

**Psychologische Einflussfaktoren auf eine Posttraumatische Belastungsstörung infolge
eines Suizidversuchs**

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung des Doktorgrades

der Philosophie an der Ludwig-Maximilians-Universität

München

vorgelegt von

Birgit Bill

aus

Augsburg

München, 2012

Referent: Prof. Dr. Rita Rosner

Korreferent: Prof. Dr. Thomas Bronisch

Tag der mündlichen Prüfung: 13. Februar 2012

DANKSAGUNG

Die ursprüngliche Idee, einen Suizidversuch als potenziell traumatisches Ereignis zu klassifizieren, entstand am Max-Planck-Institut (MPI) für Psychiatrie in München aufgrund physiologischer Befunde. In der Diplomarbeit wurde diese Idee zum ersten Mal aufgegriffen. Im Zuge dieser Arbeit entstand die Idee zu vorliegender Arbeit, welche stärker auf peri- und posttraumatische Faktoren fokussiert.

Besonderer Dank gilt Frau Prof. Dr. Rita Rosner für die Möglichkeit, bei ihr zu promovieren. Ebenso möchte ich mich bei ihr für die Unterstützung der Arbeit und dafür, dass sie mir stets als Ansprechpartnerin zur Verfügung stand, sehr herzlich bedanken.

Besonders bedanken möchte ich mich bei Herrn Prof. Dr. Thomas Bronisch, der sich mit großem Eifer dafür eingesetzt hat, dass die Studie am Max-Planck Institut für Psychiatrie umgesetzt werden konnte. Dabei hatte er immer ein offenes Ohr für alle Schwierigkeiten. Dafür nochmals herzlichen Dank.

Ebenso möchte ich mich bei ihm für den Kontakt zu Prof. Dr. Dan Rujescu bedanken, der ermöglicht hat, dass ich Zutritt zu den beiden geschlossenen Stationen der LMU-Klinik bekam, um dort weitere Probanden zu akquirieren. Vielen Dank auch Herrn Prof. Rujescu für dieses Entgegenkommen.

Bedanken möchte ich mich auch bei Frau Dr. Ulrike Schmidt, die als Oberärztin der geschützten Station des MPI wesentlich dazu beigetragen hat, dass optimale Rahmenbedingungen für das Gelingen der Studie vorhanden waren. Dabei gilt auch mein Dank den Ärzten der Station 5 des MPI: Frau Dr. Isabelle Lang-Rollin, Herrn Dr. Bastian Wollweber und Herrn Dr. Christoph Thöringer.

Vielen Dank an Herrn Dr. Marcus Ising, der bei allen aufkommenden Fragen im Laufe der Arbeit überaus schnell und kompetent als Ansprechpartner zur Verfügung stand.

Danke auch an Frau Hildegard Pfister für ihre Unterstützung.

Innigen Dank an meinen Mann, der mir immer mit großem Engagement den Rücken frei gehalten hat, trotz eigener hoher Arbeitsbelastung. Vielen Dank an meine Kinder, die das eine oder andere Mal eigene Bedürfnisse aufschieben mussten.

Birgit Bill

im Februar 2012

I	ABSTRACT	8
II	EINLEITUNG	9
III	THEORETISCHER TEIL	11
1	Suizid und Suizidversuch	11
1.1	Definitionen	11
1.1.1	Suizid	11
1.1.2	Suizidversuch	11
1.2	Epidemiologie von Suiziden und Suizidversuchen	13
1.2.1	Häufigkeiten von Suiziden und Suizidversuchen	13
1.2.1.1	Suizide	13
1.2.1.2	Suizidversuche	14
1.2.2	Motivation für einen Suizidversuch	15
1.2.3	Risikofaktoren	15
1.2.3.1	Soziodemografische Faktoren (Geschlecht, Alter, Familienstand)	15
1.2.3.2	Art der psychischen Erkrankung	16
1.2.3.3	Copingstrategien	16
2	Posttraumatische Belastungsstörung	17
2.1	Definitionen	17
2.1.1	Posttraumatische Belastungsstörung	17
2.1.2	Subsyndromale posttraumatische Belastungsstörung	20
2.1.3	Akute Belastungsstörung	20
2.2	Prävalenz	21
2.2.1	Posttraumatische Belastungsstörung	21
2.2.2	Subsyndromale posttraumatische Belastungsstörung	22
2.2.3	Akute Belastungsstörung (ABS)	23
2.3	Bedingungsmodell für die Ätiologie einer posttraumatischen Belastungsstörung	23
2.4	Empirische Prädiktoren/Faktoren für die Entstehung einer Posttraumatischen Belastungsstörung	24
2.4.1	Soziodemografische Faktoren	24
2.4.2	Anzahl an traumatischen Ereignissen in der Vorgeschichte	25
2.4.3	Psychiatrische Erkrankungen vor dem traumatischen Ereignis	26
2.4.4	Peritraumatische Faktoren	27
2.4.4.1	Schwere und Art des Traumas	27
2.4.4.2	Subjektives Empfinden der traumatischen Situation	28
2.4.4.3	Peritraumatische Dissoziationen	29
2.4.5	Posttraumatische Faktoren	30

2.4.5.1	Akute Belastungsstörung.....	30
2.4.5.2	Kognitionen.....	31
2.4.5.3	Disclosure.....	33
2.4.5.4	Posttraumatische Reifung.....	34
2.4.5.5	Soziale Unterstützung.....	35
2.4.5.6	Art des Coping.....	37
3	Posttraumatische Belastungsstörung nach einem Suizidversuch.....	37
3.1	Biologische Faktoren.....	37
3.2	Psychologische Faktoren.....	39
4	Angst und Depression komorbid zu PTBS.....	39
IV	EIGENE FRAGESTELLUNG.....	41
1	Soziodemografische, prätraumatische Faktoren und Komorbiditäten.....	41
2	Peritraumatische Faktoren.....	41
3	Posttraumatische Faktoren.....	42
V	METHODISCHER TEIL.....	43
1	Angewandte Untersuchungsverfahren.....	43
1.1	Fremdratingverfahren.....	43
1.1.1	Munich Composite International Diagnostic Interview (<i>M-CIDI</i>).....	43
1.1.2	Hamilton Depression Scale (<i>HAMD</i>).....	43
1.1.3	Risk-Rescue Scale (<i>RRS</i>).....	44
1.1.4	Clinician-Administered PTSD Scale (<i>CAPS</i>).....	45
1.1.5	Soziodemografische und suizidanamnestische Daten.....	46
1.2	Selbstratingverfahren.....	47
1.2.1	Becks Depression Inventory (<i>BDI</i>).....	47
1.2.2	Stait-Trait-Angstinventar (<i>STAI</i>).....	48
1.2.3	Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire (<i>PDEQ</i>).....	49
1.2.4	Acute Stress Disorder Scale (<i>ASDS</i>).....	49
1.2.5	Posttraumatic Growth Scale (Posttraumatische Persönliche Reifung) (<i>PTR</i>).....	49
1.2.6	Posttraumatic Cognition Inventory (<i>PTCI</i>).....	50
1.2.7	Peritraumatic Distress Inventory (<i>PDI</i>).....	51
1.2.8	Stressverarbeitungsfragebogen (<i>SVF78</i>).....	52
1.2.9	Fragebogen zur sozialen Unterstützung (<i>F-SozU</i>).....	52
1.2.10	Soziale Wertschätzung Fragebogen (<i>SAQ</i>).....	54
1.2.11	Fragebogen zur Offenlegung traumatischer Erfahrungen (<i>Disclosure</i>).....	54
2	Gewinnung und Beschreibung der Stichprobe.....	55

3	Ablauf der Studie.....	58
4	Methoden der statistischen Datenanalyse.....	60
4.1	Univariate Analyse.....	61
4.2	Multivariate Analyse.....	62
VI	ERGEBNISSE.....	69
1	Deskriptive Auswertung.....	69
1.1	Komorbiditäten in der Stichprobe.....	69
1.2	Posttraumatische Belastungsstörung nach einem Suizidversuch (SPTBS), subsyndromale SPTBS, SPTBS-Symptome und SPTBS-Schweregrad.....	71
1.3	Charakteristik der Suizidversuche.....	76
1.4	Peritraumatisches Erleben.....	81
1.5	Akute Belastungsstörung.....	81
1.6	Depression und Angst.....	82
1.7	Posttraumatische Reifung.....	84
1.8	Posttraumatische kognitive Veränderungen.....	85
1.9	Copingstrategien (SVF78).....	86
1.10	Soziale Faktoren (soziale Wertschätzung & F-SozU).....	88
1.11	Disclosure.....	89
2	Charakterisierung der Drop Outs.....	90
3	Analyse und Auswahl der abhängigen Variable.....	92
4	Univariate Analyse.....	95
4.1	Analyse der SPTBS nach <i>DSM-IV</i>	95
4.2	Analyse der SPTBS nach <i>ICD-10</i>	104
4.3	Analyse des Schweregrads der SPTBS-Symptomatik.....	113
4.4	Analyse der Veränderung der zu beiden Messzeitpunkten erhobenen Variablen.....	120
5	Multivariate Analyse.....	124
5.1	Multivariate Analyse der SPTBS nach <i>DSM-IV</i>	124
5.2	Multivariate Analyse der SPTBS nach <i>ICD-10</i>	126
5.3	Multivariate Analyse des Schweregrads der SPTBS-Symptomatik.....	128
VII	DISKUSSION.....	133
VIII	GRENZEN DER STUDIE UND IMPLIKATIONEN FÜR ZUKÜNFTIGE STUDIEN.....	149
IX	LITERATUR.....	151
XI	ABBILDUNGSSVERZEICHNIS.....	163

XII	TABELLENVERZEICHNIS	165
XIII	ANHANG.....	169
	Anhang 1: Grafiken.....	169
	Anhang 2: Lebenslauf	177

I ABSTRACT

In der vorliegenden Studie wurden 43 Probanden unmittelbar nach einem Suizidversuch über das peri- und posttraumatische Erleben des Suizidversuchs befragt. Ebenso wurde das Copingverhalten der Probanden erfasst. Ein halbes Jahr nach dem Suizidversuch wurde untersucht, ob die Probanden aufgrund des Suizidversuchs eine posttraumatische Belastungsstörung hatten. Dazu konnten 36 Probanden befragt werden. Von 30 dieser Probanden konnten posttraumatische Faktoren erhoben werden. Von den 36 Probanden hatten 7 (19 %) aufgrund des Suizidversuchs eine posttraumatische Belastungsstörung gemäß *DSM-IV*. Bei 19 (53 %) der 36 Probanden wurde aufgrund des Suizidversuchs eine posttraumatische Belastungsstörung gemäß *ICD-10* festgestellt. Eine posttraumatische Belastungsstörung aufgrund des Suizidversuchs nach *DSM-IV* zeigt einen multivariaten Zusammenhang mit der Anzahl an komorbiden Diagnosen und einem Aspekt der posttraumatischen Reifung im Hinblick auf die Erweiterung der eigenen Möglichkeiten im Leben. Eine posttraumatische Belastungsstörung aufgrund eines Suizidversuchs nach *ICD-10* hat einen multivariaten Zusammenhang mit dem Alter, dem Ausmaß an akuten Belastungssymptomen und mit der Art des Situationscopings. Der Schweregrad einer posttraumatischen Belastungsstörung hängt multivariat zusammen mit einem Aspekt posttraumatischer Kognitionen über die eigene Person und einem Aspekt der posttraumatischen Reifung im Hinblick auf religiöse Veränderungen.

II EINLEITUNG

In Studien zur Prävalenz einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) in Bezug zu einem bestimmten Ereignis werden Suizidversuche nicht aufgeführt (z.B. Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes & Nelson, 1995; Perkonig, Kessler, Storz & Wittchen, 2000).

Erste Hinweise für Suizidversuche als potenziell PTBS-auslösende Ereignisse ergeben sich aus Studien zur Überprüfung der Reaktivität der HPA-Achse. So zeigt sich anhand des Dex-CRH-Tests bei depressiven Probanden eine geringere Suppressierbarkeit des Cortisol-Spiegels, als bei gesunden Probanden (Heuser, Yassouridis & Holsboer, 1994). Dagegen zeigen depressive Probanden mit einem Suizidversuch in der Vorgeschichte eine verstärkte Cortisol-suppression (Pfennig, Künzel, Kern, Ising, Majer, Fuchs, Ernst, Holsboer & Binder, 2005). Ebenso zeigen Probanden mit einer PTBS auf den Dex-CRH-Test eine verstärkte Suppression von Cortisol (De Kloet, Vermetten, Geuze, Kavelaars, Heijnen & Westenberg, 2006).

In einer Studie an 25 Probanden, deren Suizidversuch zum Zeitpunkt der Befragung im Mittel 11 Jahre zurücklag, erfüllten 48 % die Kriterien für eine posttraumatische Belastungsstörung aufgrund des Suizidversuchs (SPTBS). Dabei wurde der Zusammenhang einer SPTBS mit Copingvariablen, Aggressivitätsfaktoren, peritraumatischen Dissoziationen, akuten Belastungsreaktionen, der Ernsthaftigkeit und Gefährlichkeit des Suizidversuchs, sowie dem Ausmaß an Impulsivität untersucht. Es stellte sich ein bedeutsamer positiver Zusammenhang mit der Gefährlichkeit eines Suizidversuchs und einer späteren SPTBS heraus (Bill, 2008).

Zunächst ist das Ziel der vorliegenden Studie, zeitnah nach dem Suizidversuch eine SPTBS-Diagnostik zu erheben, um eine validere Verbindung der PTBS-Symptomatik zum Suizidversuch herstellen zu können, als das in der o.g. Studie möglich war. Zudem soll der Zusammenhang einer SPTBS mit Faktoren überprüft werden, deren Zusammenhang mit einer PTBS bereits nachgewiesen wurde. Die stärksten Zusammenhänge lassen sich dabei bei peri- und posttraumatischen Faktoren finden (z.B. Brewin, Andrews & Valentine, 2000; Ozer, Best, Lipsey & Weiss, 2003). Ebenso zeigt sich bei Probanden mit einer PTBS in einigen Studien ein zu Probanden ohne PTBS unterschiedliches Copingverhalten (z.B. King, King, Keane, Foy & Fairbank, 1999; Johnson, Eid, Laberg & Thayer, 2002). Aufgründessen wird der Focus in der vorliegenden Arbeit auf peri- und posttraumatische Faktoren und dem Copingverhalten der Probanden gelegt. Zudem sind die posttraumatischen

Faktoren und die Copingvariablen für die Behandlung von Probanden mit einer SPTBS von praktischer Relevanz.

III THEORETISCHER TEIL

1 Suizid und Suizidversuch

1.1 Definitionen

1.1.1 Suizid

In den 80er Jahren wurde im Rahmen der *U.S. Centers for Disease Control* eine interdisziplinäre Gruppe gegründet, die aus Rechtsmedizinern, ärztlichen Leichenbeschauern, Statistikern und Angestellten der Gesundheitsbehörde bestand. Ziel dieser Gruppe war eine Suiziddefinition zu finden, die zukünftig als Grundlage für die Suizidologie gelten sollte. Diese Gruppe postulierte folgende Definition für Suizid, die als *Operational Criteria for the Determination of Suicide* (OCDS) bezeichnet wird: „(1) death arising from (2) an act afflicted upon oneself (3) with the intent to kill oneself” (Rosenberg, Davidson, Smith, Berman, Buzbee, Gantner, Gay, Moore-Lewis, Mills, Muray, O’Carroll & Jobes 1988, S. 1445).

De Leo, Burgis, Bertolote, Kerkhof und Bille-Brahe (2004) verglichen diese und andere bis dahin entstandene Suiziddefinitionen miteinander. Sie fanden heraus, dass alle Definitionen den Suizid als eine selbst herbeigeführte Handlung mit der Erwartung oder Absicht zu sterben und dem tödlichen Ausgang bezeichneten. Aufgrund dieser Ergebnisse postulierten De Leo et al. (2004) folgende Suiziddefinition:

“Suicide is an act with a fatal outcome which the deceased, knowing or expecting a potentially fatal outcome, has initiated and carried out with the purpose of bringing about wanted changes” (p. 33).

Ausgenommen von dieser Definition sind Sterbefälle aufgrund von Extremsportarten, da diese nicht die Absicht einer Veränderung beinhalten (De Leo, Burgis, Bertolote, Kerkhof & Bille-Brahe, 2006).

1.1.2 Suizidversuch

Zu Beginn der 80er Jahre wurde von der Weltgesundheitsorganisation beschlossen, suizidales Verhalten zu reduzieren. Mitte der 80er Jahre wurde aufgrund dessen eine europaweite WHO/EURO Multicenterstudie mit dem Ziel der Datensammlung zu suizidalem Verhalten ins Leben gerufen. Die Untersuchungen fanden in 16 europäischen Ländern jeweils anhand einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe statt (Bille-Brahe, Schmidtke, Kerkhof, De Leo, Lönnqvist, Platt & Sampaio Faria, 1995). Im Vorfeld wurde eine gemeinsame Suizidversuchsdefinition erarbeitet, die allgemeine Anerkennung findet (Bronisch, 1999):

“An act with nonfatal outcome, in which an individual deliberately initiates a nonhabitual behavior that, without interventions from others, will cause self-harm, or deliberately ingests a substance in excess of the prescribed or generally recognized therapeutic dosage, and which is aimed to realizing changes which the subject desired via the actual or expected physical consequences.” (Bille-Brahe et al., 1995, p. 74).

In diese Definition eingeschlossen sind Suizidversuche, die nicht zu einer körperlichen Verletzung führen, da sie z.B. zuvor abgerochen werden. Ausgenommen werden Suizidversuche von Menschen, die aufgrund kognitiver Einschränkungen die Konsequenzen ihres Handelns nicht absehen können (Bille-Brahe et al., 1995).

Gemäß Bille-Brahe, Schmidtke, Kerkhof, De Leo, Lonnqvist & Platt (1994) ist der Parasuizid dem Suizidversuch gleichzusetzen. Dieser wiederum lässt sich je nach Art des zugrundeliegenden Motivs unterteilen in die parasuizidale Pause, in der eine als unerträglich empfundene Situation beendet werden soll, eine parasuizidale Geste im Sinne eines sozial kommunikativen Akts und die parasuizidale Handlung mit der Absicht zu sterben (Bronisch, 2007).

Sowohl Suizide als auch Suizidversuche werden unter dem Oberbegriff suizidales Verhalten zusammengefasst (De Leo et al., 2006). Unter nicht-tödlichem suizidalem Verhalten werden der Suizidversuch und der damit gleichzusetzende Parasuizid (Bille-Brahe et al., 1994) subsummiert. Aufgrund der Ambivalenz von suizidalem Verhalten postulieren De Leo et al. (2006), dass suizidales Verhalten sowohl mit, als auch ohne die Absicht zu sterben initiiert werden kann. Sie schlagen für suizidales Verhalten folgende Definition vor: “A nonhabitual act with nonfatal outcome that the individual, expecting to, or taking the risk to die or to inflict bodily harm, initiated and carried out with the purpose of bringing about wanted changes” (p. 14).

Diese Definition umfasst sowohl suizidales Verhalten mit als auch ohne körperliche Verletzungen. Ebenso sind damit vorsätzliche Selbstverletzungen, als auch vorsätzliche Selbstvergiftungen enthalten (De Leo et al., 2006).

1.2 Epidemiologie von Suiziden und Suizidversuchen

1.2.1 Häufigkeiten von Suiziden und Suizidversuchen

1.2.1.1 Suizide

Das statistische Bundesamt erfasst alle über den Zeitraum eines Jahr festgestellten Suizide in Deutschland. Grundlage dafür ist das auf dem Leichenschein genannte Grundleiden. Veröffentlicht werden diese Daten in der Todesursachenstatistik (Rübenach, 2007).

Wahrscheinlich werden bei diesem Vorgehen nicht alle Suizide erfasst. Entweder, da sie bewusst nicht als Suizide angegeben werden oder als Suizide nicht erkannt werden. Ein Grund für letzteres könnte z.B. eine zum Todeszeitpunkt bestehende ernsthafte Grunderkrankung sein, die den Suizid verschleiert (Bronisch, 2007).

In der Todesursachenstatistik wird für die verschiedenen Todesursachen eine standardisierte Sterbeziffer angegeben. Diese Ziffer ermöglicht den Vergleich der einzelnen Todesursachen zu unterschiedlichen Zeitpunkten. Sie ist bereinigt um Unterschiede im Bevölkerungsaufbau, d.h. die Verteilung der Altersgruppen wird konstant gehalten. Die Baseline bzw. Standardbevölkerung bildet der Bevölkerungsaufbau von 1987. Die standardisierte Sterbeziffer entsteht durch Gewichtung der aktuellen Sterberaten in den jeweiligen Altersgruppen mit deren Bevölkerungsanteilen in der Standardbevölkerung. Dadurch ist die standardisierte Sterbeziffer unempfindlich gegenüber Veränderungen in der Altersverteilung innerhalb der Bevölkerung (Rübenach, 2007).

