

Hobrücker, Bernhard / Rambow, Vera und Schmitz, Günter

Problemanalyse bei weiblichen Jugendlichen nach Suizidversuchen

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 29 (1980) 6, S. 218-225

urn:nbn:de:bsz-psydok-28070

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

- F. Bittmann: Motivationale Bedingungen des Leistungsverhaltens von Heimkindern und Familienkindern (Conditions for Achievement Behaviour) 124
- G. Bovensiepen, R. Oesterreich, K. Wilhelm u. M. Arndt: Die elterliche Erziehungseinstellung als Ausdruck der Familiendynamik bei Kindern mit Asthma bronchiale (Asthmatic Children: Parental Child-Rearing Attitudes and Family Dynamics)..... 163
- G. Brandt: Symbolik und Symptomatik (Symbolism and Symptoms) 79
- G. Bronder, K. Böttcher und Siegrid Rohlf: Diagnose: Entwicklungsstillstand — Ein Therapiebericht (Diagnosis: Developmental Arrest — A Therapeutic Program) 95
- A. K. S. Cattell, S. E. Krug u. G. Schumacher: Sekundäre Persönlichkeitsfaktoren im Deutschen HSPQ und ihr Gebrauchswert für die Diagnose, für interkulturelle Vergleiche, für eine empirische Überprüfung tiefenpsychologischer Modellvorstellungen sowie für die Konstruktvalidität des HSPQ (Second Stratum of the German HSPQ and their Value for Diagnosis Cross-Cultural-Comparisons, Verification of Analytic Theory and for Conceptual Validity of the HSPQ) 47
- R. Castell, A. Biener, K. Artner u. C. Beck: Artikulation und Sprachleistung bei drei- bis siebenjährigen Kindern. Ergebnisse der Untersuchung einer Zufallsstichprobe aus der Bevölkerung (Articulation and Language Development in Children) 203
- W. Ferdinand: Über Merk-male der Ersterinnerungen verhaltensgestörter und psychosozial integrierter Kinder (Earliest Recollections of Psychosocially Well Integrated Children and of Disturbed Children) ... 51
- H.-P. Gilde, G. Gutezeit: Ergebnisse einer vergleichenden Untersuchung zu visuellen Perzeptionsleistungen von Risikokindern im Vorschulalter (Results from a Comparative Study on Visual Perception in Pre-School-Children Who Had Been Premature Infants) 213
- W. Göttinger: Ein Konzept für die Beratung von Stotternden (A Concept for the Guidance of Stutterers) 55
- R. Haar: Gruppentherapie mit Kindern und Jugendlichen in Klinik und Heim (Group Psychotherapy with Children and Adolescents in Hospital Treatment) 182
- G. Haug: Enuresis in langfristiger Familienbeobachtung (Enuretics in Long-Term Observation in Their Families) 90
- F. Henningsen: Die psychische Belastung des Knochenmarkspenders und die Bedeutung begleitender Psychotherapie (The Psychological Stress on Bone Marrow Donors and the Contributions of Attendant Psychotherapy) 37
- B. Hobrucker, V. Rambow, G. Schmitz: Problemanalyse bei weiblichen Jugendlichen nach Suizidversuchen (Problem Analysis on Female Adolescents after Attempted Suicide) 218
- F. Hofmann u. H. Kind: Ein eineiiges Zwillingsspaar diskordant für Anorexia nervosa (Monozygotic Twins Discordant for Anorexia Nervosa—A Contribution to the Pathogenesis from a Case History) 292
- K. Krisch: Eine vergleichende Untersuchung zum „Enkopretischen Charakter“ (A Comparative Study on the “Encopretic Character”) 42
- K. Krisch: Die stationäre Behandlung dreier Enkopretiker: Planung, Verlauf und Ergebnisse einer verhaltenstherapeutischen Intervention (In-patient Therapy with Three Encopretics: Design, Course of Treatment and Results of a Behavioral Intervention) 117
- F. Mattejat, G. Niebergall u. V. Nestler: Sprachauffälligkeiten von Kindern bei aphasischer Störung des Vaters — Eine entwicklungspsycholinguistische Fallstudie (Speech Disorders in Children with an Aphasic Father—a Case Study in Developmental Psycholinguistics) 83
- W. Mall: Entspannungstherapie mit Thomas (Relaxation Therapy with Thomas—First Steps on a New Path) 298
- J.-E. Meyer: Die Bedeutung der Adoleszenz für die Klinik der Neurosen (The Influence of Adolescence on the Clinical Development of Neuroses)..... 115
- T. Neraal: Autonomie — ein Mehrgenerationenproblem am Beispiel einer analytischen Familienberatung (Autonomy—A Multi-Generational Problem—A case of analytic family counseling) 286
- H. Otte: Überlegungen zur Arzt-Patient-Beziehung bei der stationären Therapie der Anorexia nervosa (Considerations on the Patient-Therapist-Relationship in Connection with In-Patient Treatment of Anorexia Nervosa) 243
- H. Rau u. Chr. Wolf: Zusammenarbeit mit Eltern in Einrichtungen der Öffentlichen Jugendhilfe — Darstellung einer speziellen Familienbehandlung (Cooperation with Parents in Youth Welfare) 8
- U. Rauchfleisch: Zur Entwicklung und Struktur des Gewissens dissozialer Persönlichkeiten (Development and Structure of the Conscience in Dissocial Personalities) 271
- A. Reinelt u. M. Breiter: Therapie einer Trichotillomanie (Therapy of a Case Trichotillomania) 169
- A. Salanczyk: Das prosoziale Kind (Prosocial Activity in the Pre-school-child) 1
- H. Sasse, G. Stefan, A. v. Taube u. R. Ullner: Zu unserer Arbeit mit behinderten und nichtbehinderten Kindern (Open Integration of Handicapped and Not Handicapped Children) 63
- V. Schandl u. E. Löschenkohl: Kind im Krankenhaus: Evaluierung eines Interventionsprogrammes bei Verhaltensstörungen (The Child in the Hospital: Evaluation of an Intervention Program on Behavioral Disorders) 252
- G. M. Schmitt: Klientenzentrierte Gruppenpsychotherapie in der Behandlung der Pubertätsmagersucht (Client-Centered Group Psychotherapy in the Treatment of Anorexia Nervosa) 247
- L. Verhofstadt-Deneve: Adoleszenzkrisen und soziale Integration im frühen Erwachsenenalter (Crisis in Adolescence and Social Integration in Early Adulthood—A Psycho-Dialectic Approach with Clinical Implications) 278
- B. Wiesler: Zur Psychologie des Serienhelden (The Psychology of a Hero Called Lassiter) 175

Pädagogik, Jugendpflege, Fürsorge

- S. Bäuerle u. H. Kury: Streß in der Schule. Eine experimentelle Untersuchung an 13–16jährigen Schülern (School Stress) 70
- P. Birkel: Intelligenzentwicklung und Intelligenzmessungen bei körperbehinderten Kindern (Cognitive Development and Measurement of Intelligence in Physically Handicapped Children) 264
- R. Bodenstein-Jenke: Eine vergleichende Untersuchung psychomotorischer Testleistungen von autistischen, lern- und geistigbehinderten Schülern mit Hilfe des LOS aus der Testbatterie für Geistigbehinderte (A Comparative Study of Psycho-motoric Test Performances by Autistic, Mentally and Educationally

