sperling, E.*: Das therapeutische Gespräch mit Suicidalen. *Nervenarzt* 42 (1972), 409–411. – *Storck, J.*: Fragebogentest zur Beurteilung der Suizidgefahr. Salzburg: O. Müller 1972. – *Süllwold, F., M. Berg*: Problemfragebogen für Jugendliche. Göttingen: Hogrefe 1967. – *Tücke, M.*:

Taxometrische Grundlagen unter besonderer Berücksichtigung des Wardschen Algorithmus. In: *Rollett, B. u. M. Bartram* (Hrsg.), Einführung in die hierarchische Clusteranalyse. Stuttgart: Klett 1976.

Anschr. d. Verf.: Diplom-Psychologe Dr. Bernard Hobrucker, Abteilung Kinder- und Jugendpsychiatrie im Zentrum Nervenheilkunde der Christian-Albrechts-Universität Kiel, Niemannsweg 147, 2300 Kiel.