Bezogen auf die Standardbevölkerung von 1987 ergeben sich für das Jahr 2010 in Deutschland 11.02 Sterbefälle durch Suizid je 100.000 Einwohner. Dies entspricht für das Jahr 2010 10.021 Sterbefälle an Suizid in Deutschland. Seit 2000 ist die Anzahl an Suizidtoten in Deutschland damit um 9.4 % gesunken. Den Tiefpunkt an Suiziden in der Standardbevölkerung wurde mit 10.43 % im Jahr 2007 erreicht. Seit diesem Zeitpunkt ist die Anzahl an Suiziden wieder steigend, zwischen 2007 und 2010 um 5.8 %. (Statistisches Bundesamt, 2011b). Betrachtet man die Entwicklung der standardisierten Sterbeziffer seit 1980 bis 2010, so ergibt sich ein Rückgang um 55.3 % (siehe Abbildung 1).

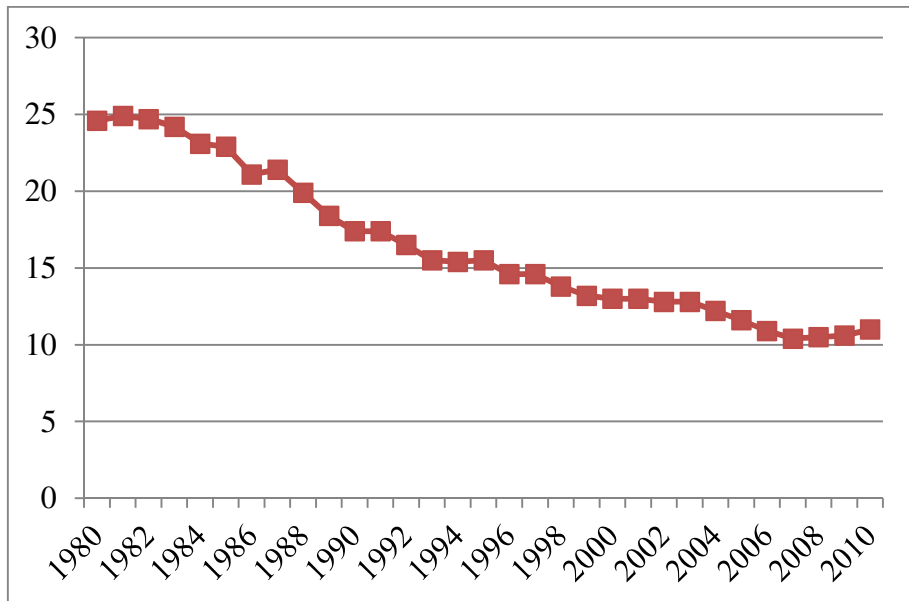


Abbildung 1. Standardisierte Sterbeziffern im Zeitvergleich zwischen 1980 bis 2010 (Rübenach, 2007; Statistisches Bundesamt, 2011b)

Vergleicht man die einzelnen Bundesländer hinsichtlich der standardisierten Sterbeziffer zu Suizid, so ergeben sich für das Jahr 2010 die niedrigsten Werte mit 9.30 und 9.59 in Nordrhein-Westfalen und Bremen. Der höchste Wert mit 12.89 ergibt sich in Sachsen gefolgt von Bayern mit 12.87 (Statistisches Bundesamt, 2011b).

1.2.1.2 Suizidversuche

Im Unterschied zu Suiziden werden Suizidversuche nicht systematisch erfasst. Auf die Prävalenz von Suizidversuchen kann nur anhand von Studien geschlossen werden. Diese stützen sich auf die Angaben von Probanden und/oder auf die Aufnahme von Suizidenten in Kliniken (Bronisch, 2007). Beide Methoden haben eine eingeschränkte Zuverlässigkeit. So konnten Christl, Wittchen, Pfister, Lieb und Bronisch (2006) feststellen, dass ein Drittel der Probanden einen Suizidversuch, den sie vor 4 Jahren angegeben hatten, aktuell nicht mehr angaben. Ebenso werden 20-30 % der Suizidenten nicht in einer Klinik behandelt (Bronisch, 2007).

Es kann davon ausgegangen werden, dass die Suizidversuchsziffer um das 10 bis 15fache höher ist, als die Suizidziffer (Kreitmann 1986). Die Suizidversuchsziffern für Deutschland wurden im Rahmen der oben erwähnten WHO-Multicenter-Studie zu suizidalem Verhalten geschätzt. Grundlage für diese Schätzung sind Daten aus der Region Würzburg, die als repräsentativ für Deutschland angenommen wurden. So wurden in dieser

Region in den Jahren 1988 bis 1999 1.384 Suizidversuche bei Personen über 15 Jahren gezählt. 93 % davon wurden im Rahmen eines dem Suizidversuch folgenden Krankenhausaufenthaltes erfasst. Die restlichen Daten stammen aus nicht-psychiatrischen Gesundheitseinrichtungen (Schmidtke, Weinacker & Löhr, 2004). Für das Jahr 2004 beträgt die geschätzte Suizidversuchsziffer in Deutschland für Männer 116/100.000 und für Frauen 185/100.000. Im europäischen Vergleich liegen diese Zahlen unterhalb des Durchschnitts (Schmidtke, Sell, Wohner, Löhr und Tatsek, 2005). Insgesamt betrachtet begehen Frauen im Alter zwischen 15 und 24 Jahren deutlich mehr Suizidversuche als Männer. Mit zunehmendem Alter wird der Unterschied in der Häufigkeit zwischen Männern und Frauen immer geringer. Ab dem Alter von 50 Jahren gibt es keinen Häufigkeitsunterschied zwischen Männern und Frauen mehr (Bronisch, 2007).

Seit Beginn der Aufzeichnung der Suizidversuchsziffern 1989 ist ein ansteigender Trend zu verzeichnen. Dabei schwanken die Zahlen über die Jahre zwischen 55 und 152 pro 100.000 Einwohner (Bronisch, 2007; Schmidtke et al., 2004).

Betrachtet man die Suizidversuchsmethoden, dann stehen Vergiftungen bei der Häufigkeit an erster Stelle mit 61 % bei den Männern und 78 % bei den Frauen, gefolgt von stechenden oder schneidenden Methoden (Bronisch, 2007).

1.2.2 Motivation für einen Suizidversuch

In einer Studie im Rahmen der WHO-Multicenter-Studie wurden die Intentionen für einen Suizidversuch anhand einer Faktorenanalyse untersucht. Dabei konnten vier Faktoren extrahiert werden: Beachtung suchen (Aufmerksamkeit oder als Liebestest), Beeinflussung anderer (als Bestrafung, Rache oder zur Manipulation), zeitlich begrenzte Flucht oder letzter Ausweg (aufgrund unerträglicher Gedanken bzw. Situationen, dem Wunsch zu sterben oder dem Wunsch, anderen bestimmte Dinge zu erleichtern) (Hjelmeland, Hawton, Nordvik, Bille-Brahe, De Leo, Fekete, Grad, Haring, Kerkhof, Lönnqvist, Michel, Salander Renberg, Schmidtke, Van Heeringen & Wasserman, 2002). Demnach ist der Suizidversuch nicht automatisch mit dem Wunsch zu sterben verbunden.

1.2.3 Risikofaktoren

1.2.3.1 Soziodemografische Faktoren (Geschlecht, Alter, Familienstand)

Am häufigsten werden Suizidversuche bei Männern im Alter zwischen 25 und 34 Jahren begangen, bei Frauen im Alter zwischen 15 und 34 Jahren. Sowohl bei Männern als

auch bei Frauen werden am wenigsten Suizidversuche ab einem Alter von 55 Jahren und mehr begangen (Schmidtke & Löhr, 2004).

Empirische Ergebnisse zeigen, dass alleinstehende Personen am häufigsten einen Suizidversuch unternehmen (Bronisch, 2007; Schmidtke & Löhr, 2004). In der WHO-Multicenter-Studie zeigt sich, dass 40 % der Frauen und 48 % der Männer mit einem Suizidversuch noch nie verheiratet waren. Hingegen waren 33 % der Frauen und 28 % der Männer verheiratet (Löhr & Schmidtke, 2004).

1.2.3.2 Art der psychischen Erkrankung

In der WHO-Multicenter-Studie wurden repräsentativ für ganz Deutschland in der Region Würzburg in den Jahren 1989 bis 1999 Suizidversuchsdaten gesammelt. 72 % dieser Probanden haben eine psychiatrische Diagnose erhalten (Schmidtke et al., 2004). Im Hinblick auf die gesamte Studie (für alle beteiligten Center) war die häufigste Diagnose bei Probanden mit einem Suizidversuch mit 36% bei den Männern und 29% bei den Frauen eine Anpassungsstörung. Bei Männern lag an zweiter Stelle mit 24% ein Abhängigkeitssyndrom (Alkohol oder Substanz), gefolgt von affektiven Störungen mit 21%. 29% der Frauen hatten eine affektive Störung und 13% eine Persönlichkeitsstörung (Schmidtke & Löhr, 2004).

Im *National Comorbidity Survey* der USA wurden Odds-Ratios für komorbid zum Suizidversuch bestehende DSM-III-R-Störungen berechnet. Affektive Störungen wiesen dabei mit Odds-Ratios zwischen 29.7 für Manien und 7.8 für Dysthymie das höchste Quotenverhältnis auf. Angststörungen zeigten Odds-Ratios zwischen 6.0 für PTBS und 2.1 für soziale Phobien. Ebenso stiegen die Odds-Ratios für einen Suizidversuch mit zunehmender Anzahl an komorbid vorhandenen psychischen Störungen. Bei einer Störung lag das Quotenverhältnis bei 3.8, bei zwei bei 6.1 und bei drei und mehr bei 19.7 (Kessler, Borges & Walters, 1999).

1.2.3.3 Copingstrategien

Berzowski und Brauns (1992) verglichen Probanden mit und ohne Suizidversuch. Probanden mit einem Suizidversuch suchten weniger soziale Unterstützung und wollten weniger über ihre Probleme mit anderen sprechen. Dabei befürchteten sie, zurückgewiesen oder enttäuscht zu werden. Ebenso reflektierten die Suizidenten ihre Probleme weniger und hatten weniger die Neigung, Aggressionen gegenüber ihrem Umfeld zu zeigen.

Pollock und Williams (2004) konnten feststellen, dass Suizidenten zu einem passiven Copingstil neigen, der dadurch gekennzeichnet ist, dass Probleme von anderen gelöst werden oder sich von selbst lösen. Dieses Ergebnis wurde auch in einer anderen Untersuchung gefunden (Linehan, Camper, Chiles, Strosahl & Shearin, 1987).

Allerdings kann man ebenso keinen Unterschied im Copingverhalten zwischen Probanden mit vs. ohne Suizidversuch (Probanden ohne Suizidversuch litten unter einer depressiven Erkrankung) in der Vorgeschichte finden (Scholz & Pfeffer, 1987).

2 Posttraumatische Belastungsstörung

2.1 Definitionen

2.1.1 Posttraumatische Belastungsstörung

Die diagnostischen Kriterien der Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) werden im *DSM-IV* (Saß, Wittchen, Zaudig & Houben, 2003) und im *ICD-10* (Dilling, Mombour & Schmidt, 2008) definiert. Die Kriterien einer Posttraumatischen Belastungsstörung gemäß *DSM-IV* lauten wie folgt (Saß et al., 2003):

A. Die Person wurde mit einem traumatischen Ereignis konfrontiert, bei dem die beiden folgenden Kriterien vorhanden waren:

(1) Die Person erlebte, beobachtete oder war mit einem oder mehreren Ereignissen konfrontiert, die den tatsächlichen oder drohenden Tod oder eine ernsthafte Verletzung oder eine Gefahr der körperlichen Unversehrtheit der eigenen Person oder anderer Personen beinhaltet.

(2) Die Reaktion der Person umfasst intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen.

Beachte: Bei Kindern kann sich dies auch durch aufgelöstes oder agitiertes Verhalten äußern.

B. Das traumatische Ereignis wird beharrlich auf mindestens eine der folgenden Weisen wiedererlebt:

(1) Wiederkehrende und eindringlich belastende Erinnerungen an das Ereignis, die Bilder, Gedanken oder Wahrnehmungen umfassen können.

Beachte: Bei kleinen Kindern können Spiele auftreten, in denen wiederholte Themen oder Aspekte des Traumas ausgedrückt werden.

(2) Wiederkehrende, belastende Träume von dem Ereignis.

Beachte: Bei Kindern können stark beängstigende Träume ohne wiedererkennbaren Inhalt auftreten.

(3) Handeln oder Fühlen, als ob das traumatische Ereignis wiedergekehrt (beinhaltet das Gefühl, das Ereignis wiederzuerleben, Illusionen, Halluzinationen und dissoziative Flashback-Episoden, einschließlich solcher, die beim Aufwachen oder bei Intoxikationen auftreten).

Beachte: Bei kleinen Kindern kann eine traumaspezifische Neuinszenierung auftreten.

- (4) Intensive psychische Belastung bei der Konfrontation mit internalen oder externalen Hinweisreizen, die einen Aspekt des traumatischen Ereignisses symbolisieren oder an Aspekte desselben erinnern.
- (5) Körperliche Reaktionen bei der Konfrontation mit internalen oder externalen Hinweisreizen, die einen Aspekt des traumatischen Ereignisses symbolisieren oder einen Aspekt desselben erinnern.

C. Anhaltende Vermeidung von Reizen, die mit dem Trauma verbunden sind oder ein Abflachen der allgemeinen Reagibilität (vor dem Trauma nicht vorhanden). Mindestens drei der folgenden Symptome liegen vor:

- (1) Bewusstes Vermeiden von Gedanken, Gefühlen oder Gesprächen, die mit dem Trauma in Verbindung stehen,
- (2) bewusstes Vermeiden von Aktivitäten, Orten oder Menschen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen,
- (3) Unfähigkeit, einen wichtigen Aspekt des Traumas zu erinnern,
- (4) deutlich vermindertes Interesse oder verminderte Teilnahme an wichtigen Aktivitäten,
- (5) Gefühl der Losgelöstheit oder Entfremdung von anderen,
- (6) eingeschränkte Bandbreite des Affekts (z.B. Unfähigkeit zärtliche Gefühle zu empfinden),
- (7) Gefühl einer eingeschränkten Zukunft (z.B. erwartet nicht, Karriere, Ehe, Kinder oder ein normal langes Leben zu haben).

D. Anhaltende Symptome erhöhten Arousel (vor dem Trauma nicht vorhanden). Mindestens zwei der folgenden Symptome liegen vor:

- (1) Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen,
- (2) Reizbarkeit oder Wutausbrüche,
- (3) Konzentrationsschwierigkeiten,
- (4) übermäßige Wachsamkeit (Hypervigilanz),
- (5) übertriebene Schreckreaktionen.

E. Das Störungsbild (Symptome unter Kriterium B, C und D) dauert länger, als 1 Monat.

F. Das Störungsbild verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.

Bestimme, ob:

Akut: Wenn die Symptome weniger als 3 Monate andauern.

Chronisch: Wenn die Symptome mehr als 3 Monate andauern.

Bestimme, ob:

Mit verzögertem Beginn: Wenn der Beginn der Symptome mindestens 6 Monate nach dem Belastungsfaktor liegt. (S. 520-521)

Im Vergleich zum *DSM-IV* wird im *ICD-10* ein größeres Gewicht auf die Symptome des Wiedererlebens gelegt. Hingegen werden den Symptomen der Vermeidung und des Hyperarousals weniger Bedeutung eingeräumt (Butollo, Hagl & Krüsmann, 2003).

Die Kriterien einer Posttraumatischen Belastungsstörung gemäß dem *Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen* (Dilling & Freyberger, 2008) lauten wie folgt:

- A. Die Betroffenen waren einem kurz- oder langanhaltenden Ereignis oder Geschehen von außergewöhnlicher Bedrohung oder mit katastrophalem Ausmaß ausgesetzt, das bei nahezu jedem tiefgreifende Verzweiflung auslösen würde.
- B. Anhaltende Erinnerungen oder Wiedererleben der Belastung durch aufdringliche Nachhallerinnerungen, lebendige Erinnerungen, sich wiederholende Träume oder durch innere Bedrängnis in Situationen, die der Belastung ähneln oder mit ihr in Zusammenhang stehen.
- C. Umstände, die der Belastung ähneln oder mit ihr im Zusammenhang stehen, werden tatsächlich oder möglichst vermieden. Dieses Verhalten bestand nicht vor dem belastenden Ereignis.
- D. Entweder 1. oder 2.
 1. Teilweise oder vollständige Unfähigkeit, einige wichtige Aspekte der Belastung zu erinnern.
 2. Anhaltende Symptome einer erhöhten psychischen Sensitivität und Erregung (nicht vorhanden vor der Belastung) und zwei oder mehr der folgenden Merkmale:
 - a. Ein- und Durchschlafstörungen,
 - b. Reizbarkeit oder Wutausbrüche,
 - c. Konzentrationsschwierigkeiten,
 - d. Hypervigilanz,
 - e. erhöhte Schreckhaftigkeit.
- E. Die Kriterien B., C. und D. treten innerhalb von sechs Monaten nach dem Belastungsereignis oder nach Ende einer Belastungsperiode auf. (Aus bestimmten Gründen, z.B. wissenschaftliche Untersuchungen, kann ein späterer Beginn berücksichtigt werden, dies sollte aber gesondert angegeben werden.). (S.174-175)

2.1.2 *Subsyndromale posttraumatische Belastungsstörung*

Bei Personen, die ein traumatisches Ereignis erlebt haben, aber nicht das Vollbild einer PTBS erfüllen, kann es dennoch zu klinisch bedeutsamen Leiden kommen (z.B. Weiss, Marmar, Schlenger, Fairbank, Jordan, Hough & Kulka, 1992). So konnten Zlotnick, Franklin und Zimmermann (2002) hinsichtlich der sozialen und beruflichen Beeinträchtigung und der Anzahl an Suizidversuchen keinen Unterschied zwischen Patienten mit dem Vollbild einer PTBS und einer subsyndromalen PTBS feststellen. Deshalb wurde das Konzept der subsyndromalen PTBS eingeführt (z.B. Carlier & Gersons, 1995; Weiss et al., 1992).

Es gibt keine einheitliche Definition der subsyndromalen PTBS. Alle Vorschläge beinhalten die Erfüllung des A-Kriterium gemäß *DSM-IV* (Saß et al., 2003). Im Folgenden werden die beiden am häufigsten genannten Definitionen dargestellt:

Die Definition von Blanchard, Hickling, Vollmer, Loos, Buckley und Jaccard (1995) fordert zusätzlich die Erfüllung des Wiedererlebenskriteriums (B-Kriterium) und entweder die Erfüllung des Vermeidungskriteriums (C-Kriterium) oder des Hyperarouselkriteriums (D-Kriterium) (Kriterien gemäß *DSM-IV*, Saß et al., 2003).

Bei Stein, Walker, Hazen und Forde (1997) muss ebenso das Wiedererlebenskriterium erfüllt sein. Im Bereich der Vermeidung und des Hyperarousels sollte jeweils mindestens ein Symptom vorhanden sein.

2.1.3 *Akute Belastungsstörung*

Die diagnostischen Kriterien der akuten Belastungsstörung im *ICD-10* und *DSM-IV* entsprechen sich im Prinzip. Der wesentliche Unterschied ist, dass im *ICD-10* davon ausgegangen wird, dass die Symptomatik verschwindet, wenn sich die betreffende Person nicht mehr in der belastenden Situation befindet (Saß et al., 2003; Dilling et al., 2008).

Im *DSM-IV* wird die akute Belastungsstörung anhand folgender Kriterien vergeben (Saß et al., 2003):

- A. Die Person wurde mit einem traumatischen Ereignis konfrontiert, bei dem die beiden folgenden Kriterien erfüllt waren:
- (1) Die Person erlebte, beobachtete oder war mit einem oder mehreren Ereignissen konfrontiert, die den tatsächlichen oder drohenden Tod oder eine ernsthafte Verletzung oder Gefahr der körperlichen Unversehrtheit der eigenen Person oder anderer Personen beinhaltet.
 - (2) Die Reaktion der Person umfasst intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen.
- B. Entweder während oder nach dem extrem belastenden Ereignis zeigte die Person mindestens drei der folgenden dissoziativen Symptome:

- (1) subjektives Gefühl von emotionaler Taubheit, von Losgelöstsein oder Fehlen emotionaler Reaktionsfähigkeit,
- (2) Beeinträchtigung der bewussten Wahrnehmung der Umwelt (z.B. „wie betäubt sein“),
- (3) Derealisationserleben,
- (4) Depersonalisationserleben,
- (5) dissoziative Amnesie (z.B. Unfähigkeit, sich an einen wichtigen Aspekt des Traumas zu erinnern).

C. Das traumatische Ereignis wird ständig auf mindestens eine der folgenden Arten wiedererlebt: wiederkehrende Bilder, Gedanken, Träume, Illusionen, Flashback-Episoden oder das Gefühl, das Trauma wiederzuerleben, oder starkes Leiden bei Reizen, die an das Trauma erinnern.

D. Deutliche Vermeidung von Reizen, die an das Trauma erinnern (z.B. Gedanken, Gefühle, Gespräche, Aktivitäten, Orte oder Personen).

E. Deutliche Symptome von Angst oder erhöhtem Arousel (z.B. Schlafstörungen, Reizbarkeit, Konzentrationsschwierigkeiten, Hypervigilanz, übertriebene Schreckreaktion, motorische Unruhe).