- Handicapped School-Children with the Help of the LOS Method from the Test Battery for the Mentally Handicapped) 24
- Ch. Ertle: Schwierige Kinder und ihre Erzieherinnen — Praxisanleitung als konkrete Weiterbildung — (Pedagogic Personnel in Confrontation with Emotionally Disturbed Children — Practice Related Supervision as a Form of On-the-Job Training) 308
- J. Jungmann: Adoption unter Vorbehalt? Zur psychischen Problematik von Adoptivkindern (Adoption with Reservations? On Psychic Problems in Adopted Children) 225
- J. Kahlhammer: Das Leistungsverhalten von Schihaupt- schülern (Achievement Behaviour in Pupils at the "Schihauptschule") 100
- U. Klein: Lehrer und suchtgefährdete Schüler (Teachers and School-children in Danger of Addiction) 302
- H. Kury, W. Dittmar u. M. Rink: Zur Resozialisierung Drogenabhängiger — Diskussion bisheriger Behandlungsansätze (On Resocialization of Drug Addicts — A Discussion of Current Approaches to Treatment) .. 135
- M. Müller: Bericht über die Mitarbeit des Schulpsychologischen Dienstes Spandau im Rahmen der psychologisch-therapeutischen Betreuung von verhaltens- problematischen (verhaltensgestörten) Schülern in Beobachtungs-Klassen im Schuljahr 1977/78 (Report on the Collaboration of a Psychological School Advisory Board in "Observation-Classes" 1977/78; Psychological-Therapeutic Work with Maladjusted Pupils) 13
- M. Müller: 20 Jahre Schulpsychologischer Dienst im Bezirk Spandau von Berlin (20 Years of School Psychological Service in Berlin-Spandau) 231
- M. Nagy: Die Arbeit des Psychotherapeutischen Kinder- heimes Wolfshagen im Harz (A Multimethodical Approach Including Family-Therapeutic Goals Applied to Institutional Care) 152
- W. Schmidt: Ein Beitrag zur Frage der Eignung von Adoptionsbewerbern (The Qualification for Adoption) 66
- R. Westphal: Erfahrungen mit strukturierter Gruppen- arbeit in der Teestube einer Kontakt- und Beratungs- stelle für Jugendliche (Experiences with Structured Groupwork in the Teashop of a Counseling-Service for Adolescents) 194
- J. Wienhues: Krankenhausaufenthalt aus der Sicht er- krankter Schulkinder der Sekundärstufe I. Ergebnisse einer Fragebogenuntersuchung (Hospitalization from the Point of View of Children in Secondary-School — Results from a Questionnaire) 259
- H. Zern: Zum Prestige des gewählten Berufes bei Er- zieherinnen in der Ausbildung (The Prestige of the Chosen Profession in Trainees at Training Colleges for Welfare Workers) 132
- Tagungsberichte**
- H. Moschtaghi u. J. Besch: Bericht über die 6. Tagung der ISSP vom 2. 9. bis 6. 9. 1979 in Basel (Report on the 6th ISSP-Conference from September 2nd-6th 1979 in Basel) 108
- H. Remschmidt: Bericht über die 16. wissenschaftliche Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Münster vom 26. 9. bis 29. 9. 1979 (Report on the 16th Session of the German Society for Child- and Juvenile Psychiatry in Münster, Sept. 16-29, 1979) 31
- Bericht aus dem Ausland**
- T. Nanakos: Wege der Heilpädagogik in Nordgriechen- land — Tessaloniki (Methods of Medico-Pedagogic Treatment in Northern Greece — Tessaloniki) 111
- Literaturberichte: Buchbesprechungen**
- Benedetti, Gaetano: Psychodynamik der Zwangsneurose 201
- Duska, Ronald u. Whelan, Mariellen: Wertentwicklung — eine Anleitung zu Piaget und Kohlberg 316
- Fenichel, Otto: Neurosenlehre Band 1, 2, 3 159f.
- Friedrich, H., Fränkel-Dahlmann, I., Schaufelberger, H.-J., Streack, U.: Soziale Deprivation und Familien- dynamik 160f.
- Fürstenau, Peter: Zur Theorie psychoanalytischer Praxis 201
- Grüttner, Tilo: Legasthenie ist ein Notsignal 201f.
- Spitz, René A.: Eine genetische Feldtheorie der Ich- bildung 158f.
- Werry, J. S. (Ed.): Pediatric Psychopharmacology. The Use of Behavior Modifying Drugs in Children 161
- Mitteilungen (Announcements) 34, 76, 113, 161, 202, 242, 269, 317

Aus der Abteilung Kinder- und Jugendpsychiatrie
im Zentrum Nervenheilkunde der Christian-Albrechts-Universität Kiel
(Direktor: Prof. Dr. H. W. Löwman)

Problemanalyse bei weiblichen Jugendlichen nach Suizidversuchen

Von Bernard Hobrucker, Vera Rambow, Günter Schmitz

Zusammenfassung

Eine Untersuchung an 35 jugendlichen Mädchen im Anschluß an parasuizidale Handlungen hatte zum Ergebnis, daß insbesondere zwischenmenschliche Konflikte (mit einem Elternteil oder mit Gleichaltrigen) in etwa 65% aller Fälle den Anstoß zum Suizidversuch geben.

Daten aus dem „Problemfragebogen für Jugendliche“ wurden im Drei-Gruppen-Vergleich einer jugendpsychiatrischen und einer Normalkontrollgruppe gegenübergestellt. Hier erweisen sich die suizidalen Mädchen als insgesamt am stärksten durch Probleme belastet, wobei dies vor allem mit der Einschätzung der innerfamiliären Problematik sowie mit Selbstbeurteilungen in körperlicher bzw. gesund-

heitlicher Hinsicht in Zusammenhang zu bringen ist. Während sich in der Problembelastung Gruppenunterschiede vor allem zu Lasten der suizidalen Mädchen zeigen, weisen die Problempatterns der suizidalen und der klinisch sonstig auffälligen Mädchen gewisse Ähnlichkeiten auf. Zu interpretieren ist dies dahingehend, daß suizidale Mädchen ihren Problemen zumeist mangelnde Lösbarkeit attribuieren.

1. Einleitung und Fragestellung

Die im Vorfeld der suizidalen Handlung wachsende Problembelastung produziert psychische Veränderungen, die einen Suizidversuch in greifbare Nähe rücken lassen.

Ringel (1976) beschreibt dies mit Hilfe des „präsuizidalen Syndroms“ (Einengung, Aggressionshemmung bzw. -umkehr und Todes- bzw. Selbstmordphantasien). Während dieser Ansatz zur Dynamik des Suizidversuchs als autoaggressivem Phänomen eine tiefenpsychologische Beschreibung abgibt, liefern neuere psychologische Erklärungsmodelle der Depressionsgenese und der Suizidalität Ansätze für ein Verständnis von Erlebenszuständen (und einem hieraus abstrahierbaren Einstellungsmuster) während akuter suizidaler Gefährdung. Hier sind vor allem zu nennen: *Seligman's* (1975) Theorie der gelernten Hilflosigkeit und *Beck's* (1979) Untersuchungen über den Zusammenhang von Hoffnungslosigkeit, Depression und Suizidalität.