F. Die Störung verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigung in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen oder beeinträchtigt die Fähigkeit der Person, notwendige Aufgaben zu bewältigen, z.B. notwendige Unterstützung zu erhalten oder zwischenmenschliche Ressourcen zu erschließen, in dem Familienmitgliedern über das Trauma berichtet wird.

G. Die Störung dauert mindestens 2 Tage und höchstens 4 Wochen und tritt innerhalb von 4 Wochen nach dem traumatischen Ereignis auf.

H. Das Störungsbild geht nicht auf die direkte körperliche Wirkung einer Substanz (z.B. Droge, Medikament) oder eines medizinischen Krankheitsfaktors zurück, wird nicht besser durch eine Kurze Psychotische Störung erklärt und beschränkt sich nicht auf die Verschlechterung einer bereits vorher bestehenden Achse I- oder Achse II-Störung. (S. 524-525)

2.2 Prävalenz

2.2.1 Posttraumatische Belastungsstörung

Studien belegen, dass 49.1 % bis 89.6 % der Allgemeinbevölkerung in ihrem Leben mindestens ein nach *DSM-IV* definiertes traumatisches Ereignis erleben (Hapke, Schumann, Rumpf, John & Meyer, 2006; Breslau, Kessler, Howard, Chilcoat, Schultz, Davis & Andreski, 1998; Kessler et al., 1995). In einer deutschen Stichprobe mit 2.426 Probanden im Alter zwischen 14 und 93 Jahren hatten 20.9 % der Männer und 28.0 % der Frauen mindestens ein traumatisches Ereignis in ihrem Leben erlebt (Maercker, Forstmeier, Wagner, Glaesmer & Brähler, 2008).

Die Lebenszeitprävalenz für eine PTBS in einer amerikanischen Stichprobe liegt bei 7.8 % (Kessler et al., 1995). In einer deutschen Stichprobe von 14-24jährigen konnte eine Lebenszeitprävalenz von 1.3 % festgestellt werden (Perkonigg et al., 2000). Bei 14-93jährigen lag die Einmonatsprävalenz in Deutschland bei 2.3 % (Maercker et al., 2008).

Die Höhe der Prävalenz einer PTBS nach einem traumatischen Ereignis ist abhängig von der Art des Ereignisses. Dabei zeigt sich, dass die Ernsthaftigkeit bzw. Schwere eines Traumas einer der stärksten Prädiktoren für eine spätere PTBS sind (Brewin et al., 2000).

Genauere Angaben der Prävalenzen in Abhängigkeit eines bestimmten Ereignisses, siehe Punkt III2.4.4.1., Prävalenzen in Abhängigkeit vom Geschlecht siehe Punkt 2.4.1.

2.2.2 *Subsyndromale posttraumatische Belastungsstörung*

Studien, die sich auf Stichproben in der Allgemeinbevölkerung beziehen, kommen zu folgenden Prävalenzen: Stein et al. (1997) interviewten zufällig ausgewählte kanadische Probanden und fanden bei 3.4 % der Frauen und 0.3 % der Männer eine nach ihnen definierte subsyndromale PTBS. In einer deutschen Stichprobe mit jugendlichen Probanden liegt die Lebenszeitprävalenz einer subsyndromalen PTBS bei 0.8 %. Betrachtet man nur Probanden mit einem traumatischen Ereignis in der Vorgeschichte, ergibt sich in dieser Stichprobe eine Prävalenz von 4.7 % (Perkonigg et al., 2000).

In einer Studie mit 2.426 Probanden, die zufällig aus deutschen Haushalten ausgesucht wurden, wurde eine subsyndromale PTBS mit der Erfüllung des A-Kriteriums (gemäß *DSM-IV*) und zusätzlich 2 Symptomen aus dem B bis D-Kriterium definiert, einmal mit Erfüllung des F-Kriteriums (Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit) und einmal ohne die Erfüllung des F-Kriteriums. Mit Erfüllung des F-Kriteriums ergibt sich eine Prävalenz von 0.74 %, ohne von 1.98 % (Maercker et al., 2008).

In einer koreanischen Studie mit 6.258 zufällig ausgewählten erwachsenen Probanden wurde eine partielle PTBS angenommen, wenn mindestens ein Symptom aus den B-, C-, und D-Kriterien vorlag. Ebenso sollten die Symptome mehr als einen Monat andauern und das E-Kriterium erfüllt sein. Die Lebenszeitprävalenz einer partiellen PTBS lag hier bei 2.7 %. Die Autoren fanden heraus, dass bestimmte Traumata eher mit einer partiellen PTBS als mit dem Vollbild assoziiert waren. Dies waren: Naturkatastrophen mit Feuer, militärische Kämpfe, Zeuge einer traumatischen Situation zu sein und Lernen über Traumatas von anderen. Wohingegen Bedrohungen durch andere eher mit dem Vollbild einer PTBS assoziiert waren (Jeon, Suh, Lee, Hahm, Lee, Cho, Lee, Chang & Cho, 2007).

2.2.3 Akute Belastungsstörung (ABS)

Wie bei der PTBS sind auch die Prävalenzraten einer ABS abhängig von dem zugrundeliegenden Ereignis. So ergeben sich nach einem Unfall Prävalenzen zwischen 6 und 16 % (O'Donnell, Creamer, Bryant, Schnyder & Shalev, 2003). Im Vergleich dazu ergeben sich bei Probandinnen nach einer Vergewaltigung ABS-Prävalenzen von 94 % (Rothbaum, Foa, Riggs, Murdock & Walsh, 1992).

2.3 Bedingungsmodell für die Ätiologie einer posttraumatischen Belastungsstörung

Maercker (2009) entwickelte anhand von empirischen Befunden ein Rahmenmodell zu den Ursachen der Folgen eines traumatischen Ereignisses. Darin enthalten sind prä-, peri- und posttraumatische Faktoren, sowie Ressourcen und Ergebnisse der posttraumatischen Entwicklungen. Abbildung 2 zeigt grafisch die Zusammenhänge. Da in der vorliegenden Studie einige Faktoren des Modells im Zusammenhang mit einem Suizidversuch untersucht wurden und diese Faktoren in den weiteren Unterpunkten genauer dargestellt werden, soll im Folgenden nur insoweit auf das Modell eingegangen werden, indem die im Modell intendierten Zusammenhänge der einzelnen Faktoren dargestellt werden und indem auf Faktoren eingegangen wird, die in der vorliegenden Studie nicht enthalten sind.

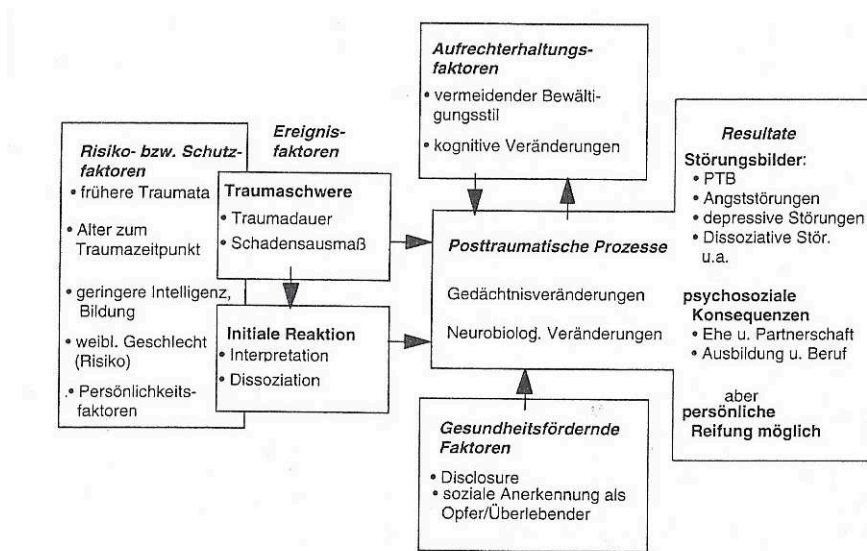


Abbildung 2. Rahmenmodell der Entstehung von Folgen auf traumatische Ereignisse aus *Posttraumatische Belastungsstörung*, Maercker A., 2009, Heidelberg, Springer. Abgedruckt mit Erlaubnis des Autors.

Maercker (2009) referenziert bei der Erklärung seines Modells auf die Metaanalyse von Brewin et al. (2000), der bei prätraumatischen Faktoren (Traumatisierung im

Kindesalter, junges Alter, geringe Intelligenz und Geschlecht) einen geringeren Zusammenhang mit einer PTBS fand, als bei den peri- und posttraumatischen Faktoren.

Zweifelhaft sei weiterhin, ob Persönlichkeitseigenschaften, die vor dem traumatischen Ereignis bestanden, einen prädiktiven Wert haben, da empirische Ergebnisse dazu nicht eindeutig seien oder methodische Mängel hätten (Maercker, 2009).

Der Einfluss der Traumaschwere auf das Ausmaß der Beeinträchtigung hänge mit der Bewertung des traumatischen Ereignisses zusammen. So seien die Traumafolgen weniger schwer, wenn der Betroffene den Eindruck habe, das traumatische Geschehen beeinflussen zu können (Maercker, 2009).

Die Lebensbelastungen nach dem Trauma seien die wichtigsten Faktoren für die Chronifizierung einer PTBS. Dazu gehörten Probleme in der Familie, im Beruf, im finanziellen Bereich und physische Erkrankungen (Maercker, 2009).

Maercker (2009) weist darauf hin, dass die PTBS nicht die alleinige Erkrankung nach einem traumatischen Ereignis sei, ebenso seien die im Modell benannten Erkrankungen als Folge eines traumatischen Ereignisses bekannt.

Die im Modell genannten psychosozialen Konsequenzen träten in Folge der primären Symptomatik auf (Maercker, 2009).

2.4 Empirische Prädiktoren/Faktoren für die Entstehung einer Posttraumatischen Belastungsstörung

2.4.1 Soziodemografische Faktoren

Im Folgenden wird auf den Zusammenhang zwischen Geschlecht, Alter und sozioökonomischem Status mit einer PTBS eingegangen.

Im *National Comorbidity Survey* der USA wird die Lebenszeitprävalenz einer PTBS für Frauen mit 10.4 %, für Männer mit 5 % angegeben (Kessler et al., 1995). Diese zweifach erhöhte Wahrscheinlichkeit für Frauen, nach einem traumatischen Ereignis an einer PTBS zu erkranken, konnte in anderen Studien bestätigt werden (z.B. Breslau et al., 1998; Tolin & Foa, 2006). In einer deutschen Stichprobe an 14-24jährige Probanden hatten 14.5 % der Frauen und 2.2 % der Männer nach Erfüllung des PTBS-A-Kriteriums nach dem *DSM-IV* (Saß et al., 2003) das Vollbild einer PTBS (Perkonig et al., 2000). Das höhere Risiko für Frauen an einer PTBS zu erkranken wurde ebenso anhand von 25 Studien in der Metaanalyse von Brewin et al. (2000) mit einer gewichteten mittleren Effektstärke von $r=.13$ bestätigt. Diese Effektstärke ist eher als klein zu bewerten (Bühner, 2006).

Ditlevsen und Eklit (2010) fassten 25 nordeuropäische Studien mit insgesamt 6.548 Probanden aus den Jahren 1996 bis 2008 zusammen und konnten ebenso im Schnitt eine zweifach erhöhte Prävalenz für eine PTBS bei Frauen feststellen. In der Altersgruppe der 21-25jährigen war das Verhältnis von erkrankten Frauen (33.7%) zu Männern (11.7%) mit 3:1 am höchsten. Einigen Autoren erklären einen Teil der erhöhten Erkrankungswahrscheinlichkeit von Frauen mit der höheren Wahrscheinlichkeit für sexuellen Missbrauch in der Kindheit und Vergewaltigung im Vergleich zu Männern (z.B. Tolin & Foa, 2006). Dennoch kann festgestellt werden, dass die höhere Erkrankungshäufigkeit für PTBS bei Frauen auch unter Berücksichtigung der geschlechtsspezifischen Art der traumatischen Ereignisse (z.B. Vergewaltigung) erhalten bleibt (Breslau, Chilcoat, Kessler, Peterson & Lucia, 1999).

Brewin et al. (2000) fanden einen kleinen Zusammenhang zwischen niedrigerem Alter und einer PTBS mit einer mittleren gewichteten Effektstärke von $r=.06$. Hingegen konnte im *National Comorbidity Survey* der USA (Kessler et al., 1995) kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Alter und einer PTBS gefunden werden (wenn berücksichtigt wurde, dass bei Männern die Zunahme mit dem Alter an der Zunahme traumatischer Ereignisse lag). In einer neueren Studie an 2.104 amerikanischen Probanden wurde eine erhöhte PTBS-Prävalenz bis zu einem Alter von 47 festgestellt (16.1% vs 10.2% für Probanden über 47) (Parto, Evans & Zonderman, 2011). Ditlevsen und Eklit (2010) fanden in der skandinavischen Stichprobe die höchsten PTBS-Prävalenzen bei Frauen im Alter zwischen 51 und 55 Jahren (42.8%) und bei Männern im Alter zwischen 41 und 45 Jahren (18.2%). Im Alter zwischen 71 und 75 Jahren fanden sie die geringste PTBS-Prävalenz (Frauen 10.3%, Männer 6.8%).

In der Münchner Stichprobe 14-24-jähriger von Perkonig et al. (2000) wurde ein signifikanter Zusammenhang zwischen niedriger sozialer Klasse und einer PTBS gefunden. Ebenso wurde bei Brewin et al. (2000) eine mittlere gewichtete Effektstärke einer PTBS mit niedrigem sozioökonomischem Status von $r=.14$ ermittelt. Konsistent damit fanden Lommen, Sanders, Buck und Arntz (2009) bei Überlebenden der Tsunami-Katastrophe in Asien 2004 signifikant höhere PTBS-Prävalenzen bei arbeitslosen Probanden.

2.4.2 Anzahl an traumatischen Ereignissen in der Vorgeschichte

Ozer et al. (2003) fanden über 23 Studien hinweg eine Effektstärke von $r=.17$ für den Zusammenhang zwischen vorangegangenen traumatischen Ereignissen und dem PTBS-

auslösenden Ereignis. Ebenso konnten Brewin et al. (2000) eine mittlere gewichtete Effektstärke von $r=.12$ zwischen vorangegangenen traumatischen Ereignissen und einer späteren PTBS feststellen.

An 444 afrikanischen Flüchtlingen konnte festgestellt werden, dass die Anzahl traumatischer Ereignisse die Wahrscheinlichkeit für eine PTBS erhöht. Dabei erhöhte sich die Wahrscheinlichkeit an einer PTBS zu erkranken um 19 % bei nur einem zusätzlichen traumatischen Ereignis. Mit zunehmender Anzahl an traumatischen Ereignissen kam es zu einem Anstieg der Wahrscheinlichkeit für eine aktuelle PTBS und zu einer Abnahme der Wahrscheinlichkeit für die Rückbildung einer PTBS (Kolassa, Ertl, Eckart, Kolassa, Onyut & Elbert, 2010).

Bei 25 Patienten mit einem Suizidversuch konnte kein Zusammenhang zwischen der Anzahl an vorangegangenen traumatischen Ereignissen und einer SPTBS festgestellt werden (Bill, 2008).

2.4.3 *Psychiatrische Erkrankungen vor dem traumatischen Ereignis*

Brewin et al. (2000) haben in ihrer Metaanalyse 23 Studien einbezogen, die eine vor dem traumatischen Ereignis bestehende psychiatrische Erkrankung als möglichen Risikofaktor für eine spätere PTBS in Betracht zogen. Sie fanden dabei einen Zusammenhang von einer mittleren gewichteten Effektstärke von $r=.11$. In der Metaanalyse von Ozer et al. (2003) wurden dazu 23 Studien analysiert und eine gewichtete Effektstärke von $r=.17$ gefunden. Wenn in dieser Metaanalyse nur Studien betrachtet wurden, deren Probanden vor dem traumatischen Ereignis an einer Depression litten, erhöhte sich die Effektstärke auf $r=.32$. Ebenso war der Zusammenhang zwischen einem vorab bestehenden psychiatrischen Problem und einer späteren PTBS stärker, wenn es sich bei dem traumatischen Ereignis um einen Unfall ($r=.28$) oder um nicht-kämpferische interpersonelle Gewalt handelte ($r=.31$). Bei kämpferischen Auseinandersetzungen war die Effektstärke $r=.06$ (Ozer et al. 2003).

In einer deutschen Studie mit 4.075 Probanden aus dem Raum Lübeck zeigten sich signifikante Zusammenhänge zwischen einer PTBS und vorab bestehenden Angststörungen, depressiven Störungen und somatoformen Störungen. Diese Störungen ergaben Odds-Ratios mit einer späteren PTBS zwischen 4.02 und 5.21. Im Schnitt war die PTBS-Quote bei Probanden mit mindestens einer vor dem Trauma bestehenden psychischen Erkrankung gut

dreimal so hoch, wie bei Probanden ohne psychische Erkrankung vor dem Trauma (Hapke et al., 2006).

2.4.4 Peritraumatische Faktoren

2.4.4.1 Schwere und Art des Traumas

Brewin et al., (2000) haben in ihrer Meta-Analyse zu Risikofaktoren für eine PTBS 49 Studien im Hinblick auf den Beitrag der Schwere eines traumatischen Ereignisses analysiert. Sie fanden eine gewichtete mittlere Effektstärke für die Vorhersage einer PTBS von $r=.23$. Die Schwere eines Traumas gehört damit zu den drei stärksten Prädiktoren dieser Meta-Analyse. Ebenso haben Ozer et al. (2003) in ihrer Metanalyse eine durchschnittliche Effektstärke zwischen der Lebensbedrohlichkeit eines traumatischen Ereignisses und einer PTBS-Diagnose bzw –Symptomatik von $r=.26$ festgestellt.

In einer Studie wurden Kinder aus drei unterschiedlich schwer vom Tsunami 2004 betroffenen Regionen in Sri Lanka 3 bis 4 Wochen nach der Katastrophe nach dem Vorhandensein einer PTBS (Zeitkriterium ist nicht eingehalten) untersucht. Dabei konnte festgestellt werden, dass die Prävalenz u.a. je nach Schweregrad des traumatischen Ereignisses zwischen 14 und 39% variierte (Neuner, Schauer, Catani, Ruf & Elbert, 2006).

Andere Studien versuchen einen Zusammenhang zwischen der Schwere einer durch das traumatische Ereignis entstandenen Verletzung und einer späteren PTBS bzw. PTBS-Symptomen in Verbindung zu bringen. Dabei ergeben sich unterschiedliche Befunde: Schnyder, Moergeli, Klaghofer und Buddenberg (2001) fanden keinen Zusammenhang zwischen der objektiven Schwere einer durch einen Unfall zugefügten Verletzung und späteren PTBS-Symptomen. Dagegen ergab eine Studie an Probanden nach einem Autounfall einen negativen Zusammenhang zwischen der objektiven Schwere der Verletzung und PTBS-Symptomen (Dougall, Ursano, Posluszny, Fullerton & Baum, 2001). In einer neueren Studie an Probanden nach einem Unfall konnte ein positiver Zusammenhang zwischen PTBS-Symptomen und der subjektiv empfundenen Schwere der jeweiligen Verletzung festgestellt werden. Kein Zusammenhang ergab sich beim Vergleich der objektiven Schwere der Verletzung und PTBS-Symptomen (Gabert-Quillen, Fallon & Delahanty, 2011)

In der Diplomarbeit zu PTBS nach Suizidversuch ergab sich ein signifikant positiver Zusammenhang zwischen der Gefährlichkeit (gemessen mit der Risk-Rescue-Scale von Weisman & Worden, 1972, wie in der vorliegenden Studie) eines Suizidversuchs und der

konsekutiven SPTBS-Häufigkeit (ohne SPTBS M=39.96; SD=7.78; mit SPTBS M=47.36; SD=8.16; U=26.50; asymptotische Signifikanz .04) (Bill, 2008).

Betrachtet man unterschiedliche traumatische Ereignisse, so kann man feststellen, dass die Prävalenz einer späteren PTBS auch je nach zugrundeliegendem Ereignis unterschiedlich hoch ist. Die folgende Tabelle zeigt eine Auswahl der Prävalenzen:

Tabelle 1

Prävalenz einer PTBS in Abhängigkeit des zugrundeliegenden Ereignisses.

Ereignis	Männer	Frauen
Vergewaltigung ^a	65.0	45.9
Kriegserfahrungen ^b	40.8	--
Körperlicher Missbrauch im Kindesalter ^a	22.3	48.5
Plötzlicher drohender oder tatsächlicher Tod eines Angehörigen ^b	10.0	27.3
Körperlicher Angriff ^b	1.8	21.3
Schwerer Unfall ^b	6.3	8.8
Naturkatastrophe ^a	3.7	5.4

Anmerkung. Angaben sind Prävalenzen nach dem entsprechenden Trauma in %. ^aStudie von Kessler et al. (1995) mit amerikanischen Probanden im Alter zwischen 15 und 65. ^bStudie von Perkonig et al. (2000) mit Probanden aus München im Alter zwischen 14 und 24 Jahren.

2.4.4.2 Subjektives Empfinden der traumatischen Situation

Ozer et al. (2003) haben in ihrer Meta-Analyse anhand von fünf Studien eine Effektstärke von $r=.26$ zwischen negativen peritraumatischen Emotionen und PTBS-Symptomen gefunden. Dabei variieren die Effektstärken zwischen $r=.15$ und $r=.55$. Die negativen Emotionen umfassen Angst, Hilflosigkeit, Entsetzen, Schuld und Scham. Probanden, die während oder unmittelbar nach dem traumatischen Ereignis intensive negative Gefühle hatten, hatten stärkere PTBS-Symptome oder eine schwerere Ausprägung einer bestehenden PTBS (Ozer et al., 2003).

In einer Studie an Opfern eines terroristischen Anschlags konnte festgestellt werden, dass zwei der Prädiktoren, die am stärksten mit einer konsekutiven PTBS zusammenhängen, Nervosität und Angst während des traumatischen Ereignisses waren (39 % der Varianz konnte dadurch aufgeklärt werden). Durch den Gedanken zu sterben konnten 16 % der Varianz einer PTBS aufgeklärt werden (Tucker, Pfefferbaum, Nixon & Dickson, 2000).

Eine Studie an 342 von dem Tsunami 2004 betroffenen Schweizern ergab eine Sensitivität des *DSM-IV* A2-Kriteriums für die Kriterien B bis D von 98.3 % und eine Spezifität von 18.6 %. In dieser Studie konnten 7.5 % der Varianz der Schwere der PTBS-Symptomatik durch das *DSM-IV* A1- und A2- Kriterium aufgeklärt werden (Kraemer, Wittmann, Jenewein, Maier & Schnyder, 2009; Kriterien nach Saß et al., 2003).

Die Auswertung von 28.490 Probanden aus 21 Ländern (Daten der WHO: World Mental Health Surveys) ergab folgende Ergebnisse: 37.6 % der Probanden erfüllten das A2-Kriterium nach *DSM-IV*, wohingegen die Kriterien B bis F zwischen 5.4 % und 9.6 % erfüllt wurden. 1.4 % der Probanden erfüllten alle Kriterien bis auf das A2-Kriterium. Dabei konnte kein Unterschied zwischen den PTBS-Probanden mit vs. ohne erfülltem A2-Kriterium hinsichtlich PTBS-Dauer, Suizidideen oder nach dem Trauma entstandenen Komorbiditäten festgestellt werden. Die Autoren schlagen vor, das A2-Kriterium zukünftig als Prädiktor für eine PTBS und nicht als Diagnosekriterium anzusehen. (Karam, Andrews, Bromet, Petukhova, Ruscio, Salamoun, Sampson, Stein, Alonso, Andrade, Angermeyer, Demyttenaere, de Girolamo, de Graaf, Florescu, Gireje, Kaminer, Kotov, Lee, Lepine, Medina-Mora, Browne, Posada-Villa, Sagar, Shalev, Takeshima, Tomov & Kessler, 2010; Kriterien nach Saß et al., 2003). Konsistent damit wurde an einer Stichprobe älterer Probanden über 65 in einer multiplen Regression das A2-Kriterium als signifikanter Prädiktor errechnet mit einer Varianzaufklärung für PTBS-Symptome von 32.2% (Bui, Joubert, Manetti, Camassel, Charpentier, Ribereau-Gayon, Schmitt, Aouizerate, Brunet, Birmes & Arbus, 2010; Kriterien nach Saß et al., 2003).

2.4.4.3 Peritraumatische Dissoziationen

Als Dissoziationen werden die „...strukturelle Aufspaltung mentaler Prozesse [...], bei der es zu einer Abspaltung von Wahrnehmungen, Bedeutungen, Gefühlen, Erinnerungen oder gar Teilen der Identität kommen kann.“ (Butollo et al., 2003, S.45) bezeichnet.

Ozer et al. (2003) fanden eine Effektstärke von $r=.35$ zwischen peritraumatischen Dissoziationen und einer späteren PTBS. Dabei spielte die Art des traumatischen Ereignisses für die Höhe des Zusammenhangs keine Rolle. Bei der Höhe des Zusammenhangs spielte vielmehr die Zeit zwischen dem traumatischen Ereignis und der Erfassung der Symptome, die Stichprobe und die Methode zur Erfassung der Symptome eine Rolle.

In einer Studie an 662 Opfern einer Feuerwerkskatastrophe in Enschede wurde der Zusammenhang zwischen der Ernsthaftigkeit von PTBS-Symptomen und peritraumatischen

Dissoziationen untersucht. Beide korrelieren signifikant mit $r=.36$ miteinander. Im multivariaten Vergleich mit soziodemografischen, psychopathologischen Variablen, PTBS-Symptomen und Variablen zur Katastrophe ergeben sich weder 18 Monate, noch 4 Jahre nach der Katastrophe signifikante Zusammenhänge (van der Velden, Kleber, Christaanse, Gersons, Marcelissen, Drogendij, Grievink, Olf & Meewisse, 2006).

In einer Meta-Analyse über 59 Studien über den Zusammenhang zwischen posttraumatischem Stress und peritraumatischen Dissoziationen zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang von $r=.40$. Allerdings konnten die Autoren keinen kausalen Zusammenhang herstellen (Lensvelt-Mulders, van der Hart, van Ochten, van Son, Steele & Breeman, 2008).

In einem Review mit ausschließlich prospektiven Studien resümieren die Autoren, dass die meisten Studien nur schwache oder gar keine Zusammenhänge zwischen peritraumatischen Dissoziationen und PTBS-Symptomen finden. Von den 17 eingeschlossenen Studien fanden 6 einen positiven Zusammenhang (bei 3 von diesen 6 Studien war der Zusammenhang klein) (van der Velden & Wittmann, 2008).

2.4.5 *Posttraumatische Faktoren*

2.4.5.1 *Akute Belastungsstörung*

In einem Review von Bryant (2003) wird von 7 Studien berichtet, deren Katamnesezeitpunkt, wie in der vorliegenden Studie, ein halbes Jahr nach dem traumatischen Ereignis lag. Die traumatischen Ereignisse in diesen Studien waren viermal eine Autounfall, je einmal Kopfverletzungen, Krebserkrankungen und Körperverletzungen. Der Anteil der Probanden, die eine akute Belastungsstörung hatten und später eine PTBS entwickelten, bewegte sich zwischen 30 und 83 %. Der Anteil der Probanden, die eine PTBS entwickelten und vorab eine akute Belastungsstörung hatten, bewegte sich zwischen 10 und 61 %. Bryant (2003) resümiert aufgrund dieser Ergebnisse, dass in etwa die Hälfte aller Personen, die eine akute Belastungsstörung haben, später eine PTBS entwickeln. Somit ist es nicht zwingend, dass einer späteren PTBS eine akute Belastungsstörung vorausgehen muss.

Konsistent damit fanden Bryant, Creamer, O'Donnell, Silove und McFarlane (2008) an 507 Patienten aus Traumacentern mit unterschiedlichen traumatischen Ereignissen, dass 6 % der Patienten die Kriterien für eine akute Belastungsstörung erfüllten. Nach 3 Monaten erfüllten 10 % die Kriterien für eine PTBS. Von den Probanden mit einer PTBS hatten 30.61 % eine akute Belastungsstörung und 69.39 % hatten vorab keine akute Belastungsstörung.

In einer Studie an 148 dänischen Frauen nach sexueller Gewalt wurde ebenso der Zusammenhang zwischen einer akuten Belastungsstörung und einer späteren PTBS untersucht. Anhand einer Regressionsanalyse konnte 28% der Varianz des Schweregrads einer PTBS mit dem Schweregrad einer akuten Belastungsstörung und dem Ausmaß sexueller Probleme nach der sexuellen Gewalterfahrung erklärt werden (Elklit & Christiansen, 2010).

2.4.5.2 Kognitionen

Foa und Riggs (1993) und Foa und Rothbaum (1998) postulierten, dass eine PTBS aufgrund dysfunktionaler Kognitionen nach einem traumatischen Ereignis entsteht. Zu diesen Kognitionen gehören, dass die Welt vollkommen gefährlich ist und die Person inkompetent ist, diesem Sachverhalt adäquat zu begegnen. Es wurde postuliert, dass diese Gedanken aufgrund von bereits vor dem Trauma bestehenden rigiden kognitiven Haltungen entstehen, die zwei Extreme widerspiegeln. Zum einen die Kognitionen, dass die Welt sicher ist und die Person selbst kompetent ist und zum anderen bereits die Kognitionen, dass die Welt gefährlich ist und die Person selbst inkompetent ist. Im ersten Fall wird durch das traumatische Ereignis die bisherige Einstellung so erschüttert, dass sie sich ins Gegenteil verkehrt und im zweiten Fall wird die vorhandene Einstellung bestätigt und damit u.U. extremer.

Das Modell von Ehlers und Clark (2000) geht davon aus, dass eine chronische PTBS dann entsteht, wenn das Trauma und/oder dessen Konsequenzen kognitiv so verarbeitet werden, dass der Betroffene eine aktuell vorhandene Bedrohung wahrnimmt. Diese subjektiv wahrgenommene aktuelle Bedrohung entsteht durch negative Interpretationen des Traumas an sich (z.B. Generalisierung der Gefahr auf viele Lebensbereiche), durch interne Attribution des Traumas (z.B. Schuldgefühle), durch die negative Interpretation der PTBS-Symptome (z.B. Angst vor dauerhaftem Schaden) oder durch die Interpretation der Reaktionen des Umfeldes (z.B. Gefühl, allein gelassen zu sein). Ebenso ist an der Chronifizierung einer PTBS die Beschaffenheit des Traumagedächtnisses beteiligt. Intrusives Wiedererleben und mangelnde intentionale Abrufmöglichkeiten des Traumas haben demnach ihre Ursachen in der mangelnden Enkodierung und Abspeicherung des traumatischen Ereignisses im autobiografischen Gedächtnis der Betroffenen. Ebenso wird angenommen, dass Reize, die in einem unmittelbaren Zusammenhang mit dem Trauma stehen, eine starke Assoziation mit dem traumatischen Geschehen und mit anderen

traumaassoziierten Reizen eingehen und somit leicht abrufbar sind (starkes Priming). Hinzu kommt, dass traumaassoziierte Reize eine geringe Wahrnehmungsschwelle haben, somit bereits ähnliche Reize mit dem traumatischen Ereignis in Verbindung gebracht werden und zu unwillkürlichem Wiedererleben führen können. Insgesamt betrachtet erklärt dieses Modell, dass die Betroffenen Verhaltensweisen und gedankliche Reaktionen generieren, welche subjektiv betrachtet zu einer Verbesserung der Symptomatik führen sollen. Tatsächlich tragen sie aber zur Aufrechterhaltung bei, indem sie PTBS-Symptome erzeugen, eine Änderung der negativen Traumabewertungen und eine Veränderung des Traumagedächtnisses verhindern (Ehlers & Clark, 2000).

Im Folgenden wird beschrieben, inwieweit die postulierten Kognitionen empirisch mit einer PTBS zusammenhängen:

Foa, Ehlers, Clark, Tolin & Orsillo (1999) fanden heraus, dass PTBS-assoziierte Kognitionen gemessen mit dem *PTCI* mit den Subskalen „negative Gedanken zum Selbst“, „negative Gedanken über die Welt“ und „Selbstvorwürfe“ (Ehlers, 1999, S. 94) signifikant zwischen Probanden ohne traumatisches Ereignis, mit einem traumatischen Ereignis ohne PTBS und Probanden mit einer PTBS unterscheiden können. Dabei konnten bzgl. aller Subskalen und des Gesamtscores eine signifikante Unterscheidung getroffen werden. Ebenso konnte ein signifikanter Zusammenhang mit der Traumaschwere gefunden werden.

Bei der deutschen Validierung des *PTCI* ergaben sich ebenfalls mit allen drei Subskalen und dem Gesamtscore hochsignifikante Zusammenhänge mit PTBS-Symptomen. Allerdings wurde kein Zusammenhang mit der *PTCI*-Subskala „Selbstvorwürfe“ festgestellt (Ehlers, 1999, S. 94), wenn das traumatische Ereignis ein Unfall war. Wenn es sich aber um ein interpersonelles Trauma handelte, konnte ein bedeutsamer Zusammenhang gefunden werden (Müller, Wessa, Rabe, Dörfel, Knaevelsrud, Flor, Maercker & Karl, 2010). Dieses Ergebnis stimmt mit einer Studie an Probanden nach einem Motorradunfall überein, die ebenfalls einen geringeren Zusammenhang mit der *PTCI*-Subskala „Selbstvorwürfe“ (Ehlers, 1999, S.94) finden konnte (Beck, Coffey, Palyo, Gudmundsdottir, Miller & Colder, 2004).

O'Donnell, Elliott, Wolfgang & Creamer (2007) untersuchten 253 Probanden zu drei unterschiedlichen Zeitpunkten nach einem traumatischen Ereignis (mit körperlicher Verletzung) anhand des *PTCI*. Gemessen wurde der Zusammenhang posttraumatischer Kognitionen mit der Schwere der PTBS-Symptomatik. Dabei zeigte sich, dass posttraumatische Kognitionen direkt prädiktiv sind für die Schwere einer späteren PTBS-

Symptomatik. Dies trifft in dieser Studie insbesondere für die *PTCI*-Subskala „negative Gedanken zum Selbst“ (Ehlers, 1999, S.94) zu.

In einer weiteren Studie wurden 405 Probanden mit mindestens einem traumatischen Ereignis in der Vorgeschichte auf den Zusammenhang zwischen posttraumatischen Kognitionen und PTBS-Symptomen untersucht. Dabei zeigt sich v.a. ein Zusammenhang mit der *PTCI*-Subskala „negative Gedanken zum Selbst“ (Lancaster, Rodriguez & Weston, 2011; *PTCI*-Skala nach Ehlers, 1999, S.94).

2.4.5.3 *Disclosure*

„*Disclosure* bezeichnet das schriftliche oder mündliche Offenlegen belastender oder traumatischer Erfahrungen sowie diesbezüglicher Gedanken oder Gefühle“ (Müller & Maercker, 2006, S.50 zitiert aus dem Englischen nach Pennebaker, 1993).

In einer Studie an Kriminalitätsoptionen wurde die prädiktive Qualität von *Disclosure* für PTBS-Symptome untersucht. Dabei zeigte v.a. die Unterskala „Emotionale Reaktion“ (Müller, Beauducel, Raschka & Maercker, 2000, S. 420) des Fragebogens zur Offenlegung traumatischer Erfahrungen mit Intrusionen und Hyperarousel signifikante Beta-Koeffizienten. Die Varianz von Intrusionen, die allein durch *Disclosure* aufgeklärt werden konnte, lag bei 10,9 % (Müller & Maercker, 2006).

Bei Senfgasopfern aus dem 2. Weltkrieg, die nicht über das Ereignis sprechen durften (Probanden hatten Geheimhaltungspflicht), ergab sich eine Odds-Ratio von 4.38 mit einer PTBS. Allerdings wurde in der Studie nicht festgestellt, dass *Disclosure* an sich mit einer niedrigeren PTBS-Prävalenz verbunden sein könnte (Schnurr, Ford, Friedman, Green, Dain & Sengupta, 2000).

In einer Studie an 323 Opfern sexueller Gewalt zeigte sich ein bedeutsamer Zusammenhang zwischen negativen sozialen Reaktionen und der PTBS-Schwere. Ein größeres Ausmaß an *Disclosure* führte dabei generell zu mehr positiven und weniger negativen sozialen Reaktionen. Einem größeren Personenkreis von der geschehenen sexuellen Gewalt zu erzählen führte sowohl zu mehr positiven als auch zu mehr negativen sozialen Reaktionen. Wobei Probanden, die schwerere sexuelle Gewalt erlebt haben, weniger positive und mehr negative soziale Reaktionen berichteten (Ullmann & Filipas, 2001).

In einer Studie an 71 Soldaten, die im Irak stationiert waren, 40 Ersthelfern und 289 Studenten wurde der Zusammenhang zwischen PTBS und *Disclosure* analysiert. Dabei war

mehr *Disclosure* von positiven Emotionen mit einer geringeren PTBS-Symptomatik verbunden. Mehr *Disclosure* von negativen Emotionen war gegenüber Personen, welche die traumatische Erfahrung teilten, mit höherer PTBS-Symptomatik verbunden (Hoyt, Pasupathi, Smith, Yeater, Kay & Tooley, 2010).

Sloan, Marx und Greenberg (2011) untersuchten an 42 Studenten mit einer PTBS die Wirkung von geschriebenem emotionalem *Disclosure* auf die Schwere der vorhandenen PTBS. Dabei konnten sie keinen Unterschied in der Schwere der PTBS-Symptomatik zwischen Probanden mit und ohne geschriebenem emotionalem *Disclosure* finden (Effektstärke von $r=.06$).

2.4.5.4 Posttraumatische Reifung

Posttraumatische Reifung bezieht sich auf die subjektiv wahrgenommenen positiven Veränderungen, die sich nach einem traumatischen Erlebnis vollziehen. Dabei nutzen die Betroffenen die traumatische Erfahrung, um sich in positiver Weise weiterzuentwickeln (Zöllner & Maercker, 2006). Zöllner und Maercker (2006) bemerken dazu: „The term ‘growth’ underscores that the person has developed beyond her previous level of adaptation, psychological functioning, or life awareness. It expresses that in people’s lives there is something positively new which signifies a kind of additional benefit compared to pre-crisis level.” (S.628).

Aufgrund qualitativer Analysen wurden zunächst drei Bereiche der posttraumatischen Reifung postuliert: Veränderung in der Sichtweise auf die eigene Person, Veränderungen im Erleben der Beziehungen zu anderen Personen und Veränderungen in der allgemeinen Lebensphilosophie einer Person (Tedeschi & Calhoun, 1995). Faktorenanalysen ergaben eine Fünf-Faktoren-Lösung der Bereiche der posttraumatischen Reifung: persönliche Stärke, neue Möglichkeiten, Beziehungen zu anderen, Wertschätzung des Lebens und spirituelle Veränderungen (Tedeschi & Colhoun, 1996).

Das Konzept der posttraumatischen Reifung ist einerseits als „...antithesis of posttraumatic stress disorder...“ (Zoellner & Maercker, 2006, S. 629) zu verstehen und andererseits bedeutet posttraumatische Reifung nicht automatisch einen Zuwachs an Wohlbefinden oder die Abnahme an Stressempfinden (Zoellner & Maercker, 2006). Demnach ist vorstellbar, dass posttraumatische Reifung parallel zu posttraumatischen Symptomen (im Original emotionalem Stress) besteht oder entsteht (Tedeschi & Colhoun, 2004; Zoellner & Maercker, 2006). Studien zeigen, dass es sowohl positive, als auch

negative Zusammenhäng zwischen psychischer Gesundheit und Reifungsprozessen gibt (Zoellner & Maercker, 2006). Maercker und Zoellner (2004) postulieren ein Zwei-Komponenten-Modell von subjektiv wahrgenommener Reifung bestehend aus Konstruktion und Illusion. Die Konstruktion umfasst gelungene Anpassungsprozesse, wohingegen die Illusion auf Prozessen der Selbsttäuschung und /oder der Vermeidung im Hinblick auf die traumatische Erfahrung beruht.

In einer Meta-Analyse über posttraumatische Reifung bzw. über Vorteile nach traumatischen Ereignissen wurde auf der einen Seite ein Zusammenhang von Reifung mit weniger Depressivität und mehr Wohlbefinden festgestellt. Auf der anderen Seite war Reifung mit mehr intrusiven und vermeidenden Gedanken assoziiert (Helgeson, Reynolds & Tomich, 2006).

Eine Längsschnittstudie über 17 Jahren an zuletzt 183 israelischen Kriegsteilnehmern von 1973 untersuchte den Zusammenhang zwischen posttraumatischer Reifung und PTBS-Symptomatik. Die Datenerhebung fand in den Jahren 1991, 2003 und 2008 statt. Probanden mit einer PTBS berichteten dabei über ein höheres Ausmaß an posttraumatischer Reifung, als Probanden ohne PTBS (Dekel, Ein-Dor & Solomon, 2012).

Gerber, Boals & Schuettler (2011) haben 1.016 Probanden online auf den Zusammenhang zwischen positivem und negativem religiösen Coping, PTBS-Symptomen und posttraumatischer Reifung untersucht. Positives religiöses Coping beinhaltet die gütige religiöse Neubewertung und die Suche nach religiöser Unterstützung. Negatives religiöses Coping beinhaltet eine Neubewertung, die auf den Teufel gründete und spirituelle Unzufriedenheit. Die PTBS-Symptomatik hatte in der Regressionsanalyse einen positiven Zusammenhang mit negativem religiösem Coping. Posttraumatische Reifung zeigte sowohl mit negativem, als auch mit positivem religiösem Coping einen positiven Zusammenhang.

2.4.5.5 Soziale Unterstützung

Inwieweit soziale Unterstützung nach einem traumatischen Ereignis eine Rolle für eine spätere PTBS spielt, wurde in den beiden bereits erwähnten Metanalysen untersucht. So fanden Brewin et al. (2000) eine mittlere gewichtete Effektstärke zwischen dem Mangel an sozialer Unterstützung und einer späteren PTBS von $r=.40$. Diese Zahl resultierte aus 11 untersuchten Studien und war der stärkste Zusammenhang, der in dieser Meta-Analyse gefunden wurde. Bei Ozer et al. (2003) wurde ebenfalls in 11 Studien der Zusammenhang zwischen wahrgenommener sozialer Unterstützung nach dem traumatischen Ereignis und

einer PTBS bzw. PTBS-Symptomen analysiert. Dabei wurde eine mittlere Effektstärke (bereinigt um die Stichprobengröße) von $r=-.28$ gefunden. Diese Effektstärken sind im kleinen bis mittleren Bereich anzusiedeln (Bühner, 2006). Bei Ozer et al. (2003) war der Effekt stärker bei Studien, die zwischen dem traumatischen Ereignis und der Datenerhebung einen größeren Zeitraum hatten.