Versucht man, die Suizidhandlung als Resultat eines Einstellungsmusters mit den drei Komponenten Aktion, Kognition und Emotion zu interpretieren, so lassen sich pointiert folgende Zuordnungen treffen: Hilflosigkeit als Erfahrung, daß das eigene Verhalten nicht geeignet ist, Kontrolle über Umweltvorgänge zu gewinnen, beschreibt den *aktionalen* Aspekt des suizidalen Einstellungsmusters. Hoffnungslosigkeit kennzeichnet die *Kognitionen* depressiver, vor allem suizidgefährdeter Menschen. Der *emotionale* Aspekt des suizidalen Einstellungsmusters läßt sich u.E. am ehesten als Haltlosigkeit im Sinne der erlebten Einsamkeit beschreiben.¹

Die bei suizidalen Jugendlichen gehäuft festzustellenden Äußerungen, gerade von seiten vertrauter Bezugspersonen zu wenig Verständnis, Akzeptierung und Toleranz zu finden, keinen Halt im Sinne einer „Geborgenheit auf höherer Ebene“ in der Familie zu verspüren, wobei sie sich selbst oft distanziert in diesen einstmaligen engen Bindungen erleben, all dies weist auf ein emotionales Defizit hin, resultierend aus *defizitären zwischenmenschlichen Beziehungen*.

Im Zusammenwirken der drei Komponenten Hilflosigkeit, Hoffnungslosigkeit und Haltlosigkeit als Elemente der suizidalen Einstellung liegt u.E. die suizidale Gefährdung eines Jugendlichen, wobei unterschiedliche Ausprägungen einzelner Komponenten theoretisch mit unterschiedlichen Störungsbildern in Zusammenhang zu bringen sind (*Hobrucker, 1980a*).

Die vorliegende Untersuchung soll Aufschluß darüber geben, inwieweit sich suizidale Mädchen von ihren Altersgenossinnen hinsichtlich der Belastung durch Probleme unterscheiden. Besonderes Augenmerk soll auf die in zwischenmenschlichen Beziehungen erlebte Problembelastung gelegt werden.

Hierbei wird a priori postuliert, daß sich die auslösenden Bedingungen für Parasuizide unterteilen lassen in

- a) akute Auslöser, die in einem direkten Zusammenhang mit der Handlung stehen, und
- b) Probleme, die im Erleben des Jugendlichen dauerhafte Beeinträchtigungen darstellen, so daß die parasuizidale Handlung Jugendlicher auch als Ergebnis einer Entwicklung unter emotionaler Belastung angesehen wird, wofür

es in der Literatur zahlreiche Belege gibt (s. z. B. *Dührssen 1967, Löwnau 1970*).

Die aufgrund von Fragebogenerhebungen ermittelten Probleme lassen sich nach zwei Aspekten untersuchen: Zunächst soll ermittelt werden, ob das Ausmaß der *Problembelastung* der Jugendlichen in den Antworten zu den einzelnen Problembereichen seinen Niederschlag findet. Daneben läßt sich in der Analyse der einzelnen Antwortmuster ein Vergleich einzelner Problembereiche untereinander anstellen, der Aussagen über das *Problempattern* jugendlicher Suizidaler ermöglicht. Diese Unterteilung und die beabsichtigte Konzentration auf die Probleme in zwischenmenschlichen Beziehungen bestimmen die Entwicklung der Fragestellung:

1. Welche auslösenden Bedingungen lassen sich für parasuizidale Handlungen finden?
2. In welchen quantitativen Aspekten unterscheiden sich die Problembereiche weiblicher suizidaler Jugendlicher von denen anderer weiblicher Jugendlicher?
3. Lassen sich aufgrund der individuellen Antwortgewichtung Unterschiede im Problempattern zwischen weiblichen suizidalen Jugendlichen und Jugendlichen aus Vergleichsstichproben finden?

2. Ablauf der Untersuchung

Die Kriteriumsstichprobe bilden 35 Mädchen zwischen 13;10 und 17;11 Jahren, die im Anschluß an eine primär *medizinische Behandlung somatischer Folgen der parasuizidalen Handlung* zur Frage der Weiterbehandlung an die Poliklinik der Kinder- und Jugendpsychiatrie Kiel überwiesen wurden. Im Hinblick auf Bildungsstatus findet sich eine ungefähre Gleichverteilung auf Oberschulbesuch, Realschulbesuch und Hauptschulbesuch bzw. -abschluß. Vom Sozialstatus her dürfte die Mittelschicht in dieser Untersuchung leicht überrepräsentiert sein. Dieser Stichprobe wurden zwei Kontrollgruppen gegenübergestellt:

- a) eine altersentsprechende klinische Kontrollgruppe, die sich zusammensetzt aus 30 Mädchen mit unterschiedlichen jugendpsychiatrischen Störungsbildern, aber ohne durchgeführten Suizidversuch;
- b) eine „Normalkontrollgruppe“, bestehend aus 27 Schülerinnen aus zwei 9. Klassen einer Kieler Realschule, die im Hinblick auf die Altersverteilung geringere Varianzen aufweisen als die beiden anderen Stichproben.

Aus den Angaben in der (mit den Patientmüttern erhobenen) Anamnese sowie aus den Explorationsgesprächen mit den Probanden wurden die angegebenen Motive für die Suizidhandlung eruiert und kategorisiert. Diese „Leitmotive“ im Sinne der auslösenden Bedingungen entsprechen – für sich genommen – oftmals typischen Problemsituationen Jugendlicher; sie machen erst im Zusammenhang mit der Gesamtheit der empfundenen Belastung das suizidale Geschehen verstehbar. Diese erste Motivanalyse bildet die *Grundlage einer differenzierteren Betrachtung der Motivation jugendlicher Suizidanten* (*Schmitz 1980*).

¹ In einem ähnlichen Sinn beschreibt *Jacobs* den suizidalen Jugendlichen als jemanden, der „meint, er habe einen Prozeß durchgemacht, in dessen Verlauf er immer stärker sozial isoliert wurde“ (1974, S. 42, Hervorhebung von uns).

Als Verfahren zur Untersuchung der Probleme von Jugendlichen wurde in der Gesamtstichprobe der „Problemfragebogen für Jugendliche“ (ab hier abgekürzt „PfJ“) von *Süllwold* und *Berg* (1967) verwendet, der in insgesamt 306 Fragen „Sorgen und Nöte von Jugendlichen“ erfassen will. Die angesprochenen Probleme werden zusammengefaßt zu insgesamt acht Problembereichen, ein Summenwert soll Aufschluß geben über die Gesamtbelastung, die der im Fragebogen angesprochene Jugendliche im Zusammenhang mit den Fragen äußert. Die Antworten werden auf einer 4-Punkte-Skala erfaßt, wobei ausschlaggebend ist, wie stark ein angesprochenes Problem den Probanden „beschäftigt oder betrifft“.