In einer Studie an 83 Kriegsveteranen wurden anhand einer Faktorenanalyse unterschiedliche Quellen sozialer Unterstützung extrahiert. Dabei ergaben sich vier Faktoren: bedeutsame andere Personen, Familie, Kollegen von der Armee und Freunde. Ein größeres Ausmaß an sozialer Unterstützung ging mit weniger PTBS-Symptomen einher. Bei Betrachtung der Quellen für die soziale Unterstützung traf dies für alle zu mit Ausnahme von Freunden (Wilcox, 2010).

King, Taft, King, Hammond und Stone (2006) konnten an 2.249 Golfkriegsveteranen anhand eines Strukturgleichungsmodells feststellen, dass eine PTBS einen negativen Einfluss auf spätere soziale Unterstützung hat. Wohingegen aber soziale Unterstützung zu einem früheren Zeitpunkt keine spätere PTBS vorhersagen konnte. Die Autoren schlossen daraus, dass die aus einer PTBS resultierenden interpersonellen Probleme schädlich sind für soziale Unterstützungsressourcen.

Soziale Wertschätzung bzw. Anerkennung werden von Maercker und Müller (2004) als „...a victim's experience of positive reactions from society that show appreciation for the victim's unique state and acknowledge the victim's current difficult situation.“ (S.345). Soziale Wertschätzung geht damit insofern über das Konzept der sozialen Unterstützung hinaus, indem sie ein erweitertes soziales Umfeld, wie die Nachbarn, aber auch die Öffentlichkeit miteinbezieht (Müller & Maercker, 2006).

Zwischen sozialer Wertschätzung und einer PTBS wurden folgende Zusammenhänge gefunden: signifikant negative Korrelation ($r=-.25$) mit Hyperarouselsymptomen (Jones, Müller & Maercker, 2006 bei Entwicklungshelfer). Signifikante Korrelationen der Traumaschwere mit der Subskala „Generelles Unverständnis“ ($r=.51/.52$) und der Subskala „Familiäres Unverständnis“ ($r=.28$) (Subskalen des sozialen Wertschätzung Fragebogens Maercker & Müller, 2004, S.349 aus dem Englischen), sowie als signifikanter Prädiktor für die Traumaschwere (Müller, Moergeli & Maercker, 2008 bei Kriminalitätsoffern). Ebenso konnten durch soziale Wertschätzung und *Disclosure* zusätzlich 11 % der Varianz der Traumaschwere aufgeklärt werden (Müller & Maercker, 2006 bei Kriminalitätsoffern).

2.4.5.6 Art des Coping

Odenwald (1999, zitiert nach Erdmann und Janke, 2008) hat in seiner Diplomarbeit Kriegsveteranen mit und ohne PTBS anhand des *SVF 120* verglichen. Dabei zeigt sich, dass die positiven, stressreduzierenden Strategien bei den Veteranen mit PTBS bedeutsam niedriger sind, als bei den Veteranen ohne PTBS. Dagegen sind die negativen, stressvermehreren Copingstrategien bei den Veteranen mit einer PTBS bedeutsam erhöht.

King et al., (1999) analysierten in einem Strukturmodell an 1.632 Vietnam-Veteranen u.a. Resilienzfaktoren, die einen negativen Zusammenhang mit einer PTBS haben. Ein wichtiger Faktor dabei war die Widerstandsfähigkeit der Probanden als Schutz gegen eine PTBS. Die Autoren subsumierten darunter Kontrollempfinden, die Bekenntnis zu sich selbst und Veränderung als Herausforderung zu betrachten.

Es konnte ebenso gezeigt werden, dass ein vermeidender oder betäubender Copingstil mit der Entstehung einer PTBS in Zusammenhang gebracht werden kann (Beaton, Murphy, Johnson, Pike & Corneil, 1999; Johnson et al., 2002).

Littleton, Axsom & Grills-Taquechel (2011) untersuchten 368 Studentinnen nach einer Schiesserei. Sie konnten feststellen, dass in einer längsschnittlichen Betrachtung durch das Ausmaß an PTBS-Symptomen maladaptives Coping vorhergesagt werden kann. Die umgekehrte Beziehung war nicht signifikant. Maladaptives Coping umfasste in dieser Studie Problemvermeidung, sozialer Rückzug, Wunschdenken und Selbstkritik.

Eine Studie an 55 Probanden nach physischer oder sexueller Gewalt stellte einen bedeutsamen Zusammenhang zwischen vermeidendem Coping, physiologischer Reaktivität der Herzfrequenz auf das Trauma und der Schwere der PTBS-Symptomatik 3 Monate später fest. Vermeidendes Coping und Herzfrequenz wurden innerhalb eines Monats nach dem traumatischen Ereignis gemessen (Pineles, Mostoufi, Ready, Street, Griffin & Resick, 2011).

3 Posttraumatische Belastungsstörung nach einem Suizidversuch

3.1 Biologische Faktoren

Hinweise für eine mögliche PTBS nach einem Suizidversuch ergeben sich aus Studien, die die Responsivität der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrindendachse (HPA-Achse) bei Patienten mit PTBS, Depression und Suizidversuchen untersuchen.

Die HPA-Achse ist ein physischer Reaktionsweg auf Stress. Die Reaktionskette beginnt in bestimmten Zellgruppen des Hypothalamus, welche das Corticotropin-Releasing-Hormon (CRH) ausschütten. Dieses wird durch Gefäße an die Hypophyse geleitet.

Infolgedessen schüttet die Hypophyse das Adrenocorticotrope Hormon ACTH aus. Dieses Hormon wiederum stimuliert über den Blutkreislauf die Nebennierenrinde, die daraufhin Corticoide, v.a. Cortisol ausschüttet. Die ausgeschütteten Corticoide wiederum bremsen die Produktion von ACTH in der Hypophyse. Infolgedessen kommt es zu einer geringeren Ausschüttung von Corticoiden in der Nebennierenrinde, d.h. es gibt eine negative Feedback-Schleife (Schandry, 1998; Bronisch & Brunner, 2002).

Eine mögliche Dysregulation der HPA-Achse kann mit dem Dex-CRH-Test überprüft werden. Dabei wird Dexamethason injiziert, welches chemisch mit Cortison verwandt ist. Aufgrund der negativen Feed-Back-Schleife der HPA-Achse sollte es aufgrund dessen bei normaler Reaktivität derselben zu einer verminderten Ausschüttung des körpereigenen Cortisols kommen. Nach der Gabe von Dexamethason werden im Blut die Cortisol- und ACTH-Spiegel gemessen (Heuser et al., 1994; Holsboer, 2000).

Heuser et al. (1994) stellten fest, dass sich mit dem Dex-CRH-Test der Cortisol- und ACTH-Spiegel im Blut von depressiven Probanden weniger supprimieren lässt, als bei gesunden Probanden.

In einer Studie, die depressive Patienten mit vs. ohne Suizidversuch vergleicht, zeigt sich bei depressiven Patienten mit einem Suizidversuch eine verstärkte Suppression von Cortisol (verringerte Stimulierbarkeit der HPA-Achse), als bei depressiven Patienten ohne Suizidversuch. Es zeigte sich auch, dass dieser Effekt bei Patienten, deren Suizidversuch weiter zurücklag, weniger wurde (Pfennig et al., 2005).

Bei Patienten mit einer PTBS zeigt sich ebenso eine verstärkte Suppression von Cortisol als Reaktion auf den Dex-CRH-Test (De Kloet et al., 2006), also eine ähnliche Reaktion, wie bei depressiven Patienten mit einem Suizidversuch in der Vorgeschichte.

Allerdings ist die Befundlage hinsichtlich PTBS und Cortisol differenziert zu betrachten. Meewisse, Reitsma, de Vries & Olf (2007) analysierten 37 Studien mit insgesamt 828 Probanden. Sie verglichen dabei Probanden mit vs. ohne PTBS und konnten keinen Unterschied in deren Cortisolgehalt finden. Die Analyse von Untergruppen ergab, dass ein geringerer Cortisolgehalt bei Probanden mit PTBS vs. ohne PTBS in Studien gefunden werden kann, wenn Serum oder Plasma untersucht wird, wenn die Probanden Frauen waren, wenn es sich bei dem traumatischen Ereignis um körperlichen oder sexuellen Missbrauch handelte und in Stichproben bei denen der Cortisolgehalt am Nachmittag gemessen wurde.

3.2 *Psychologische Faktoren*

In einer Diplomarbeit (Bill, 2008) wurden 25 Patienten mit einem Suizidversuch in der Vorgeschichte auf eine konsekutive SPTBS untersucht. Der Suizidversuch lag zum Zeitpunkt der Befragung durchschnittlich 11.64 Jahre zurück. Die SPTBS wurde anhand der PTBS-Sektion des *M-CIDI* (Wittchen & Pfister, 1997) erhoben. Gefragt wurde nach aktuell vorhandenen SPTBS-Symptomen. Von den 25 Probanden erfüllten 12 (48 %) die Kriterien einer SPTBS. Weitere 3 Probanden erfüllten die Kriterien einer subsyndromalen SPTBS nach Stein et al. (1997). Von den Probanden hatten 78.9 % während des Suizidversuchs klinisch bedeutsame Dissoziationen und 25 % zeigten eine akute Belastungsreaktion. Es wurde überprüft, ob es einen bedeutsamen Zusammenhang einer SPTBS mit folgenden Variablen gibt: Geschlecht, sozioökonomischer Status, PTBS aufgrund eines anderen Ereignisses, Alter, Ausmaß des Todeswunsches, die Gefährlichkeit des Suizidversuchs, akute Belastungsstörung aufgrund des Suizidversuchs, peritraumatischen Dissoziationen, Anzahl an traumatischen Ereignissen in der Vorgeschichte und Copingstrategien. Dabei wurde ein signifikanter Zusammenhang mit der Gefährlichkeit eines Suizidversuchs festgestellt. Je höher die Gefährlichkeit des Suizidversuchs war, desto häufiger wurde eine SPTBS diagnostiziert (Bill, 2008).

4 **Angst und Depression komorbid zu PTBS**

An Daten der *National Comorbidity Survey* der USA zeigte sich, dass Probanden mit einer PTBS zu 40.4 % vor der PTBS eine Depression hatten und 13.3 % entwickelten zeitgleich mit der PTBS eine depressive Störung (Franko, Thompson, Barton, Dohm, Kraemer, Iachan, Crawford, Schreiber, Daniels & Striegel-Moore, 2005). In der gleichen Studie wurden Frauen auf die Komorbidität einer PTBS mit einer Depression untersucht. Dabei zeigte sich, dass 19.4 % zuerst eine depressive Störung hatten, 25 % entwickelten zur gleichen Zeit eine depressive Störung und eine PTBS. Dementsprechend haben Kessler et al. (1995) im *National Comorbidity Survey* festgestellt, dass zu einer PTBS in erster Linie Depressionen und Angststörungen auftreten. Im Vergleich dazu beträgt die Punktprävalenz für eine majore Depression zwischen 1.5 und 4.9 % in der Allgemeinbevölkerung (Hautzinger, 2003).

In einer Studie mit Kriegsveteranen wurde eine komorbide Prävalenz von PTBS mit Depressionen von 30 % (Lebenszeitprävalenz 95 %) und anderen Angststörungen von 11 % (Lebenszeitprävalenz 25 %) festgestellt (Bleich, Koslowsky, Dolev & Lerer, 1997).

Einige Autoren postulieren, dass die hohe Komorbidität zwischen PTBS und Depressionen ihren Ursprung in der teilweisen Symptomüberlappung hat. Symptome, wie die Unfähigkeit Freude zu empfinden, Schlafstörungen oder Konzentrationsstörungen finden sich in beiden Störungsbildern (Franklin & Zimmermann, 2001).

In einer Längsschnittstudie an Veteranen des Libanon Krieges wurde festgestellt, dass über drei Messzeiträume 26.66 % - 30.09 % der Probanden sowohl an einer PTBS, als auch an Angst litten. Diese Rate war deutlich höher, als die der alleinigen PTBS (9.34 – 11.14 %) (Ginzburg, Ein-Dor & Solomon, 2010).

Eine Studie an einer repräsentativen Stichprobe von 34.635 erwachsenen Amerikanern, die an der zweiten Befragungswelle des *National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions* (Pietrzak, Goldstein, Southwick & Grant, 2011) teilnahmen, zeigte bei Probanden mit dem Vollbild einer PTBS (nach *DSM-IV*) folgende Komorbiditäten: 61.5% eine affektive Störung, 31.5% eine majore Depression und 59.0% eine andere Angststörung ausser PTBS (Pietrzak et al., 2011).

Insgesamt betrachtet treten PTBS, Depressionen und Angst häufig komorbid auf , sowohl unmittelbar nach dem traumatischen Ereignis, als auch bei Betrachtung des zeitlichen Verlaufs.

IV EIGENE FRAGESTELLUNG

Aus dem Theorieteil ergeben sich Hypothesen, die im Folgenden mit H1 bis H19 dargestellt werden.

1 Soziodemografische, prätraumatische Faktoren und Komorbiditäten

Zunächst werden die Hypothesen hinsichtlich soziodemografischer und prätraumatischer Faktoren dargestellt. (siehe Gliederungspunkt 2.4.1, 2.4.2, 2.4.3):

H1: Frauen haben häufiger eine SPTBS, als Männer.

H2: Je jünger die Probanden zum Zeitpunkt des Suizidversuchs sind, desto häufiger ist eine SPTBS.

H3: Je geringer der sozioökonomische Status der Probanden ist, desto häufiger ist eine SPTBS.

H4: Je mehr Suizidversuche in der Vorgeschichte der Probanden sind, desto häufiger ist eine SPTBS

H5: Je mehr psychopathologische Komorbiditäten Probanden haben, desto häufiger ist eine SPTBS.

H6: Je häufiger Probanden vor dem Suizidversuch eine Depression hatten, desto häufiger ist eine SPTBS.

H7: Je stärker Probanden zum ersten und zum zweiten Datenerhebungszeitpunkt depressiv sind, desto häufiger ist ein SPTBS.

H8: Je höher die transssituationale Angstbereitschaft der Probanden ist, desto häufiger ist eine SPTBS.

2 Peritraumatische Faktoren

Betrachtet man die peritraumatischen Faktoren, so ergeben sich aus dem Theorieteil folgende Hypothesen (siehe Gliederungspunkte 2.4.4):

H9: Je gefährlicher/tödlicher der Suizidversuch war, desto häufiger haben Probanden eine SPTBS.

H10: Je mehr die Probanden das A2-Kriterium für eine PTBS nach *DSM-IV* (Saß et al., 2003) erfüllen, desto häufiger ist eine PTBS.

H11: Je häufiger Probanden klinisch bedeutsame peritraumatische Dissoziationen haben, desto häufiger ist eine SPTBS.

3 Posttraumatische Faktoren

Hinsichtlich der posttraumatischen Faktoren ergeben sich folgende Hypothesen (siehe Gliederungspunkt 2.4.5):

H12: Je häufiger Probanden aufgrund des Suizidversuchs eine akute Belastungsstörung haben, desto häufiger ist eine SPTBS.

Geht man von einer dimensionalen Betrachtung der Symptome einer akuten Belastungsstörung aus, lässt sich zusätzlich folgende Hypothese generieren:

H13: Je intensiver die Symptome einer akuten Belastungsstörung sind, desto häufiger ist eine SPTBS.

H14: Je mehr posttraumatische kognitive Veränderungen Probanden aufweisen, desto häufiger ist eine SPTBS.

H15: Je weniger Patienten von dem Suizidversuch kommunizieren, desto häufiger ist eine SPTBS.

Aufgrund des Theorieteils ist es vorstellbar, dass sowohl Probanden mit als auch ohne SPTBS posttraumatische Reifung erlangen (Zoellner & Maercker, 2006; Tedeschi & Colhoun, 2004). Allerdings gibt es Hinweise darauf, dass PTBS-spezifische Symptome bzw. das Vollbild einer PTBS einen Zusammenhang mit Reifung haben (Helgeson et al., 2006; Dekel et al., 2012). Daraus lässt sich folgende Hypothese generieren:

H16: Je mehr Probanden posttraumatisch reifen, desto häufiger ist eine SPTBS.

H17: Je weniger soziale Unterstützung Probanden nach dem Suizidversuch erhalten haben, desto häufiger ist eine SPTBS.

H18: Je weniger soziale Wertschätzung Probanden nach dem Suizidversuch erhalten haben, desto häufiger ist eine SPTBS.

H19: Je dysfunktionaler der Copingstil von Probanden ist, desto häufiger ist eine SPTBS.

V METHODISCHER TEIL

1 Angewandte Untersuchungsverfahren

1.1 Fremdratingverfahren

1.1.1 Munich Composite International Diagnostic Interview (M-CIDI)

Das *M-CIDI* ist ein computergestütztes, vollstandardisiertes Interview zur Erfassung von Symptomen, Syndromen und zur Diagnostik von psychischen Störungen nach *DSM-IV* und *ICD-10* (Wittchen & Pfister, 1997).

In der vorliegenden Arbeit wurde eine modifizierte Form des *M-CIDI* verwandt. Dabei werden folgende aktuelle, als auch in der Vorgeschichte vorkommende Achse-I-Störungen erfasst: Angststörungen, affektive Störungen, Schizophrenien und andere psychotische Störungen, Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen, Essstörungen und posttraumatische Belastungsstörung (Wittchen & Pfister, 1997, analog des MARS-Projektes z.B. Hennings, Owashii, Binder, Hortsmann, Menke, Kloiber, Dose, Wollweber, Spieler, Messer, Lutz, Künzel, Biermer, Pollmächer, Pfister, Nickel, Sonntag, Uhr, Ising, Holsboer & Lucae, 2009).

Die Test-Retestreliabilität wurde an 60 Probanden in einem durchschnittlichen Abstand von 38 Tagen überprüft. Dabei ergab sich ein Wert von $\kappa=.76$ für das gesamte Interview. Aufgeteilt auf die einzelnen Sektionen ergaben sich folgende Werte: majore Depression ($\kappa=.68$), Angststörungen ($\kappa=.81$) und alkoholgebundene Störung ($\kappa=.78$) (Wittchen, Lachner, Wunderlich & Pfister, 1998).

Die Validität des *M-CIDI* wurde an 68 Probanden überprüft. Diese Probanden wurden zum einen anhand des *M-CIDI* interviewt. Zum anderen wurde eine Diagnose von Ärzten mit Hilfe des *DSM-IV*, klinischen Aufzeichnungen und deren eigener Einschätzung gefällt. Dabei ergaben sich exemplarisch folgende Werte: psychotische Störungen ($\kappa=.21$), einzelne depressive Episoden ($\kappa=.96$), wiederkehrende depressive Episode ($\kappa=.95$), Angststörungen ($\kappa=.79$) und substanzgebundene Störungen ($\kappa=.86$). Die Spezifität bewegte sich zwischen .60 und 1.00, die Sensitivität zwischen $\kappa=.88$ und $\kappa=1.00$ (Reed, Gander, Pfister, Steiger, Sonntag, Trenkwalder, Sonntag, Hundt & Wittchen, 1998).

1.1.2 Hamilton Depression Scale (HAMD)

Das *HAMD* (Hamilton, 1960) ist ein Fremdbeurteilungsrating zur Einschätzung des Schweregrads einer Depression. Inhaltlich spielen dabei körperliche Symptome eine größere

Rolle bei der Beurteilung, als affektive oder kognitive Symptome. Diagnosen können anhand des *HAMD* nicht getroffen werden. Die Skala wird vorwiegend in pharmakologischen Studien eingesetzt (Weyer, 2005).

Die Skala besteht aus 21 Items, die je ein depressives Symptom widerspiegeln. Die ersten 17 Items spiegeln den Schweregrad einer Depression wider, die weiteren 4 Items enthalten Informationen zum Typ der Depression oder repräsentieren seltene Symptome (z.B. Zwangssymptome), 11 Items werden auf einer 3-stufigen Skala je nach Vorhandensein des Symptoms eingeschätzt. 10 Items haben eine 5-stufige Skalierung, innerhalb derer nach dem Schweregrad des Symptoms unterschieden wird. Die Items werden zu einem Gesamtscore addiert. Bei Item 16 werden entweder die Angaben des Probanden oder das gemessene Gewicht gezählt. Bei Item 18 geht nur Teil b über die Stärke der Tagesschwankungen in den Gesamtscore ein. Der Gesamtscore der 21-Item-Version kann Werte zwischen 0 und 64 annehmen, bei der 17-Item-Version ergeben sich Werte zwischen 0 und 52 (Weyer, 2005).

Die Test-Retestreliabilität nach durchschnittlich 15 Tagen für den Gesamtscore der 17-Item-Version liegt bei $r=.65$. Für einzelne Items bewegt sich dieser Wert zwischen $r=-.04$ (Item 9 Erregung) und $r=.77$ (Item 4 Einschlafstörung) (Potts, Daniels, Burnman & Wells, 1990, zitiert nach Weyer, 2005).