Die jugendpsychiatrische Untersuchung erfaßt neben der Fremdanamneseerhebung, der Erstexploration der Probanden und neurologischen Routineuntersuchungen eine Psychodiagnostik mit assoziativen und projektiven Verfahren sowie Fragebogen, die zur Klärung zusätzlicher in der Befunderhebung auftauchender Fragestellungen verwendet werden. Daneben werden die Probanden generell einer grob orientierenden Intelligenzdiagnostik (z. B. *Ravens* Progressiven Matrizen) unterzogen, die im Fall von Leistungsproblemen intensiver durchgeführt wird. Bei Jugendlichen ab 15;0 Jahren wurde zur weiteren Persönlichkeitsdiagnostik zusätzlich das „Freiburger Persönlichkeits-Inventar“ (FPI) von *Fahrenberg*, *Selg* und *Hampel* (1973) verwendet; über die hieraus resultierenden Persönlichkeitsmerkmale besonders jugendlicher Suizidaler wird noch zu berichten sein (*Hobrucker* 1980b). Die Stellung des „PfJ“ im Rahmen dieser diagnostischen Maßnahmen ist im Sinne einer Explorationshilfe zu verstehen.

Aus diagnostischen Vorerfahrungen mit dem „PfJ“ erwies es sich als zweifelhaft, inwieweit eine reliable Messung der einzelnen Problembereiche durch das Angebot von 4 Antwortkategorien gewährleistet ist, da die für den Diagnostiker u. a. explorativ ermittelte Problembelastung sich mit der geäußerten Problembelastung (dargestellt im Gesamtwert) nicht immer zu decken schien. Wir schlußfolgerten daraus, daß Jugendliche in der Beantwortung eines solchen Fragebogens einen individuellen Standard (im Sinne einer Antworttendenz) für die Bewertung von Problemen entwickeln, den sie in der Beantwortung aller Skalen verwenden. Die Schwerpunkte der individuellen Probleme erscheinen uns nur dann eruierbar, wenn wir neben der Rohwerterfassung auch das individuelle *Antwortpattern* in der Berechnung der einzelnen Problemfelder berücksichtigen. Den Skalenwert eines Jugendlichen unter Berücksichtigung des Antwortpatterns nennen wir den *intraindividuellen Rohwert*. Er berechnet sich wie folgt:

Intraindividueller Skalenrohwert = Numerischer Rohwert x 10.000 : (Itemzahl der Skala x Gesamtrohwert). Wir verwendeten diesen intraindividuellen Rohwert zur Ermittlung des *Problempattern*; bei der Beantwortung der Frage also, welchen Stellenwert der betreffende Problembereich im Vergleich zu anderen Problembereichen hat.

Die Problematik einer solchen Antwortgewichtung ist darin zu sehen, daß in einem derart durchgeführten Skalenvergleich die Reliabilität und Validität der zugrundeliegenden Messungen in Frage zu stellen ist. Es wird bei einem solchen Vergleich stillschweigend vorausgesetzt, daß die Güte der Messungen zu den einzelnen Problembereichen weitgehend dieselbe ist, bzw. daß die unter den jeweiligen Skalen geäußerten Probleme eine repräsentative Auswahl

von als problematisch erlebten Selbstbezügen darstellt. Wenn auch die logische Validität des „PfJ“ generell nicht in Frage zu stellen ist, so muß doch die Erfassung einzelner Themenbereiche, wie z. B. in Skala 6 (s. u.), als unzureichend angesehen werden. Die intraindividuelle Rohwertgewichtung und die hieraus resultierende Rangordnung der Skalen muß also exakter zunächst dahingehend interpretiert werden, daß z. B. das Antwortmuster im Problembereich X eine höhere Ausprägung hat als im Problembereich Y; daraus läßt sich dann mit aller Vorsicht eine stärkere Problembelastung im Bereich X als im Bereich Y annehmen.

Eine weitere Schwierigkeit bei der Anwendung des „PfJ“ hängt mit dem Alter des Fragebogens zusammen: Viele der in Skala 6 „Jungen und Mädchen“ angesprochenen Probleme sprechen heutige Jugendliche nur noch wenig an (Beispiele: „Ist es richtig, mit einem Jungen auszugehen, den man noch nicht lange kennt?“; „Wie lange sollte man einen Jungen kennen, ehe man ihm das ‚Du‘ anbietet?“). Von daher erscheint es schwer möglich, die tatsächlich erlebten Probleme im Umgang mit gegengeschlechtlichen Gleichaltrigen mit Hilfe dieses Fragebogens zu erfassen. Ebenso finden die von den Testautoren angegebenen Standardwerte des „PfJ“ in dieser Untersuchung keine Verwendung, da die Eichstichprobe des Fragebogens in ihrer Zusammensetzung (Berufsschüler des Schuljahrgangs 1959 bzw. 1965) für die Fragestellung unerhebliche Vergleichsdaten liefert.

Die Daten aus dem „PfJ“ wurden also auf zwei Ebenen des Stichprobenvergleichs analysiert: Zur Ermittlung der *Problembelastung* werden die Skalenrohwerte sowie die Gesamt-Rohwerte aus den drei Stichproben miteinander verglichen. Der Vergleich der *Problempatterns* der Jugendlichen erfolgte über die individuelle Rohwertgewichtung, wobei sich hier ein Vergleich von Gesamtwerten erübrigt, da diese ja die Grundlage für die Gewichtung bilden. Eine Gegenüberstellung der beiden Auswertungsmodi in Anwendung auf den Stichprobenvergleich ermöglicht Schlußfolgerungen darüber, inwieweit Problembelastung und *Problempattern* bei der Entstehung suizidaler Tendenzen zusammenwirken.

3. Darstellung der Ergebnisse

Bei der Analyse der auslösenden Bedingungen für die suizidalen Handlungen standen uns Fremdanamnese- und Explorationsdaten von 34 der 35 suizidalen Mädchen zur Verfügung; in einem Fall konnte keine vollständige Datenerhebung durchgeführt werden. Bei der Kategorisierung wurde jedem Probanden nur die *eine* auslösende Bedingung zugeordnet, die nach unserer Einschätzung der jeweils wichtigste Beweggrund war. Das Ergebnis zeigt Tabelle 1.

Tabelle 1: Auslösende Bedingungen für Suizidversuche

| Kategorie | f | f% |
|---------------------------------------|----|------|
| 1 Streit mit Vater | 4 | 11,8 |
| 2 Streit mit Mutter | 9 | 26,5 |
| 3 Streit mit Freund | 7 | 20,6 |
| 4 Streit in der Clique | 2 | 5,9 |
| 5 Krankheit | 2 | 5,9 |
| 6 Leistungsprobleme | 7 | 20,6 |
| 7 Verlust einer geliebten Person | 2 | 5,9 |
| 8 Suizidales Vorbild in Jugendztschr. | 1 | 2,9 |
| Summe: | 34 | |

Die Ergebnisse zeigen, daß in über einem Drittel der Stichprobe der Streit mit einem Elternteil den letzten Anstoß für einen Suizidversuch gab. In gut einem Viertel der Stichprobe war ein Konflikt mit signifikanten Angehörigen der Gruppe der Gleichaltrigen ausschlaggebend. Somit sind in insgesamt fast 65% der Kriteriumsstichprobe Beziehungsprobleme bzw. -konflikte auslösende Faktoren für suizidale Handlungen gewesen. Etwa jedes fünfte Mädchen wurde den Leistungsanforderungen in Schule oder Lehrstelle nicht

gerecht. Körperliche (Diabetes) bzw. psychische (Borderline-Syndrom) Erkrankung, Verlust eines engen Angehörigen und Identifikation mit einem Pop-Idol, welches einen Suizidversuch unternommen hatte (dargestellt in einer sog. „Jugendzeitschrift“), bilden die restlichen Kategorien.

Tabelle 2 zeigt die Stichprobenparameter auf der Basis der Rohwerte. Dieser Gruppenvergleich, der zur Frage der Problembelastung Aufklärung geben soll, erfolgte mit Hilfe des H-Tests nach *Kruskal-Wallis* (*Siegel* 1956).

Tabelle 2: 3-Gruppen-Vergleich anhand der Rohwerte im „Problemfragebogen für Jugendliche“ (Signifikanzprobe nach *Kruskal-Wallis*)

| Skala: | Stichprobenmittelwerte | | | H-Test |
|-----------------------|----------------------------|-------------------------|-------------------------|------------------|
| | 1 Suic. vers. N = 35 | 2 Klin. KG N = 30 | 3 Norm.-KG N = 27 | |
| „Meine Schule“ | $\bar{x} = 49,4$ | $\bar{x} = 43,1$ | $\bar{x} = 42,7$ | H = 2,51 (n. s.) |
| „Nach der Schule“ | $\bar{x} = 62,5$ | $\bar{x} = 53,3$ | $\bar{x} = 67,6$ | H = 5,92 (5%) |
| „Über mich selbst“ | $\bar{x} = 60,3$ | $\bar{x} = 50,3$ | $\bar{x} = 39,1$ | H = 13,15 (1%) |
| „Ich und die anderen“ | $\bar{x} = 53,8$ | $\bar{x} = 44,3$ | $\bar{x} = 40,1$ | H = 4,63 (10%) |
| „Zu Hause“ | $\bar{x} = 55,3$ | $\bar{x} = 42,3$ | $\bar{x} = 29,7$ | H = 14,02 (0,1%) |
| „Jungen und Mädchen“ | $\bar{x} = 24,1$ | $\bar{x} = 18,3$ | $\bar{x} = 17,2$ | H = 2,24 (n. s.) |
| „Gesundheit“ | $\bar{x} = 27,6$ | $\bar{x} = 19,7$ | $\bar{x} = 15,1$ | H = 13,54 (1%) |
| „Allgemeines“ | $\bar{x} = 44,6$ | $\bar{x} = 39,1$ | $\bar{x} = 29,2$ | H = 8,63 (5%) |
| Total | $\bar{x} = 377,5$ | $\bar{x} = 310,3$ | $\bar{x} = 280,7$ | H = 6,03 (5%) |

Die drei Gruppen unterscheiden sich hochsignifikant in der Skala 5 „Zu Hause“, sehr signifikant in den Skalen 3 „Über mich selbst“ und 7 „Gesundheit“, signifikant in den Gesamtwerten sowie in den Skalen 2 „Nach der Schule“ und 8 „Allgemeines“. Eine tendentiell signifikante Gruppendifferenz besteht in der Skala 4 „Ich und die anderen“, der jedoch aufgrund der relativ geringen Stichprobengröße nicht viel Bedeutung beigemessen werden kann. Bis auf die Skala 2 zeigt der 3-Gruppen-Vergleich durchgehend eine höchste Problembelastung der suizidalen Jugendlichen im Vergleich

zu den anderen Stichproben. Im Bereich „Nach der Schule“ zeigt die Normal-KG, die ansonsten die geringste Problembelastung äußert, den höchsten Durchschnittswert. In allen anderen signifikanten Gruppendifferenzen sind zudem die Werte der klinischen KG geringer ausgeprägt als die der Kriteriumsstichprobe, aber stärker ausgeprägt als die Werte der Normal-KG.

Tabelle 3 zeigt die Stichprobenparameter auf der Basis der intraindividuell gewichteten Rohwerte.

Tabelle 3: Vergleich der 3 Gruppen hinsichtlich des intraindividuellen Stellenwerts einzelner Problembereiche

| Skala: | Mittelwerte der intraindividuellen Rangplätze | | | H-Test |
|-----------------------|-----------------------------------------------|-------------------------|-------------------------|------------------|
| | 1 Suic. vers. N = 35 | 2 Klin. KG N = 30 | 3 Norm.-KG N = 27 | |
| „Meine Schule“ | $\bar{x} = 4,33$ | 3,95 | 2,87 | H = 4,38 (n. s.) |
| „Nach der Schule“ | $\bar{x} = 3,3$ | 3,08 | 1,59 | H = 15,66 (0,1%) |
| „Über mich selbst“ | $\bar{x} = 3,4$ | 3,1 | 3,83 | H = 6,98 (5%) |
| „Ich und die anderen“ | $\bar{x} = 4,51$ | 4,6 | 4,24 | H = .68 (n. s.) |
| „Zu Hause“ | $\bar{x} = 4,33$ | 4,5 | 5,76 | H = 9,68 (1%) |
| „Jungen und Mädchen“ | $\bar{x} = 6,66$ | 7,03 | 6,52 | H = .38 (n. s.) |
| „Gesundheit“ | $\bar{x} = 5,39$ | 6,13 | 6,67 | H = 9,95 (1%) |
| „Allgemeines“ | $\bar{x} = 4,11$ | 3,63 | 4,48 | H = 5,39 (10%) |

Hier nun zeigt sich ein hochsignifikanter Unterschied beim Stellenwert der Skala 2 „Nach der Schule“. Diese die Zukunftsorientierung erfragende Skala hat bei der Gruppe der Suizidalen eine führende Bedeutung, jedoch nicht in dem absoluten Maße wie z. B. bei der Normalkontrollgruppe. Die bei der Normal-KG an zweiter Stelle stehenden Probleme im Zusammenhang mit der Schule (Skala 1) nimmt bei den suizidalen Mädchen nur einen mittleren Rang ein. Hingegen steht hier die Auseinandersetzung mit der eigenen Person (Skala 3) an zweiter Stelle, ebenso wie bei der klinischen KG. Die häusliche Situation (Skala 5 „Zu Hause“) und die Sorgen um körperliche Probleme sowie die figürliche Selbsteinschätzung (Skala 7 „Gesundheit“) sind bei allen Gruppen im Vergleich zu anderen Problemen sehr unterschiedlich ausgeprägt: Beide Skalen erhalten bei den Suizidantinnen eine stärkere Bedeutung als in den Kontrollgruppen. Hinsichtlich „allgemeiner“ Probleme (Skala 8), in denen es dem Inhalt der Items zufolge überwiegend um religiöse, ethische und weltanschauliche Fragen geht, ist die Unterscheidung der Gruppen vom Stellenwert dieser Probleme her nicht so deutlich wie vom Ausprägungsgrad der Antworten her.