Korrelationen mit Depressionsselbstratings fallen niedrig aus (Weyer, 2005). So ergibt sich eine Korrelation von $r=.34$ bis $r=.37$ mit dem Becks-Depressions-Inventar (Hautzinger, 1991 zitiert nach Weyer, 2005).

Stationäre depressive Patienten weisen bei der 21-Item-Version am häufigsten einen Summenscore über 24 Punkte auf. Depressiv relevante Werte beginnen ab einem Summenscore von 17 (gilt als milde Symptomatik) (Hautzinger, 2003).

1.1.3 *Risk-Rescue Scale (RRS)*

Die Risk-Rescue-Scale (*RRS*) erfasst quantitativ die Gefährlichkeit eines Suizidversuchs, die an der Wahrscheinlichkeit irreversibler körperlicher Schäden festgemacht wird (Weisman & Worden, 1972).

Die Skala besteht aus 10 Items, wovon je 5 die Risiko- und die Rettungsfaktoren erfassen. Die Risikofaktoren umfassen die Methode des Suizidversuchs, Erfordernis einer medizinischen Behandlung, ob und in welchem Ausmaß durch die Suizidhandlung das Bewusstsein beeinträchtigt wurde, die Schwere der zugefügten Verletzung, und die zu

erwartenden medizinischen Folgen. Die Rettungsfaktoren beinhalten die Vertrautheit mit dem Suizidversuchsort, das Ausmaß der Entdeckungswahrscheinlichkeit, Art der Person von der der Suizident gerettet wurde, Vorkehrungen des Suizidenten, um gefunden zu werden und die zeitliche Latenz zwischen dem Suizidversuch und dem Auffinden (Weisman & Worden, 1972).

Sowohl aus den Risiko- als auch aus den Rettungsfaktoren wird je ein Gesamtscore gebildet. Aus diesen wiederum wird ein Quotient errechnet. Je höher dieser Quotient ist, desto höher war das Risiko für einen tödlichen Ausgang des Suizidversuchs. Die Werte des Quotienten können sich zwischen 17 und 83 bewegen. Ebenso sind die Risikofaktoren gestaffelt zwischen Werte von 5 (wenig Risiko) und 15 (hohes Risiko) und die Rettungsfaktoren zwischen 5 (wenig) und 15 (hohe Rettungswahrscheinlichkeit) (Weisman & Worden, 1972).

Die Interraterreliabilität ergab Werte zwischen $r=.93$ und $r=.95$. Die Korrelation zwischen den Ergebnissen der *RRS* und der Einschätzung eines unabhängigen Psychiaters ergab einen Wert von $r=.66$. Bei Männern ergab sich ein signifikant höherer *RRS*-Wert, als bei Frauen. Ebenso stieg der *RRS*-Wert mit dem Ausmaß an medizinischer Behandlung (Weismann & Worden, 1972).

Die Überprüfung der Faktorenstruktur der *RRS* an 608 Probanden ergab eine 3-faktorielle Lösung, welche 65 % der Varianz aufklären konnte. Die drei Faktoren waren: medizinische Beeinträchtigung, die Umsetzung des Suizidversuchs und die Rettungsbedingungen. Ernsthafte Suizidversuche waren in dieser Studie durch weniger Kommunikation und mehr Schutzmaßnahmen gegen Entdeckung charakterisiert. Gewaltsame Suizidversuche waren mehr durch riskantes Handeln gekennzeichnet (Misson, Mathieu, Jollant, Yon, Guillaume, Parmentier, Raust, Jaussent, Slama, Leboyer, Bellivier & Courtet, 2010).

In der vorliegenden Studie wurde die deutsche Version der Skala analog der Studie von Bronisch, Brunner, Bondy, Rujescu, Bischof, Heuser, Müller-Oerlinghausen, Hawellek, Maier, Rao, Felber, Lewitzka, Oehler, Broocks, Hohagen & Lauterbach (2005) verwandt.

1.1.4 *Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS)*

Die *CAPS* ist ein strukturiertes Interview zur Diagnose und Schweregradbeurteilung einer PTBS (Blake, Weathers, Nagy, Kaloupek, Klauminzer, Charney & Keane, 1990; Dt. Übersetzung von Schnyder & Moergeli, 2002).

Erfasst werden die Häufigkeit und Intensität von 17 PTBS-Symptomen auf einer je 5-stufigen Likertskala. Es wird nach 5 Symptomen des Wiedererlebens, 7 Vermeidungssymptomen und 5 Symptomen des Hyperarousals gefragt. In weiteren Fragen wird nach der subjektiven Beeinträchtigung, der sozialen Funktionsfähigkeit und der beruflichen Beeinträchtigung gefragt (Schnyder & Moergeli, 2002).

Durch Addition der Häufigkeits- und Intensitätswerte kann ein Summenrohwert gebildet werden, welcher den Schweregrad der PTBS-Symptomatik widerspiegelt (Blake, Weathers, Nagy, Kaloupek, Gusman, Charney & Keane, 1995). Diese Schweregradbeurteilung lässt sich je nach der Höhe des Summenrohwerkes aufteilen. Werte zwischen 0 und 19 sprechen für wenig vorhandene Symptome (asymptomatisch), Werte zwischen 20 und 39 gelten als milde Symptomatik (subsyndromal), Werte zwischen 40 und 59 gelten als mittelschwere Symptomatik (PTBS-krankheitswertig), Werte zwischen 60 und 79 sprechen für eine schwere Symptomatik und Werte ab 80 für eine extrem schwere Symptomatik (Weathers, Keane & Davidson, 2001).

Ein Summenrohwert über 60 ergibt eine Sensitivität von .73 und eine Spezifität von .93. Für die kategoriale Auswertung kann ein Symptom als vorhanden gewertet werden, wenn die Häufigkeit mindestens mit 1 und die Intensität mindestens mit 2 gerated wird. Für diese Regel ergeben sich eine Sensitivität von .91 und eine Spezifität von .71 (Weathers, Ruscio & Keane, 1999). Diese Regel wurde bei der Berechnung der SPTBS nach *DSM-IV* eingehalten. Nach *ICD-10* wurden Symptome auch mit der Intensität von 1 als vorhanden gewertet. Der Grund dafür ist, dass die Variable SPTBS nach *ICD-10* die momentane klinische Praxis widerspiegeln soll.

Eine psychometrische Überprüfung der deutschen Übersetzung des *CAPS* ergab eine interne Konsistenz Cronbach's Alpha von .88 (nach 5 Tagen) und .92 (nach 6 Monaten) für den Summenrohwert. Im Vergleich mit einem Selbstrating ergeben sich folgenden Werte: $r=.56$ (nach 5 Tagen) und $r=.78$ (nach 6 Monaten) (Schnyder & Moergeli, 2002).

In der vorliegenden Studie wird das Interview zur Beurteilung einer aktuell vorhandenen SPTBS eingesetzt. Dabei sind die Fragen auf den letzten Monat bezogen.

1.1.5 Soziodemografische und suizidanamnestische Daten

Folgende soziodemografische Daten wurden von den Probanden zum ersten Erhebungszeitpunkt erfragt: Geschlecht, Alter, höchster erreichter Schulabschluss, Berufsabschluss, Beruf, berufliche Situation und die Wohnsituation.

Ebenso wurden anhand des ersten Items aus der *RRS* (Wiesman & Worden, 1972) die Methoden möglicher Suizidversuche in der Vorgeschichte erfragt. Falls vorhanden wurde dazu das Alter zum Zeitpunkt des Suizidversuchs erhoben.

Hinsichtlich des aktuellen Suizidversuchs wurden das Alter, die Methode, das Datum und das auslösende Ereignis erhoben.

1.2 Selbstratingverfahren

1.2.1 Becks Depression Inventory (BDI)

Der *BDI* (Beck & Steer, 1987) ist ein Selbstrating zur Einschätzung des Schweregrads einer Depression. Zur Diagnose kann es nicht genutzt werden. Die Skala gilt als Standardverfahren bei der Untersuchung von depressiven Probanden (Hautzinger, 2003; Weyer, 2005).

Das *BDI* enthält 21 Items, die in Form von Ich-Aussagen auf einer 4-stufigen Skala von den Probanden hinsichtlich der Häufigkeit und Intensität im Hinblick auf die vergangene Woche eingeschätzt werden. Die einzelnen Items bilden folgende Aspekte ab: „...traurige Stimmung, Pessimismus, Versagen, Unzufriedenheit, Schuldgefühle, Strafbedürfnis, Selbsthass, Selbstanklagen, Selbstmordimpulse, Weinen, Reizbarkeit, sozialer Rückzug und Isolierung, Entschlussunfähigkeit, negatives Körperbild, Arbeitsunfähigkeit, Schlafstörung, Ermüdbarkeit, Appetitverlust, Gewichtsverlust, Hypochondrie und Libidoverlust.“ (Hautzinger, 2003, S. 18-19).

Zur Auswertung werden die einzelnen Skalenwerte zu einem Gesamtscore addiert, mit Ausnahme des Items zum Gewichtsverlust, welches nicht gewertet wird, wenn Probanden angeben, dass sie absichtlich weniger essen (Weyer, 2005). Ein Gesamtscore unter 11 Punkten gilt als unauffällig. Werte zwischen 11 und 17 Punkten weisen auf eine leichte bis mäßige Ausprägung hin. Als klinisch depressiv relevant gelten Werte von 18 und mehr. Dabei liegt dieser Wert zwei Standardabweichung über dem Mittelwert gesunder Probanden ($M=6.45$; $SD=5.2$). Depressive Patienten weisen einen Mittelwert von $M=23.7$ ($SD=9.8$) auf (Hautzinger, Bailer, Worall & Keller, 1995).

Die Test-Retest-Reliabilität in Form von Rangkorrelationskoeffizienten liegt zwischen $r=.75$ nach 2 Wochen und $r=.62$ nach vier Wochen (Hautzinger, 1991, zitiert nach Weyer, 2005). Der Vergleich mit anderen Selbstratings für Depressionen ergibt Korrelationen zwischen $r=.72$ und $r=.74$ (Hautzinger et al., 1995).

1.2.2 *State-Trait-Angstinventar (STAI)*

Das *STAI* (Spielberger, Gorsuch & Lushene, 1970 zitiert nach Weyer, 2005; deutsche Version von Laux, Glanzmann, Schaffner & Spielberger, 1981) ist ein Selbstrating, das zum Screening von Angststörungen und zur Angstmessung eingesetzt werden kann. Die Skala besteht aus einem Teil, der die situative Angst erfasst und einem anderen Teil, der Angst als überdauernde Eigenschaft einer Person (Persönlichkeitseigenschaft) erfasst (Weyer, 2005).

Die erste Skala enthält 20 Ich-Aussagen, deren Intensität auf einer 4-stufigen Skala beantwortet wird. Dabei werden sowohl affektive als auch kognitive Aspekte von Angst erfasst. 10 Items beziehen sich auf das Vorhandensein von Angst und 10 auf deren Abwesenheit (Weyer, 2005).

Die zweite Skala enthält ebenso 20 Items in Ich-Form, die auf einer 4-stufigen Skala nach deren Häufigkeit eingeschätzt werden. Die Aussagen beziehen sich auf das nicht-situative allgemeine Befinden des Probanden. Dabei sind 13 Aussagen auf vorhandene Angst und 7 auf abwesende Angst bezogen. Darin enthalten sind sowohl kognitive als auch affektive Angstkomponenten (Weyer, 2005).

Der Gesamtscore beider Skalen kann Werte zwischen 20 und 80 annehmen. Vor der Addition der Werte müssen inhaltlich angstfreie Items umgepolt werden. Ein hoher Wert steht bei der ersten Skala für eine hohe aktuelle Angst. Ein hoher Wert bei der zweiten Skala steht für eine hohe transsituationale Bereitschaft für Angst (Weyer, 2005).

Die Test-Retestreliabilität der ersten Skala variiert zwischen $r=.18$ und $r=.55$. Bei der zweiten Skala bewegen sich die Werte zwischen $r=.89$ nach 49 Tagen und $r=.68$ nach 69 Tagen (Laux et al., 1981; Schwenkmezger, 1985 zitiert nach Weyer, 2005). Die X1-Skala reagiert auf jede situative Veränderung (*STAIX1* situative Angst), während Veränderungen auf der X2-Skala nach Wochen oder Monaten vorstellbar sind (Weyer, 2005).

State- und Traitangst korrelieren in unterschiedlichen Stichproben zwischen $r=.43$ und $r=.75$ untereinander (Weyer, 2005 zitiert nach Spielberger et al. 1970).

Normwerte liegen nur für die X2-Skala (*STAIX2* Traitangst, Angst als Persönlichkeitseigenschaft) vor. Cut-Off-Werte für eine vorhandene Angststörung gibt es bisher nicht. Allerdings können Werte >50 (bei Frauen) und >46 (bei Männern) einen Hinweis für eine klinische Bedeutsamkeit liefern (Laux et al., 1981).

1.2.3 *Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire (PDEQ)*

Der *PDEQ* ist ein Selbstrating zur Erfassung von Dissoziationen während eines traumatischen Ereignisses (Marmar, Weiss, Schlenger, Fairbank, Jordan, Kulka & Hough, 1994; Marmar, Weiss & Metzler, 1997).

Die Skala besteht aus 10 Items, die auf einer 5-stufigen Skala nach der Intensität des Dissoziationserlebens eingeschätzt werden. Die Werte werden zu einem Gesamtscore addiert, der umso höher ist, je höher das Dissoziationserleben während des traumatischen Ereignisses war (Marmar et al., 1997).

Bei Probanden mit einem durchschnittlichen Item-Wert über 1.5 kann von klinisch bedeutsamen peritraumatischen Dissoziationen ausgegangen werden (Marmar, Weiss, Metzler & Delucchi, 1996b).

Die Skala weist eine interne Konsistenz von $r=.81$ auf (Marmar, Weiss, Metzler, Ronfeldt & Foreman, 1996a). Das Ausmaß an peritraumatischen Dissoziationen zeigte einen positiven Zusammenhang mit einer späteren PTBS (Marmar et al., 1994).

1.2.4 *Acute Stress Disorder Scale (ASDS)*

Die *ASDS* ist ein Selbstrating zum Screening einer akuten Belastungsstörung (Bryant, Mulds & Guthrie, 2000).

Der Fragebogen besteht aus 19 Items, die sich an den *DSM-IV* Kriterien einer PTBS orientieren. Sechs Items beinhalten Symptome des Hyperarousels, fünf Items dissoziative Symptome, vier Items Symptome des Wiedererlebens und vier Items Symptome der Vermeidung. Die Items werden auf einer 5-stufigen Skala nach der Intensität der Symptome eingeschätzt. Die Auswertung erfolgt durch den Summenscore über alle Items (Bryant et al., 2000).

Nach Bryant et al. (2000) konnten ab einem Summenscore von 56 91 % der Probanden mit einer späteren PTBS und 93 % ohne eine spätere PTBS identifiziert werden. Die falsch positiven Prognosen bei diesem Cut-Off-Wert betragen 33 %. Die Test-Retestreliabilität nach 2 bis 4 Tagen betrug $r=.94$ (Bryant et al., 2000).

1.2.5 *Posttraumatic Growth Scale (Posttraumatische Persönliche Reifung) (PTR)*

Die Posttraumatic Growth Skala (Tedeschi & Calhoun, 1996; deutsche Version: Posttraumatische Persönliche Reifung von Maercker & Langner, 2001) misst subjektiv wahrgenommene positive Veränderungen aufgrund eines erlebten Traumas.

Die Skala umfasst 21 Items, die folgende Subskalen beinhalten: „neue Möglichkeiten“ (5 Items), „Beziehungen zu anderen“ (7 Items), „persönliche Stärken“ (4 Items), „Wertschätzung des Lebens“ (3 Items) und „religiöse Veränderung“ (2 Items) (Tedeschi & Calhoun, 1996; Items nach Maercker & Langner, 2001, S. 156). Die Items werden analog der Originalveröffentlichung (Tedeschi & Calhoun, 1996) auf einer 6-stufigen Likert-Skala nach deren Intensität eingeschätzt. In der vorliegenden Studie wurden den Skalierungen Werte zwischen 1 und 6 zugeordnet, bei Tedeschi und Calhoun (1996) waren es Werte zwischen 0 und 5.

Zur Auswertung kann ein Score innerhalb der Subskalen, als auch ein Gesamtscore gebildet werden. Die Werte des Gesamtscores können zwischen 0 und 105 liegen (Tedeschi & Calhoun, 1996; Maercker & Langner, 2001).

Die Test-Retestreliabilität beträgt nach 2 Monaten $r=.71$. Hinsichtlich der einzelnen Subskalen bewegt sich die Test-Retestreliabilität zwischen $r=.37$ und $r=.74$. Der Gesamtscore zeigt eine interne Konsistenz von $.90$. Ein moderater Zusammenhang mit Optimismus und Extraversion konnte festgestellt werden (Tedeschi & Calhoun, 1996).

1.2.6 *Posttraumatic Cognition Inventory (PTCI)*

Das *PTCI* (Foa et al., 1999) erfasst typische posttraumatische kognitive Veränderungen. Der Inhalt der Items ist aus der klinischen Beobachtung und PTBS-Theorien entstanden. Die deutsche Version stammt von Ehlers und Boos (1999).

Die Skala besteht aus 33 Items, die sich in 3 Faktoren gliedern lassen: „negative Gedanken zum Selbst“ (21 Items), „negative Gedanken über die Welt“ (7 Items) und „Selbstvorwürfe“ (5 Items) (Ehlers, 1999, S. 94). Die Items werden auf einer 7-stufigen Skala nach Intensität der Zustimmung von den Probanden eingeschätzt. Der Skalierung werden jeweils Werte zwischen 1 und 7 zugeordnet. Die Werte der einzelnen Skalen werden durch Addition der einzelnen Itemwerte innerhalb der Skalen und Teilung durch die Anzahl der Items der jeweiligen Skala errechnet. Ebenso kann durch Addition aller Itemwerte ein Gesamtscore gebildet werden (Foa et al., 1999; Ehlers, 1999; Müller et al., 2010).

Foa et al. (1999) konnten anhand einer Diskriminanzanalyse feststellen, dass mit dem *PTCI* 86 % der traumatisierter Probanden richtig zu den beiden Gruppen mit vs. ohne PTBS mit einer Sensitivität von $.78$ und einer Spezifität von $.93$ zugeordnet werden konnten. Der Median bei Probanden, die ein traumatisches Erlebnis und eine darauf folgende PTBS hatten, lag in der Originalversion bei einem Summenscore von 133 (SD=44.17). Bei

Probanden mit einem traumatischen Ereignis aber ohne PTBS lag der Median bei 49 (SD=23.52). Auf der Skala „negative Gedanken zum Selbst“ lag der Median bei traumatisierten Probanden bei 3.6 (SD=1.48), auf der Skala „negative Gedanken über die Welt“ bei 5.0 (SD=1.35) und auf der Skala „Selbstvorwürfe“ bei 3.2 (SD=1.74) (Foa et al., 1999; Skalen nach Ehlers, 1999, S.94).

Die interne Konsistenz der deutschen Version der Skala lag für den Gesamtscore bei Cronbach's Alpha .95. Der Gesamtscore korrelierte mit dem *BDI* mit $r=.75$ und mit dem *STAI-T* (Trait-Skala) mit $r=.65$ (Müller et al., 2010).

1.2.7 *Peritraumatic Distress Inventory (PDI)*

Mit dem Peri-Trauma-Belastungsfragebogen (*PDI*; engl. Brunet, Weiss, Metzler, Best, Neylan, Rogers, Fagan & Marmar; 2001; dt. Maercker, 2001) wird das subjektiv wahrgenommene Ausmaß an Belastung während und unmittelbar nach dem Suizidversuch erfasst. Das Selbstrating wurde zur quantitativen Messung des A2-Kriteriums einer PTBS nach dem *DSM-IV* konzipiert (Saß et al., 2003).

Das Messinstrument umfasst 13 Items. Jedes Item wird von den Probanden je nach Ausmaß der empfundenen Belastung auf einer 5-stufigen Skala beantwortet. Das Ergebnis wird durch den Summenscore über alle Items bestimmt (Brunet et al., 2001; Maercker, 2005). Dieser kann minimal 0 und maximal 52 sein. Normwerte liegen für den Fragebogen nicht vor. Als kritischer Schwellenwert wird ein Summenscore von 26 angenommen (Maercker, 2005).

Der Fragebogen wurde zunächst an 702 New Yorker Polizisten und einer Vergleichsgruppe von 301 Peers überprüft, die von den Polizisten nominiert wurden und gematched waren nach Alter und Geschlecht. Dabei ergaben sich ähnliche Werte zwischen Polizisten und Vergleichsgruppe. Nach 391 Tagen ergab sich eine Test-Retestreliabilität von .74. Die Korrelationen mit ähnlichen Maßen ergaben folgende Werte: peritraumatische Dissoziation ($r=.59$) oder eine Selbstrating zur PTBS-Symptomatik ($r=.42-.47$). Die divergente Validität wurde anhand der Korrelation wie soziale Unterstützung ($r=-.11$) oder physischer Gesundheit ($r=-.15$) untersucht (Brunet et al., 2001).

In einer neueren japanischen Untersuchung wurde nach einem schweren Autounfall die prädiktive Validität des *PDI* für eine spätere PTBS untersucht. Die PTBS wurde dabei anhand des *CAPS* an 64 Probanden untersucht. Dabei erfüllten 5 Probanden alle Kriterien einer PTBS, 8 hatten eine subsyndromale PTBS (lag vor wenn zwei der B-, C- oder D-

Kriterien einer PTBS nach *DSM-IV* erfüllt waren und zusätzlich das A1-, E- und F-Kriterium erfüllt waren). Dabei zeigte sich, dass der *PDI* signifikant ($p = .0003$) PTB-Symptome vorhersagen kann. Ebenso ergab ein Summenscore ≥ 23 die beste Ausgewogenheit zwischen Spezifität (82 %) und Sensitivität (73 %). Die negative prädiktive Validität war mit 93 % höher als die positive prädiktive Validität mit 53 % (Nishi, Matsuoka, Yonemoto, Noguchi, Kim & Kanba, 2010).

1.2.8 Stressverarbeitungsfragebogen (SVF78)

Der *SVF78* ist ein Selbstrating zur Erfassung von psychischen Reaktionen auf Stress, sowohl auf der Verhaltens- als auch auf der Erlebensebene (Erdmann & Janke, 2008). Die Skala orientiert sich theoretisch an dem transaktionalen Stressmodell nach Lazarus (1966).

Der *SVF* besteht aus 78 Items, die auf einer 5-stufigen Skala nach dessen Wahrscheinlichkeit von den Probanden eingeordnet werden (Erdmann & Janke, 2008).

Der *SVF78* enthält folgende 13 Subskalen mit je 6 Items (inkl. der Erläuterung zur jeweiligen Subskala): „...Herunterspielen[,] . . . Schuldabwehr[,] . . . Ablenkung[,] . . . Ersatzbefriedigung[,] . . . Situationskontrolle[,] . . . Reaktionskontrolle[,] . . . Positive Selbstinstruktionen[,] . . . Soziales Unterstützungsbedürfnis[,] . . . Vermeidung[,] . . . Flucht[,] . . . Gedankliche Weiterbeschäftigung[,] . . . Resignation [,] . . . [und] Selbstbeschuldigung...“ (Erdmann & Janke, 2008, S. 91).

Ebenso kann die Skala in „Positiv-Strategien“ (stressreduzierend) und „Negativ-Strategien“ (stressverstärkend) unterteilt werden (Erdmann & Janke, 2008, S.101). Die „Positiv-Strategien“ lassen sich weiterhin in „Um- und Abwertungsstrategien“, in „Ablenkungs-/Kompensationsstrategien“ und in „Kontrollstrategien“ unterteilen (Erdmann & Janke, 2008, S. 101).

Die interne Konsistenz der Subskalen bewegt sich zwischen Cronbach's Alpha $r = .77$ und $r = .94$ (Ising, Weyers, Janke & Erdmann, 2001). Die Test-Retestreliabilität des *SVF 120* im Abstand von 4 Wochen lag zwischen $r = .69$ und $r = .86$. Die Autoren gehen davon aus, dass sich die Werte bei der Kurzform ähnlich gestalten (Erdmann & Janke, 2008).

1.2.9 Fragebogen zur sozialen Unterstützung (F-SozU)

Der *F-SozU* erfasst die subjektiv wahrgenommenen sozialen Unterstützungsmöglichkeiten und -ressourcen aus dem sozialen Netzwerk des Probanden (Fydrich, Sommer & Brähler, 2007).

Der *F-SozU* wurde in der vorliegenden Arbeit in der 54-Item-Version verwandt. In dieser Form beinhaltet der *F-SozU* vier Subskalen. „Emotionale Unterstützung“ (16 Items; bezogen auf soziale Akzeptanz und Zuneigung), „Praktische Unterstützung“ (9 Items; bezogen auf alltagspraktische Hilfe von anderen), „Soziale Integration“ (13 Items; bezogen auf Zugehörigkeit zu anderen nahestehenden Menschen) und „Soziale Belastung“ (12 Items; bezogen auf die Wahrnehmung von belastendem Verhalten des sozialen Netzes) (Fydrich et al., S.33). Aus den verbleibenden vier Items und einigen bereits in den Hauptskalen enthaltenen Items lassen sich die folgenden Zusatzskalen bilden: „Reziprozität“ (vier Items; bezogen auf das Ausmaß der Unterstützung, mit der der Proband andere unterstützt), „Verfügbarkeit einer Vertrauensperson“ (vier Items; bezogen darauf, ob eine nahestehende Person verfügbar ist) und „Zufriedenheit mit sozialer Unterstützung“ (fünf Items; bezogen auf die Zufriedenheit und dem Wunsch auf Unterstützung). Ebenso lässt sich aus den drei Subskalen („Emotionale Unterstützung“; „Praktische Unterstützung“ und „Soziale Integration“) ein Gesamtscore „Wahrgenommene soziale Unterstützung“ errechnen (Fydrich et al., 2007, S.33; Fydrich et al., 2007).

Die Items werden von den Probanden auf einer 5-stufigen Skala nach dem Ausmaß des Zutreffens eingeschätzt. Zur Auswertung wird unter Berücksichtigung der invertierten Items für jede Subskala ein Summenscore errechnet. Für den Gesamtscore „Wahrgenommene soziale Unterstützung“ wird ebenso eine Gesamtscore aus der Summe der dazugehörigen Subskalen errechnet und durch 3 dividiert (Fydrich et al., 2007 S.33; Fydrich et al., 2007).

Die interne Konsistenz der Skalen (Cronbach's Alpha) bewegt sich zwischen .70 und .93. Die Test-Retestreliabilität liegt nur für eine 22-Item umfassende Kurzform vor. Nach einem Zeitraum von 2 Monaten betrug diese .65. Die drei Skalen „Emotionale Unterstützung“; „Praktische Unterstützung“ und „Soziale Integration“ korrelieren untereinander zwischen .64 und .71. Hingegen korreliert die Skala „Soziale Belastung“ negativ zwischen -.39 und -.64 mit diesen drei Skalen (Fydrich et al., 2007 S.33; Fydrich et al., 2007).

Zur Beurteilung des Auswertungsergebnisses des *F-SozUs* liegen im Handbuch Prozentrangnormen für Probanden im Alter zwischen 24 und 96 Jahren vor. Dabei gelten Prozentränge zwischen 16 und 84 als unauffällige Werte (Fydrich et al., 2007).

1.2.10 Soziale Wertschätzung Fragebogen (SAQ)

Der soziale Wertschätzungs-Fragebogen erhebt die subjektiv wahrgenommene Anerkennung und Achtung des Suizidenten durch seine Umwelt. Die Items des Fragebogens sind aus Forschungsergebnissen über den Beitrag sozialer Faktoren bei der Besserung einer PTBS entstanden (Maercker & Müller, 2004).

Die Skala besteht aus 16 Items mit den Subskalen „Anerkennung“ (6 Items), „generelles Unverständnis“ (5 Items) und „familiäres Unverständnis“ (5 Items) (Maercker & Müller, 2004, S.349 aus dem Englischen). Die Items werden auf einer 4-stufigen Skala von den Probanden, je nach Ausmaß des Zutreffens eingeschätzt. Gefragt wird nach der subjektiv empfundenen Wertschätzung des direkten und erweiterten sozialen Umfeldes. Zur Auswertung kann für die Subskalen je ein Summenwert und ein Gesamtscore unter Berücksichtigung der invertierten Items gezogen werden (Maercker & Müller, 2004).

Die interne Konsistenz der Skala (Cronbach's Alpha) betrug für den Gesamtscore .86 und .79. Bei den Subskalen lag dieser Wert zwischen .78 und .87. Die Test-Retestreliabilität nach 2 Monaten lag für den Gesamtscore bei $r=.80$, bei den Subskalen zwischen $r=.74$ und $r=.85$. Korrelationen zwischen dem *F-SozU* und dem *SAQ* lagen zwischen $r=.41$ und $.63$. Die beiden Unterskalen „familiäres“ und „generelles Unverständnis“ korrelierten positiv mit einer PTB-Symptomatik (zwischen $r=.32$ und $.58$), wohingegen die Subskala „Anerkennung“ (Maercker & Müller, 2004, S.349 aus dem Englischen) leicht negativ mit einer PTBS-Symptomatik korrelierte (zwischen $r=.29$ - $.32$). Der *SAQ* lieferte einen signifikanten Beitrag zur Vorhersage der Schwere einer PTBS (Maercker & Müller, 2004).

1.2.11 Fragebogen zur Offenlegung traumatischer Erfahrungen (Disclosure)

Der Fragebogen zur Offenlegung traumatischer Erfahrungen misst das Kommunikationsverhalten nach einem traumatischen Ereignis (Müller et al., 2000).

Der Fragebogen besteht aus 34 Items. Diese wiederum lassen sich in drei Subskalen untergliedern: Die erste Subskala „Bedingungen des Schweigens“ beinhaltet 13 Items, die erfassen, weshalb jemand nicht über das traumatische Ereignis spricht. Die zweite Subskala „Bedingungen des Redens“ beinhaltet 11 Items, welche die Häufigkeit und die Intensität des Erzählens von der traumatischen Erfahrung beschreiben. Die dritte Subskala „Emotionale Reaktionen“ (Subskalen nach Müller et al., 2000, S.420) beinhaltet 10 Items, welche die emotionalen und körperlichen Reaktionen beim Erzählen des traumatischen Ereignisses erfassen (Müller et al., 2000). Die Probanden werden nach ihrem persönlichen Erleben

befragt, wenn sie anderen von Dingen im Zusammenhang mit dem Suizidversuch berichten. Die Items sind auf einer 6-stufigen Skala nach dem Ausmaß des Zutreffens einzustufen. Zur Auswertung kann sowohl ein Summenwert innerhalb der Skalen, als auch für die gesamte Skala gebildet werden (Müller et al., 2000).

Die Befragung ehemaliger DDR-Häftlinge ergab folgende Werte bei den einzelnen Skalen: „Bedingungen des Schweigens“ $M=27.63$ ($SD=13$), „Bedingungen des Redens“ $M=20.04$ ($SD=10.83$) und „Emotionale Reaktion“ $M=24.15$ ($SD=11.36$) (Müller et al., 2000, S.420). Bei Kriminalitätsoptionen bewegten sich die Werte zwischen 26.77 ($SD=12.41$) bei „Emotionale Reaktion“, 23.13 ($SD=11.60$) bei „Bedingungen des Redens“ und 20.76 ($SD=13.12$) bei „Bedingungen des Schweigens“ (Müller et al., 2000, S. 420, Müller et al., 2008).

Die Test-Retestreliabilitäten nach 1 bis 3 Monaten lagen zwischen $.76$ und $.89$. Die interne Konsistenz der Skalen lagen zwischen Cronbach's Alpha $.82$ und $.88$ (Müller et al., 2000).

Mit dem *F-SOZU* ergaben sich signifikante negative Korrelationen mit den beiden Subskalen „Bedingungen des Schweigens“ und „Emotionale Reaktion“ (Müller et al., 2000, S.420). Mit einer Skala zur Erfassung der Häufigkeit von PTB-Symptomatik ergaben sich bei allen drei Subskalen signifikant positive Korrelationen zwischen $.36$ und $.77$ mit Ausnahme der Skala „Bedingungen des Redens“ und Vermeidungssymptomen einer PTBS (Müller et al., 2000, S.420; Müller et al., 2000).

Die beiden Subskalen „Bedingungen des Redens“ und „Bedingungen des Schweigens“ zeigten einen signifikant prädiktiven Zusammenhang mit der Schwere einer PTB-Symptomatik (Müller et al., 2000, S.420; Müller et al., 2008; Müller, Orth, Wang & Maercker, 2009).

2 Gewinnung und Beschreibung der Stichprobe

Die Stichprobe besteht aus 43 Probanden, die in den Jahren 2009/10 entweder an der psychiatrischen Klinik der LMU oder im Max-Planck-Institut für Psychiatrie mit Zustand nach Suizidversuch behandelt wurden.

Einschlusskriterien für die Studie waren ein maximal 4 Wochen zurückliegender Suizidversuch. Weitere Einschlusskriterien waren: die klinische Diagnose eines depressiven Syndroms mindestens mittelgradig im Rahmen der ersten oder rezidivierenden depressiven

Episode, eine bipolare Störung, Dysthymie, Angst und Depression gemischt oder eine Anpassungsstörung. Alle Probanden sollten im Alter zwischen 18 und 75 Jahren sein.

Ausschlusskriterien waren: schizo-affektive Psychose und psychotische Depression, depressive Episode sekundär zu einer somatischen/neurologischen Erkrankung oder zu Substanzmissbrauch/-abhängigkeit oder schwere neurologische oder internistische Begleiterkrankungen.

Tabelle 2 zeigt die Zusammensetzung der Stichprobe:

Tabelle 2

Soziodemografische und biologische Charakteristik der Stichprobe

Variable		N	%
Alter:	M (SD)	39.7	
		(13.01)	
	< 25	9	20.93
	25-34	7	16.28
	35-44	12	27.91
	45-54	9	20.93
	55 -64	5	11.63
	≥ 65	1	2.33
Geschlecht	Männlich	21	48.84
	Weiblich	22	51.16
Familiensituation	Ledig	21	48.84
	Verheiratet	12	27.91
	Getrennt lebend	3	6.98
	Verwitwet	2	4.65
	Geschieden	5	11.63
Schulabschluss	Sonderschule	1	2.33
	Hauptschule	12	27.91
	Mittlere Reife	14	32.56
	Abitur	16	37.21

(Fortsetzung)

Variable		N	%
Wohnsituation	Privatwohnung	19	44.19
	Fam. Umfeld	15	34.88
	Wohngemeinschaft	5	11.63
	Ohne Wohnsitz	4	9.30
Aktuelle berufliche Situation	Berufstätig	30	69.77
	Hausfrau/-mann	1	2.33
	Ausbildung	1	2.33
	Berufsunfähig	2	4.65
	Altersrente	1	2.33
	Arbeitslos	4	9.30
	Ohne Beschäftigung	3	6.98
	Unbekannt/unklar	1	2.33

Die lokale Ethikkommission hat der Studie gemäß den ethischen Standards der Erklärung von Helsinki (Weltärztebund, 2008) zugestimmt.

Nach ausführlicher Aufklärung haben alle Teilnehmer eine Einverständniserklärung über die Verwendung der erhobenen Daten unterzeichnet.

Auf den sozioökonomischen Status (SES) der Probanden wurde aufgrund des aktuellen Beschäftigungsstatus geschlossen. Dabei wurde angenommen, dass dieser unter allen Möglichkeiten die größte Nähe zu einem aktuell zu vermutenden SES hat. Konkret relevante Daten, wie tatsächliches aktuelles Einkommen der Probanden, wurden nicht erhoben. Probanden mit einer Vollzeitbeschäftigung und Probanden mit einer Altersrente oder Pension wurden einem hohen SES zugewiesen. Dies ergibt 26 Probanden mit einem hohen SES. Probanden in Teilzeitbeschäftigung, gelegentlich berufstätige Probanden, Hausfrauen/-männer, Probanden in Ausbildung, arbeitslose Probanden, Probanden mit Erwerbs-/Berufsunfähigkeit, Frührente oder im Rentenverfahren und Probanden die anderweitig ohne berufliche Beschäftigung waren, wurden einem niedrigen SES zugewiesen. Daraus ergeben sich 16 Probanden mit niedrigem SES. Bei einem Probanden fehlen diese Angaben.

3 Ablauf der Studie

Die Studie ist eine Längsschnittstudie mit zwei Datenerhebungszeitpunkten (siehe Abbildung 3):

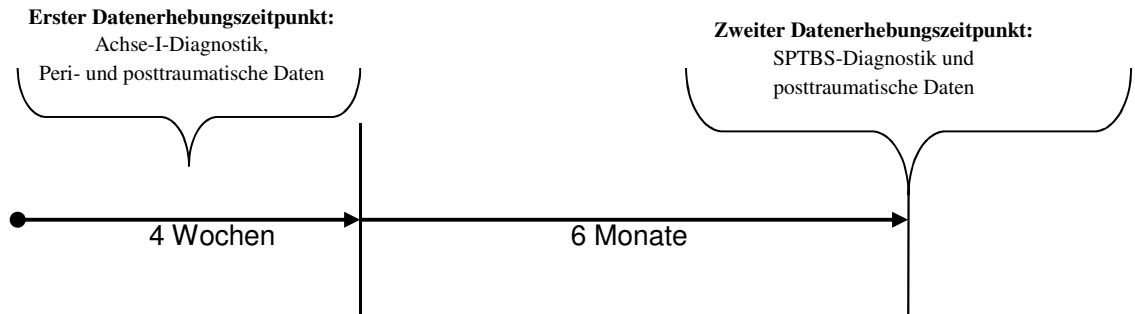


Abbildung 3. Zeitlicher Ablauf der Studie mit den dazu erhobenen Daten

In der folgenden Tabelle 3 sind die konkreten Interviews und Fragebögen mit dem Zeitpunkt, zu dem sie in der vorliegenden Studie zum Einsatz kamen, aufgeführt.

Tabelle 3

Verwandte Ratings mit ihrem Verwendungszeitpunkt in der vorliegenden Studie

Rating	<u>Erster Erhebungszeitpunkt</u>	<u>Zweiter Erhebungszeitpunkt</u>
Fremdrating		
<i>CAPS</i>		X
<i>M-CIDI</i>	X	
<i>HAMD</i>	X	
<i>RRS</i>	X	
Soziodemografische Daten	X	
Suizidanamnestiche Daten	X	
Selbstrating		
<i>BDI</i>	X	X
<i>STAI</i>	X	X
<i>PDEQ</i>	X	
<i>ASDS</i>	X	
<i>PTR</i>	X	X
<i>PTCI</i>	X	X
<i>SVF78</i>	X	
<i>PDI</i>	X	

(Fortsetzung)

Rating	<u>Erster Erhebungszeitpunkt</u>	<u>Zweiter Erhebungszeitpunkt</u>
<i>FSozU</i>		X
<i>SAQ</i>		X
<i>Disclosure</i>		X

Zum ersten Datenerhebungszeitpunkt wurden die Fremdratings im Rahmen eines Interviews erhoben. Nach dem Interview wurden den Probanden die Selbstratings ausgehändigt, die sie in den darauf folgenden Tagen beantworteten. Zum ersten Datenerhebungszeitpunkt wurden Daten von 43 Probanden erhoben. Der *M-CIDI* konnte dabei bei einem Probanden aufgrund der individuellen Belastbarkeit nicht erhoben werden. Bei einem weiteren Probanden sind die Daten des *M-CIDI* unvollständig, da dieser aus der Klinik vor Beendigung der Datenerhebung entlassen wurde und eine weitere Kontaktaufnahme nicht möglich war.

Beim zweiten Datenerhebungszeitpunkt konnte der *CAPS* bei 36 Probanden durchgeführt werden. Von den sieben Probanden ohne *CAPS* konnten fünf nicht erreicht werden. Zwei davon hatten beim ersten Datenerhebungszeitpunkt für den Katamnesezeitpunkt ungültige Adressen und Telefonnummern angegeben, neue Kontaktdaten waren nicht zu ermitteln. Drei von den fünf Probanden konnten trotz zahlreicher Versuche telefonisch nicht erreicht werden. Eine Probandin verweigerte bei Kontaktaufnahme am Telefon eine weitere Datenerhebung. Eine weitere Probandin beging einige Wochen nach der Ersterhebung Suizid. Von den 36 *CAPS*-Interviews wurden 31 am Telefon und 5 mit den Probanden in der Klinik des MPI durchgeführt. Die Katamnesefragebögen wurden den Probanden entweder mitgegeben oder jeweils mit einem vorfrankierten Rückumschlag zugesandt. Nach einiger Zeit erfolgte mehrmals eine telefonische und schriftliche Erinnerung. Dabei wurde bei einigen Probanden der Katamnesefragebogen nochmals zugesandt. Insgesamt wurden dadurch 30 Selbstratings beantwortet.

Hinsichtlich der Selbstratings zum ersten und zum zweiten Datenerhebungszeitpunkt ergeben sich folgende Missing Values:

Tabelle 4

Anzahl der Missing Values bezogen auf das jeweilige Selbstrating aufgeteilt auf die Ersterhebung und den Katamnesezeitpunkt

Selbstrating	Ersterhebung ^a	Katamnese ^b
<i>BDI</i>	10	1
<i>STAI</i>	8	0
<i>PDEQ</i>	2	--
<i>ASDS</i>	2	--
<i>PTR</i>	6	0
<i>PTCI</i>	6	0
<i>PDI</i>	2	--
<i>SVF78</i>	6	--
<i>F-SozU</i>	--	2
<i>SAQ</i>	--	3
<i>Disclosure</i>	--	2

Anmerkung. ^a bezogen auf die 43 Probanden, welche das Selbstrating zum Ersterhebungszeitpunkt ausgefüllt haben.

^b bezogen auf die 30 Probanden, welche das Selbstrating zum Katamnesezeitpunkt ausgefüllt haben

Die Ersterhebung der Daten fand im Schnitt 14,07 Tage nach dem Suizidversuch statt. Diese Daten liegen von 43 Probanden vor. Die Katamneseerhebung fand im Schnitt 199,5 Tage nach dem Suizidversuch statt. Diese Daten liegen von 30 Probanden vor.