In Tabelle 4 nun werden die Auswertungsmodi „Rohwerte vs. intraindividuelle Rohwerte“ verglichen, diesmal anhand des paarweisen Vergleichs von jeweils zwei Stichproben miteinander. Die Signifikanzprüfung erfolgte hier mit dem Mann-Whitney-U-Test (Siegel 1956)

Tabelle 4: Paarweise Gruppenvergleiche hinsichtlich Problembelastung (R W-Basis) und intraindividuelle Problemgewichtung. (Signifikanzprüfung nach Mann-Whitney)

| Skala: | Gruppenvergleich auf RW - Basis | | | Gruppenvergleich: intraindividuelle RW - Gewichtung | | |
|-----------------------|---------------------------------|-------|-------|-----------------------------------------------------|-------|-------|
| | 1 : 2 | 1 : 3 | 2 : 3 | 1 : 2 | 1 : 3 | 2 : 3 |
| „Meine Schule“ | - | - | - | - | 5% | - |
| „Nach der Schule“ | - | - | 5% | - | 0,1% | 0,1% |
| „Über mich selbst“ | - | 1% | - | - | 5% | 5% |
| „Ich und die anderen“ | - | 5% | - | - | - | - |
| „Zu Hause“ | 5% | 0,1% | 5% | - | 1% | 5% |
| „Jungen und Mädchen“ | - | - | - | - | - | - |
| „Gesundheit“ | 5% | 1% | - | - | 1% | 5% |
| „Allgemeines“ | - | 1% | 5% | - | - | 5% |
| Total | - | 5% | 5% | entfällt | | |

Generell läßt sich aufgrund dieser paarweisen Gruppenvergleiche schließen, daß die Varianzunterschiede zwischen den Gruppen insbesondere „zu Lasten“ der Normalkontrollgruppe gehen: Sowohl die Kriteriumsstichprobe als auch die klinische KG zeigen die meisten Unterschiede im Vergleich zur Normal-KG. Was den Stellenwert der Problembereiche zueinander angeht, so gibt es in keinem Bereich Unterschiede zwischen der Kriteriumsstichprobe und der klinischen KG. In den Bereichen „Zu Hause“ und „Gesundheit“ zeigt sich von der Analyse auf Rohwert-Basis her eine signifikant stärkere Ausprägung in der Gruppe der suizidalen Mädchen, somit eine stärkere Problembelastung. Insbesondere die Skala 5 „Zu Hause“ hat diesen Ergebnissen zufolge den Stellenwert einer Moderator-Variablen

(Lienert 1967): Sie trennt mehr als die anderen Skalen alle drei Gruppen aufgrund der statistischen Kennwerte voneinander.

Zur Untersuchung der Frage, welchen Stellenwert selbstbezogene Problemäußerungen im Vergleich zu Problemen mit relevanten Umweltpartnern haben, werden die Rohwerte der Skalen 3, 4 und 5 in intraindividuelle Rohwerte umgewandelt und ein isolierter 3-Skalen-Vergleich ange stellt. Prüfverfahren ist hier der Friedman-Test für abhängige Stichproben (Siegel 1956).

Die Ergebnisse zeigt Tabelle 5.

Tabelle 5: Intraindividuelle Rangplätze beim Vergleich der Skalen 3, 4 und 5. (Signifikanzprüfung nach Friedman)

| | Über mich selbst | Ich und die anderen | Zu Hause | Chi-Quad. (Friedman) | Sign. |
|-------------|------------------|---------------------|----------|----------------------|-------|
| Suic. vers. | 1,77 | 2,34 | 2,06 | 30,06 | 0,1% |
| Klin. KG | 1,5 | 2,33 | 2,17 | 11,67 | 1% |
| Norm.-KG | 1,61 | 1,93 | 2,46 | 10,02 | 1% |

In allen drei Gruppen sind sehr signifikante bzw. hochsignifikante (Kriteriumsstichprobe) Unterschiede in der Bedeutung der drei Problembereiche aufgetreten: Allen drei Gruppen gemeinsam ist die führende Stellung der Skala 3 „Über mich selbst“, also die Auseinandersetzung mit der eigenen Person. Der Stellenwert der Probleme mit Gleichaltrigen (Skala 4) ist im Vergleich zum Stellenwert der Probleme in der Familie (Skala 5) bei der Normal-KG höher ausgeprägt. In der Kriteriumsstichprobe und der klinischen KG dagegen haben die innerfamiliär empfundenen Probleme eine größere Bedeutung als die Probleme mit Gleichaltrigen; hierbei deuten die durchschnittliche Rangplatzausprägung und die Höhe des Signifikanzniveaus darauf hin, daß bei den suizidalen Mädchen die innerfamiliär erlebten Probleme noch deutlicher vor den Problemen mit Gleichaltrigen rangieren, als dies in der klinischen KG der Fall ist.

Im Zusammenhang mit dieser Fragestellung wurde eine itemweise Analyse der Skala 5 mit dem Ziel durchgeführt, die von den Suizidanten als besonders problematisch dargestellten Äußerungen im Vergleich zu den Äußerungen in den Kontrollgruppen inhaltlich zu erfassen. Als „besonders problematisch“ wurden hier solche Items angesehen, die von 66% oder mehr Probanden innerhalb einer Stichprobe über das individuelle Antwortmuster hinaus als belastend angegeben wurden.

Das Ergebnis der itemweisen Betrachtung problematisch empfundener Aussagen im Vergleich der Gruppen zeigt Tabelle 6.

Eine Interpretation dieses (statistisch kaum abzusichern- den) Ergebnisses zeigt von der Art der geäußerten Probleme her ein ungleich stärkeres Maß an emotionaler Belastung bei den Mädchen der Kriteriumsstichprobe im Vergleich zu den übrigen Probanden: Item 175 kann als typisches Beispiel einer depressiven Äußerung eigenen Un-Wertes angesehen werden. Die Items 179, 203 und 213 sind in dieser Kombination Hinweise auf innerfamiliäre Kommunikationsbarrieren, vor allem bestimmt durch die Angst vor eventuellen

Tabelle 6: Items der Skala 5 des „Pff“ („Zu Hause“) mit Antworthäufigkeiten über 66% der jeweiligen Stichprobe

| Item-Nr. | Aussage | Antworthäufigkeit über 66% |
|----------|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| 175 | Ich habe das Gefühl, daß ich meinen Eltern zur Last falle. | |
| 179 | Über persönliche Dinge kann ich mit meinen Eltern nicht sprechen. | |
| 203 | Ich habe Angst, meinen Eltern zu sagen, wenn ich etwas Unrechtes getan habe. | Stichprobe: „Suizidversuch“ |
| 213 | Meine Eltern haben zuviel an mir auszusetzen. | |
| 174 | Ich wünschte, wir hätten ein netteres Familienleben. | Stichprobe: „Suizidversuch“ |
| 190 | Ich wünschte, meine Eltern ließen mich häufiger meine eigenen Entscheidungen treffen. | Klinische KG |
| 191 | Ich mache mir Gedanken über die Sorgen meiner Eltern | Stichprobe: „Suizidversuch“ Normal-KG |
| 178 | Ich habe das Gefühl, zwischen meinen Eltern und mir ist eine Wand. | |
| 210 | Meine Eltern wollen nicht zugeben, daß ich manchmal Recht habe. | Stichprobe: Klinische KG |
| 192 | Ich wünschte, ich könnte meinen Eltern eine größere Stütze sein. | Stichprobe: Normal-KG |

negativen Reaktionen durch die Eltern. Betrachtet man dagegen die (lediglich in der klinischen KG gehäuft auftretenden) Aussagen 178 und 210, so werden hier weniger die negativen, vielmehr die *mangelnden positiven* Reaktionen der Eltern betont. Wenngleich auch in der klinischen KG Kommunikationsprobleme mit den Eltern geäußert werden, so sind die für diese Kontrollgruppe typischen Aussagen mehr vom latenten oder offenen Konflikt bestimmt, weniger resignativ oder verängstigt, wie es in der Gruppe der suizidalen Mädchen der Fall ist. Die den beiden klinisch auffälligen Stichproben gemeinsamen Items 174 und 190 kennzeichnen eine als übertrieben empfundene elterliche Kontrolle in einer gereizten Familienatmosphäre.

4. Interpretation

Die hier ermittelten Ergebnisse über 35 Mädchen nach Suizidversuchen legen den Schluß nahe, einen Suizidversuch in erster Linie als Resultat schwerer Beziehungsprobleme anzusehen.

Bei der Ermittlung der akuten Auslöser schälten sich drei Schwerpunkte heraus: Konflikte mit einem Elternteil (ca. 38%), Konflikte mit Gleichaltrigen, vor allem in Partnerbeziehungen (ca. 27%), sowie Leistungsprobleme (ca. 21%). Zur Frage der Leistungsprobleme als Auslöser für suizidales Geschehen ist allerdings anzumerken, daß gerade hier zwischenmenschliche Beziehungen defizitär erlebt werden: Ein Leistungsproblem kann nur dann von so vorrangiger Bedeutung sein, wenn a) entweder mit der zu vollbringenden Leistung die Aufrechterhaltung wichtiger Beziehungen verknüpft ist (wenn z.B. ein scheinbar gutes Verhältnis zu den Eltern durch schwache Leistung erheblich beeinträchtigt werden kann); oder b) wenn die erlebte Einsamkeit bereits soweit fortgeschritten ist, daß „Liebe von anderen oder zu sich selbst nicht mehr erlebt werden kann“ (Pohlmeier 1979); wenn an die Liebe zu sich selbst also auch Bedingungen geknüpft werden derart, daß Leistung und Selbstwertgefühl zu austauschbaren Begriffen werden. Gleichwohl stellt das Überforderungsmoment in Schule oder Lehrstelle als auslösender Faktor für suizidale Handlungen ein nicht zu übersehendes Moment der Provokation seelischer Krisen dar. Scheinbar im Widerspruch hierzu stehen die Ergebnisse aus der standardisierten Befragung Jugendlicher: Hier zeigt sich in der allgemeinen Problembelastung durch die Schule eine über alle Stichproben gleiche Ausprägung. In der Frage des individuellen Stellenwertes des Problems „Schule“ weist die Normal-KG diesem Bereich sogar eine signifikant höhere Bedeutung zu als die Stichprobe der Suizidalen: Die Schule steht bei klinisch unauffälligen Jugendlichen durchschnittlich an zweiter Stelle aller erfaßten Problembereiche, in der Kriteriumsstichprobe hat sie dagegen einen Rangplatz zwischen 4 und 5. Wenn auch Probleme in der Ausbildung bei immerhin 20,6% aller Suizidalen den Stellenwert eines Auslösers der Handlung haben, so sind doch die hierauf bezogenen Meßdaten nicht so extrem ausgefallen, daß es auf die Stellung des Problems „Schule“ in der Gesamtstichprobe Einfluß gehabt hätte.

Sowohl die suizidalen Mädchen als auch die Angehörigen der Kontrollgruppen weisen dem Bereich der Probleme „Nach der Schule“ die insgesamt größte Bedeutung zu. Absolut gesehen beschäftigen sich die Angehörigen der Normal-KG am stärksten mit diesen Fragen. Für die suizidalen Mädchen liegt in diesen Fragen also offensichtlich auch dann noch ein besonders großes Problem, wenn sie durch den Suizidversuch eigentlich die generelle Verneinung der Zukunft dokumentieren. Die Interpretation gerade dieser Daten läßt viel Raum für Spekulation, beispielsweise: inwieweit demzufolge ein eventuell „demonstrativer Charakter“ der Suizidversuche erwiesen sei, denn schließlich sei ja eine Zukunftsorientierung dort noch erkennbar. (Eine solche Sichtweise erweist sich in der Praxis als gefährlich.) Wesentlich scheint hier zu sein, daß die Erfragung zukunftsbezogener Probleme im „Pff“ unabhängig von der individuellen Einschätzung der Lösbarkeit dieser Probleme erfolgt. So besteht die Zukunft eines suizidgefährdeten Jugendlichen, dessen Kognitionen vor allem durch Hoffnungslosigkeit gekennzeichnet sind (Minkoff et al. 1973), als Problem weiter; er unterscheidet sich da nicht von anderen Jugendlichen mit Zukunftsproblemen. Sicherlich aber

bestehen Unterschiede in der Frage, als wie lösbar der jeweilige Jugendliche die Probleme einschätzt.

In der Auseinandersetzung mit der eigenen Person zeigen suizidale Mädchen eine nur unbedeutend stärkere Problembelastung als die jugendpsychiatrisch anderweitig auffälligen Mädchen. Ein signifikanter Unterschied besteht im Vergleich zur Normal-Kontrollgruppe: Die Suizidalen erweisen sich in ihren Selbstaussagen emotional belasteter. Der Stellenwert des Problems „Über mich selbst“ ist in den beiden klinischen Stichproben höher als in der Normal-KG: die klinisch auffälligen Jugendlichen haben in gehäuftem Maße ein neurotisches Selbstbild. In den Beziehungen zu relevanten Umweltpartnern zeigt sich bei den klinischen Stichproben der Schwerpunkt der Problembelastung im familiären Bezug, wobei hier vor allem Beziehungsprobleme mit den Eltern erfaßt werden. Dagegen rangieren bei den klinisch unauffälligen Mädchen Probleme mit Gleichaltrigen vor innerfamiliären Problemen. Die – absolut gesehen – größten Schwierigkeiten „Zu Hause“ haben die suizidalen Jugendlichen. Den einzelnen Problemaussagen zufolge erleben sie die familiäre Situation zugleich voller Spannung und im Gefühl, deplaciert bzw. lästig zu sein. Sie haben es aufgegeben, mit ihren Eltern über persönliche Dinge sprechen zu wollen, sie haben Angst vor Kritik und Strafe. Dabei fühlen sie sich – und hierin übereinstimmend mit den Probanden der klinischen KG – in ihrer Entscheidungsfähigkeit durch die Eltern eingeschränkt; sie erleben auf diesem Wege die *negative Kontrolle* durch die Eltern. Der Versuch, sich dieser negativen Kontrolle (Bevormundung, Kritik bzw. Bestrafung) zu entziehen, bildet die Grundlage für ein Einsamkeitserleben, wie wir es oben als Haltlosigkeit zu definieren versuchten. Und in diesem Punkt unterscheiden sich die häuslichen Probleme der suizidgefährdeten Mädchen von den Problemen der anderen Probanden: Der Prozeß der Vereinsamung ist im Erleben der Jugendlichen festgeschrieben; ein Konflikt, welcher die Beziehungsstruktur positiv verändern oder eine positive Veränderung wahrscheinlich werden lassen könnte, ist nicht denkbar.

Hingegen klagen die nicht suizidalen, klinisch auffälligen Probanden z. B. gehäuft darüber, daß ihre Eltern nicht zugeben, daß sie (die Probanden) manchmal Recht hätten; ein Hinweis darauf, daß dort Auseinandersetzungen stattfinden, in denen der betreffende Jugendliche von seinem Standpunkt überzeugt ist und eventuell auch noch mit positiven Erwartungen (Selbstbehauptung, Toleranz o.ä.) in einen Konflikt hineingeht.

Zusammenfassend kann zum Bereich der innerfamiliären Problematik der Schluß gezogen werden, daß es auch hier vor allem Unterschiede in der Beurteilung der Lösbarkeit der innerfamiliären Konflikte gibt, durch welche sich die suizidalen Mädchen von den klinisch auffälligen Mädchen unterscheiden; die suizidalen Mädchen erweisen sich als insgesamt hoffnungsloser.

Im Problembereich „Gesundheit“, der neben körperlicher und figürlicher Selbsteinschätzung auch psychovegetative Beschwerden erfaßt, erweisen sich die suizidalen Mädchen als stärker belastet als die Angehörigen der beiden Kontrollgruppen. Unzufriedenheit mit der äußeren Erscheinung und körperliche Korrelate depressiver Störungen (Appetitman-

gel, Ermüdbarkeit, Schlaflosigkeit etc.) sind erwartungsgemäß bei den suizidalen Mädchen am stärksten ausgeprägt.

Lebensphilosophische, ethische und weltanschauliche Probleme schließlich sind bei den klinisch auffälligen Jugendlichen deutlicher vorhanden als bei den Angehörigen der Normal-KG. Eine Interpretation dieses Ergebnisses ist aufgrund der heterogenen Skalenkonstruktion lediglich verallgemeinernd insofern möglich, als von einer generellen Verunsicherung im Hinblick auf moralische und ethische Werte in den beiden klinischen Stichproben gesprochen werden kann.

Ein Vergleich der Auswertungsmodi für den „Problemfragebogen für Jugendliche“ hat zum Ergebnis, daß die *Problempatterns* der suizidalen Mädchen sich von denen der nicht suizidalen klinisch auffälligen Mädchen weniger unterscheiden als die absoluten Werte in den einzelnen Problembereichen. Aus diesen absoluten Werten lesen wir die Stärke der *Problembelastung*. Während also in der Reihenfolge der Problemschwerpunkte im wesentlichen Gemeinsamkeit bei den klinischen Stichproben zu verzeichnen ist, zeigen die suizidalen Mädchen vor allem in innerfamiliären und körperlich-gesundheitlichen Problembereichen erhöhte Belastungen. Festzustellen ist daneben in der Kriteriumsstichprobe auch eine *generelle* Tendenz, stärkere Problembelastung zu äußern (Tab. 2). Inwieweit diese „Darstellung“ einer stärkeren Problembelastung dem „Erleben“ einer solchen stärkeren Belastung entspricht, inwieweit beides gar einer „objektiv“ erfaßbaren stärkeren Problembelastung suizidaler Jugendlicher entspricht, dies alles ist ein ungelöstes und kaum lösbares Validitätsproblem bei der Messung mit Hilfe von Fragebogen. Von den Meßdaten des Fragebogens her jedenfalls erweisen sich die Mädchen, die Suizidversuche unternommen haben, als besonders stark problembeladen, wobei sie sich vor allem durch die Art und Ausprägung der durch die innerfamiliären Probleme entstandenen Belastung von den anderen Jugendlichen unterscheiden. Bei ähnlicher Problemstruktur, wie sie auch klinisch auffällige Mädchen ohne Suizidversuch zeigen, sind die suizidalen Mädchen hoffnungsloser (mangelnder Optimismus im Hinblick auf die Lösbarkeit der Probleme) und haltloser (im Sinne der erlebten Einsamkeit unter wohlvertrauten Bezugspersonen) als die Jugendlichen aus den Vergleichsgruppen.

Summary

Problem Analysis on Female Adolescents after Attempted Suicide

An investigation carried out on 35 adolescent girls after suicide attempts revealed that interpersonal conflicts (with one parent or with peers) were the essential cause for the attempted suicide in about 65% of all cases, followed by failure at school in about 20%.

Data obtained from the test subjects by means of a questionnaire („Problem Questionnaire for Adolescents“) were compared to the corresponding data from a group of adolescent girls under psychiatric care and a normal control group. This comparison showed that the suicidal girls were overall

the most stressed by problems, consisting mainly of problems within their families and problems connected with their physical and health-related self-image.

While the group comparison showed the suicidal girls to be the most afflicted by problems, there were, however, certain similarities between the problem patterns for the suicidal girls and the group of girls under psychiatric care. This must be attributed to the fact that suicidal girls experience their problems to be less solvable.

Literatur

Beck, A. T.: Wahrnehmung der Wirklichkeit und Neurose. München, Pfeiffer 1979. – *Dührssen, A.*: Zum Problem des Selbstmordes bei jungen Mädchen. Prax. Kinderpsychol., Beiheft 9/1967. – *Hobrücker, B.*: Komponenten des suizidalen Einstellungsmusters von Jugendlichen. Der praktische Arzt (1980a). – *Ders.*: Persönlichkeitsmerkmale jugendlicher Parasuizidanten. Dissertation im Manu-

skript, Kiel 1980. – *Jacobs, J.*: Selbstmord bei Jugendlichen. München, Kösel 1974. – *Lienert, G. A.*: Testaufbau und Testanalyse. Weinheim, Beltz 1967. – *Löwnau, H. W.*: Suizidale Tendenzen bei neurotischen Kindern und Jugendlichen. Prax. Kinderpsychol. 19 (1970), 165–167. – *Minkoff, K., Bergman, E., Beck, A. T., Beck, R.*: Hopelessness, Depression and Attempted Suicide. Am. J. Psychiat. 130 (1973), 455–459. – *Pohlmeier, H.*: Selbstmord und Selbstmordverhütung. München, Urban u. Schwarzenberg 1978. – *Ringel, E.* (Hrsg.): Sucht und Suizid. Freiburg, Lambertus 1976. – *Schmitz, G.*: Motivationsanalyse und Entwicklungsbedingungen bei Jugendlichen mit Suizidversuchen. Der praktische Arzt (1980). – *Seligman, M. E.*: Helplessness. On Depression, Development and Death. San Francisco, Freeman 1975. – *Siegel, S.*: Nonparametric Statistics. New York, McGraw Hill 1956. – *Süllwold, F., Berg, M.*: Problemfragebogen für Jugendliche. Göttingen, Hogrefe 1967.

Anshr. d. Verf.: Dipl.-Psych. Bernard Hobrücker, Vera Rambow, Dipl.-Psych. Günter Schmitz, Zentrum Nervenheilkunde, Abt. Kinder- und Jugendpsychiatrie, Niemansweg 147, 2300 Kiel 1.