4 Methoden der statistischen Datenanalyse

Alle Analysen wurden mit SPSS 18.0 (2010) berechnet.

Ehe mit der Analyse der Daten begonnen wurde, wurde mit fehlenden Werten folgendermaßen umgegangen: Bei einzelnen Missing Values innerhalb einer Skala wurden diese mit dem Mittelwert der restlichen Items dieser Skala des jeweiligen Probanden aufgefüllt, falls nicht mehr als 20% der Items nicht oder nicht eindeutig beantwortet wurden. Wenn mehr als 20% der Werte fehlten, wurde auf das Auffüllen der Werte für die deskriptiven und nicht-parametrischen Analysen verzichtet. Zur Berechnung der logistischen Regression wurden die noch fehlenden Werte mit dem Mittelwert des Items der übrigen Probanden aufgefüllt.

4.1 *Univariate Analyse*

Aufgrund der Stichprobengröße werden die in der Studie enthaltenen Variablen zunächst auf deren Zusammenhang mit einer SPTBS anhand von univariaten Analysen untersucht. Dabei richtet sich die Auswahl des nicht-parametrischen Verfahrens nach der Skalierung der zu analysierenden Daten.

Für die Analyse der beiden abhängigen Variablen SPTSD nach *ICD-10* und *DSM-IV* werden folgende Verfahren verwendet:

Die nominalskalierten Daten werden mit dem Chi²-Test analysiert. Dieser Test überprüft, ob zwischen zwei Gruppen ein signifikanter Unterschied in den Häufigkeiten eines Merkmals besteht. Der Test kann an Daten aus unabhängigen Zufallsstichproben durchgeführt werden, wenn weniger als 20 % der Zellen eine Häufigkeit von kleiner 5 aufweisen und wenn es keine Zelle gibt, die mit einer Häufigkeit von 0 vertreten ist. Sind diese Forderungen nicht erfüllt, kann der exakte Test nach Fisher Yates durchgeführt werden (Leonhart, 2009).

Die ordinalskalierten Daten werden mit dem Mann-Whitney-U-Test analysiert. Dabei wird die zentrale Tendenz der beiden Teilstichproben mit und ohne SPTBS verglichen. Die Ranginformationen werden dabei berücksichtigt. Ein signifikanter Unterschied ergibt sich aus einem signifikant unterschiedlichen U-Wert, der wiederum einen bedeutenden Unterschied in der Rangfolge eines Merkmals zwischen den beiden Teilstichproben feststellt. Voraussetzungen für den U-Test sind zwei unabhängige Stichproben und die Ordinalskalierung der zu analysierenden Merkmale (Leonhart, 2009).

Variablen, die sowohl zum ersten als auch zum zweiten Datenerhebungszeitpunkt erhoben wurden, werden hinsichtlich der Bedeutsamkeit der Veränderung über diese beiden Zeitpunkte analysiert. Dabei wird die Signifikanz der Veränderungen getrennt nach Probanden mit vs. ohne SPTBS berechnet. Die betreffenden Variablen sind: das Ausmaß an Depressivität, die transsituationale Angstbereitschaft (als Hinweis auf eine Angststörung), posttraumatische kognitive Veränderungen und posttraumatische Reifung. Da die Voraussetzungen für eine Varianzanalyse nicht gegeben sind, wird der Friedman-Test gerechnet. Bei diesem Test, einer Rangvarianzanalyse, werden abhängige Stichproben hinsichtlich ihrer zentralen Tendenz in einer Variable analysiert. Der Test erfordert Ordinalskalenniveau, was bei den betroffenen Variablen erfüllt ist. Bei diesem Test wird bei jedem Probanden anhand des Messwertes ein Rangplatz für jeden der beiden Datenerhebungszeitpunkten vergeben. Die Rangplätze werden getrennt für jeden

Messzeitpunkt aufsummiert. Daraus wird ein χ^2 -Wert errechnet und mit dem kritischen χ^2 -Wert verglichen (Leonhart, 2009).

Für die Analyse der abhängigen Variable Schweregrad einer SPTBS wird zunächst eine Korrelationsanalyse gerechnet. Der Zusammenhang zwischen dem Schweregrad und einer intervallskalierten unabhängigen Variable wird dabei anhand einer Produkt-Moment-Korrelation errechnet. Voraussetzung für die Berechnung einer Produkt-Moment-Korrelation sind Intervallskalierung, bivariate Normalverteilung, Linearität der beiden zu korrelierenden Variablen und Inexistenz von Ausreisserwerten. Die Überprüfung der bivariaten Normalverteilung ist statistisch schwierig und wird deshalb praktisch selten gemacht. Allerdings sollten die Variablen alleine zumindest normalverteilt sein. Die Überprüfung der Streudiagramme dient dazu, die Linearität und die Ausreisserwerte zu überprüfen (Bühner & Ziegler, 2009). Die Normalverteilung der Variablen wird anhand des Kolmogorov-Smirnov-Tests überprüft. Dieser dient dazu, eine empirisch gefundene Verteilung mit einer theoretisch angenommenen Verteilung zu vergleichen (Leonhart, 2009). Wie in den deskriptiven und nicht-parametrischen Analysen, wurde auch hier auf das Ersetzen der Missing Values, welche über 20% der Werte einer Skala ausmachen, verzichtet.

Die Korrelationsanalyse gibt an, ob bei zunehmendem Schweregrad einer SPTBS die jeweils unabhängige Variable zu oder abnimmt. Da sich dabei keine kausalen Zusammenhänge ergeben, kann nicht festgestellt werden, welche der beiden Variablen die Veränderung in der jeweils anderen herbeiführt (Bühner, 2006). Der gefundene Effekt gilt als klein ab einem $r=.10$, als mittel ab einem $r=.30$ und als groß ab einem $r=.50$ (Leonhart, 2009).

Die nicht intervallskalierten unabhängigen Variablen werden auf deren Zusammenhang mit der Schwere einer SPTBS-Symptomatik anhand des Mann-Whitney-U-Tests analysiert. Dabei wird die zentrale Tendenz der Schwere der SPTBS-Symptomatik in der jeweils dichotomen Variable, z.B. männliche vs. weibliche Probanden miteinander verglichen (Leonhart, 2009).

4.2 Multivariate Analyse

In der vorliegenden Untersuchung ergeben sich neben dem Schweregrad einer SPTBS-Symptomatik gemessen mit dem CAPS-Gesamtscore vier mögliche abhängige Variablen: die SPTBS nach *DSM-IV* und nach *ICD-10* und die beiden subsyndromalen SPTBSs. Um zu überprüfen, ob sich bei diesen abhängigen Variablen im Mittel ein

bedeutender Unterschied im Schweregrad der Symptomatik im Vergleich von Probanden mit und ohne Diagnose zeigt, wird ein t-Test durchgeführt. Um die Wahl des richtigen t-Tests treffen zu können, wird zunächst der F-Test auf Varianzhomogenität durchgeführt. Da die Zuweisung zu den Gruppen mit vs. ohne SPTBS/subsyndromaler SPTBS unabhängig (also nicht paarweise oder aufgrund einer längsschnittlichen zweimaligen Messung) erfolgt, wird anschliessend der t-Test für unabhängige Stichproben gerechnet. Wird dieser signifikant, so besteht ein bedeutsamer Unterschied im Schweregrad der Symptomatik zwischen Probanden mit vs. ohne Diagnose einer SPTBS bzw. subsyndromalen SPTBS (Leonhart, 2009).

Bei den potenziell abhängigen Variablen, die sich signifikant im Schweregrad der Symptomatik beim Vergleich mit vs. ohne Erfüllung der jeweiligen diagnostischen Kriterien unterscheiden, wird im Anschluss Cohen's d gerechnet. Cohen's d ist eine Effektstärke, d.h. es wird damit das Ausmaß des Unterschiedes im Schweregrad der Symptomatik zwischen den beiden Gruppen mit vs. ohne Diagnose berechnet. Dabei wird ein Quotient berechnet mit dem Unterschied in den beiden Mittelwerten (mit und ohne Diagnose) im Zähler und der Standardabweichung der Grundgesamtheit im Nenner. Diese Standardabweichung kann nur dann verwendet werden, wenn die Standardabweichung und die Stichprobengröße in den jeweiligen Gruppen identisch ist. Nachdem diese beiden Kriterien nicht zutreffen, wird für die Berechnung eine angepasste Standardabweichung verwendet (Cohen, 1988). Die Effektstärke lässt sich in einen kleinen Effekt ($d=.2$), in einen mittleren Effekt ($d=.5$) und in einen starken Effekt ($d=.8$) unterscheiden (Cohen, 1988; Bühner, 2006). Ziel der Berechnung ist es, die bedeutsamste abhängige Variable herauszufiltern, um mit dieser in den folgenden Signifikanztests weiter zu rechnen.

Alle Variablen, die in der nicht-parametrischen Analyse signifikant werden, werden danach in einer logistischen Regression auf deren multivariaten Zusammenhang überprüft.

Die logistische Regression erlaubt eine Vorhersage über die Wahrscheinlichkeit des Eintretens einer dichotomen abhängigen Variable (Backhaus, Erichson, Plinke & Weiber, 2010; Leonhart, 2009). In dem hier vorliegenden Fall kann mit der logistischen Regression berechnet werden, mit welcher Wahrscheinlichkeit eine SPTBS nach *ICD-10* bzw. *DSM-IV* in Abhängigkeit der unabhängigen Variablen erwartungsgemäß eintreten wird.

Der Zusammenhang zwischen der abhängigen und unabhängigen Variable kann in einer logistischen Funktion ausgedrückt werden, welche nicht linear ist. Dies hat zur Folge, dass die Regressionskoeffizienten untereinander nicht vergleichbar sind. Gleich große Veränderungen in der unabhängigen Variable wirken sich damit unterschiedlich auf die

Wahrscheinlichkeit des Eintretens der abhängigen Variable aus. Allerdings kann durch das Vorzeichen des Regressionskoeffizienten eine Aussage über die Richtung des Einflusses eines Prädiktors auf die Wahrscheinlichkeit der abhängigen Variable getroffen werden. Negative Regressionskoeffizienten deuten auf eine erhöhte Wahrscheinlichkeit des Eintretens der abhängigen Variablen bei abnehmenden Werten des Prädiktors hin. Hingegen sprechen positive Regressionskoeffizienten mit steigenden Werten der Prädiktoren für eine Erhöhung der Eintrittswahrscheinlichkeit der abhängigen Variable (Backhaus et al., 2010).

In der vorliegenden Analyse wurde zur Auswahl der bedeutsamen Prädiktoren die Methode „vorwärts schrittweise“ gewählt. Dabei wird der Prädiktor mit der höchsten Korrelation mit der abhängigen Variable als erster Prädiktor ausgewählt. Wenn das B-Gewicht dieses Prädiktor signifikant ist, werden die Semipartialkorrelationen (alle restlichen Prädiktoren ohne den ersten Prädiktor) der restlichen Prädiktoren mit der abhängigen Variable errechnet. Nach dieser Berechnung wird der Prädiktor als nächster ausgewählt, der die höchste Korrelation mit der abhängigen Variable aufweist. Anschließend wird eine logistische Regression mit den nun vorhanden zwei Prädiktoren berechnet. Wenn diese signifikant werden, geht das Procedere mit einem möglichen 3. Prädiktor weiter. Diese Prozedur wird so lange wiederholt bis ein hinzugenommener Prädiktor nicht mehr signifikant ist. Prädiktoren, die nach der Hinzunahme eines weiteren Prädiktors nicht mehr signifikant sind, werden bei dieser Methode nicht aus der Gleichung entfernt (Howell, 2010). Diese Methode wurde in der vorliegenden Analyse gewählt, da die Stichprobengröße für eine Regressionsanalyse eigentlich zu klein ist (z.B. Howell, 2010: Stichprobe sollte mindestens so groß sein wie die Anzahl der Prädiktoren plus 40) und somit möglichst wenig und nur die Prädiktoren in die Gleichung eingehen sollten, die einen bedeutenden Beitrag zur Aufklärung der Varianz leisten.

Die Gesamtmodellgüte wird anhand von Nagelkerkes- R^2 überprüft. Dadurch kann der Anteil der aufgeklärten Varianz der abhängigen Variable durch die unabhängigen Variablen quantifiziert werden. Nagelkerkes- R^2 kann Werte zwischen 0 und 1 annehmen. Werte ab .2 gelten als akzeptabel, Werte ab .4 gelten als gut und ab .5 als sehr gut (Backhaus et al., 2010).

Mit dem Omnibus-Test der Modellkoeffizienten wird bei jeder Aufnahme einer neuen Variable in die Gleichung die Verbesserung/Veränderung der Modellgüte angezeigt, so auch beim letzten Schritt (anhand von Chi^2). Ein signifikantes Ergebnis bedeutet, dass die

in der Gleichung enthaltenen Prädiktoren einen bedeutenden Einfluss auf eine SPTBS nach *ICD-10* bzw. *DSM-IV* haben (Fromm, 2005).

Mit der Analyse der Klassifikationsergebnisse kann eine Aussage getroffen werden, wie viele der Probanden aufgrund des Modells richtig den Kategorien der abhängigen Variable zugeordnet wurden. Ebenso kann diese Trefferquote mit einer zufälligen Trefferquote verglichen werden (Backhaus et al., 2010).

Mit dem Hosmer-Lemeshow-Test wird geprüft, ob die Abweichung der vorhergesagten Werte von den tatsächlichen Werten größer ist, als zufällig möglich. Die Nullhypothese bei diesem Test besagt, dass es keinen Unterschied zwischen den vorhergesagten und den tatsächlichen Werten gibt. Dies wird anhand der χ^2 -Prüfgröße überprüft, wobei das Signifikanzniveau größer 70 % sein soll (Backhaus et al., 2010).

In der univariaten Analyse wurde eine Produkt-Moment-Korrelation mit der abhängigen Variable Schweregrad einer SPTBS-Symptomatik und allen unabhängigen Variablen gerechnet. Die in dieser Korrelationsanalyse signifikanten unabhängigen Variablen werden anhand einer multiplen Regression auf deren multivariaten Zusammenhang überprüft. Mit der multiplen Regression wird ein Modell errechnet, das eine Auswahl an unabhängigen Variablen trifft, welche am besten den Schweregrad einer SPTBS-Symptomatik vorhersagen können mit der zugleich geringsten Fehlerquote in der Vorhersage. Anhand des Determinationskoeffizienten (oder Bestimmtheitsmaß) R^2 kann der Anteil der Varianz im Schweregrad der SPTBS-Symptomatik bestimmt werden, der auf die Prädiktoren zurückzuführen ist (Leonhart, 2009; Backhaus et al., 2010). Dabei kann zwischen einem kleinen Effekt von $R^2 \geq .02$ einem mittleren Effekt bei $R^2 \geq .13$ und einem starken Effekt von $R^2 \geq .26$ unterschieden werden (Bühner & Ziegler, 2009). Das Bestimmtheitsmaß kann sich durch die Hinzunahme von weiteren Prädiktoren nach oben hin verändern. Dabei kann nicht festgestellt werden, ob durch die Hinzunahme eines weiteren Prädiktors eine zufällige oder tatsächliche Verbesserung von R^2 erfolgt. Diese Gefahr besteht insbesondere dann, wenn die Anzahl der Regressoren in der Gleichung zunimmt bei gleichzeitig wenig Freiheitsgraden. Das korrigierte Bestimmtheitsmaß berücksichtigt diese mögliche Fehlerquelle für die Güte des Modells. Das korrigierte R^2 ist somit um einen möglichen zufälligen Effekt der Regressoren auf die abhängige Variable (Regressand) korrigiert (Backhaus et al., 2010).

Der Regressionskoeffizienten b ist ein Maß für den Effekt auf die abhängige Variable bei einer Änderung in der unabhängigen Variable. Konkret ändert sich die abhängige

Variable um b , wenn die unabhängigen Variablen sich um eine Einheit ändern. B wird als unstandardisiertes Regressionsgewicht bezeichnet. Die inhaltliche Bedeutung von b beruht auf der Möglichkeit, eine Prognose der Wirkung des einzelnen Prädiktors auf die abhängige Variable erstellen zu können. Da die einzelnen unstandardisierten Regressionsgewichte aus unterschiedlichen Skalierungen stammen sind sie untereinander nicht vergleichbar. Um sie untereinander vergleichbar zu machen, werden sie standardisiert. Die standardisierten Regressionskoeffizienten β können somit nach deren Bedeutsamkeit untereinander verglichen werden (Backhaus et al., 2010).

Voraussetzungen für eine multiple Regression sind: Linearität, d.h. lineare Zusammenhänge sowohl zwischen den Prädiktoren und der abhängigen Variable als auch zwischen den Prädiktoren, Normalverteilung der Störgrößen (Residuen), keine korrelierten Fehler, Homoskedastizität (die Werte der abhängigen Variablen werden in allen Bereichen in gleicher Genauigkeit vorhergesagt), keine Kollinearität der Prädiktoren untereinander, die Varianz der verwandten Variablen darf nicht eingeschränkt, die Reliabilität der abhängigen und unabhängigen Variablen muss hoch und das Model vollständig spezifiziert sein (Bühner & Ziegler, 2009). Überprüft wird dies folgendermaßen:

Die Linearität wird anhand von Streudiagramme zwischen den Prädiktoren untereinander und zwischen den Prädiktoren und der abhängigen Variable überprüft (lt. Bühner & Ziegler, 2009). Wobei nach Backhaus et al. (2010) der Test auf Homoskedastizität ebenso für die Überprüfung der Linearität verwendet werden kann.

Normalverteilung der Störgröße wird anhand eines Kolmogorov-Smirnov-Tests überprüft. Dabei geht die Nullhypothese von Normalverteilung der Residuen aus. Ebenso wird eine grafische Kontrolle durchgeführt (Bühner & Ziegler, 2009).

Keine korrelierten Fehler bedeutet, dass Residuen nicht miteinander korrelieren dürfen (keine Autokorrelation). Eine vorliegende Autokorrelation würde bedeuten, dass der Standardfehler des Regressionskoeffizienten verzerrt ist (Backhaus et al., 2010). Zur Überprüfung von Autokorrelation wird der Durbin-Watson-Test durchgeführt. Das Ergebnis kann Werte zwischen 0 und 4 annehmen (Bühner & Ziegler, 2009). Bühner & Ziegler (2009) gehen davon aus, dass Werte zwischen 1.5 und 2.5 akzeptabel sind, Werte unter 1 oder über 3 gelten als problematisch. Allerdings macht der Durbin-Watson-Test v.a bei längsschnittlichen Daten Sinn, da sich bei Querschnittsdaten die Reihenfolge beliebig verändern lässt (Backhaus et al., 2010). Die meisten Daten in der vorliegenden Studie sind

nur einmal erhoben. Deshalb ist die Sinnhaftigkeit dieses Tests in der vorliegenden Arbeit eingeschränkt.

Homoskedastizität kann zum einen anhand von Streudiagrammen optisch überprüft werden (Bühner & Ziegler, 2009), als auch über den Goldfeld/Quandt-Test. Bei diesem Test werden die Stichproben in zwei Teile geteilt und die Varianzen dieser beiden Teile in Relation gesetzt. Liegt perfekte Homoskedastizität vor ist das Ergebnis dieser Berechnung 1. Bei Vorliegen von Homoskedastizität und einer Normalverteilung der Residuen folgt der Quotient einer F-Verteilung und kann deshalb anhand eines F-Tests gegen die Nullhypothese, dass die Varianzen gleich sind, getestet werden (Backhaus et al., 2010). Homoskedastizität wird in der vorliegenden Arbeit anhand des Goldfeld/Quandt-Tests überprüft.

Ebenso darf keine Kollinearität vorliegen. Dies wird anhand des Variance Inflation Factors (VIF) überprüft. Dieser berechnet für jeden Prädiktor eine eigene multivariate Regression mit dem jeweiligen Prädiktor als Kriterium und den restlichen Prädiktoren als unabhängige Variablen. Der VIF ist bei Werten > 10 als kritisch zu bewerten (Bühner & Ziegler, 2009).

Bühner und Ziegler (2009) fordern im Gegensatz zu Backhaus et al. (2010), dass die Varianz der verwandten Variablen nicht eingeschränkt sein darf. Dies zielt auf eine Aufwertung von Korrelationen bei Stichproben, deren Varianz gegenüber einer Normstreuung eingeschränkt ist (Bühner & Ziegler, 2009). Da in der vorliegenden Stichprobe keine Eingangsselektion der Probanden aufgrund eines Tests erfolgte (wie bei Bühner & Ziegler (2009) beschrieben), wird in dieser Arbeit auf diese Berechnung verzichtet.

Die Reliabilität der Prädiktoren und des Kriteriums sollten hoch sein (Bühner & Ziegler, 2009). Aufgrund der verwandten Tests wird davon ausgegangen, dass diese Voraussetzung gegeben ist.

Die vollständige Spezifizierung des Modells bedeutet, dass alle für das Kriterium relevanten Prädiktoren in der Gleichung enthalten sind. Diese Voraussetzung gilt als unrealistisch (Bühner & Ziegler, 2009). Aufgrund der geringen Stichprobengröße wird bereits über die Korrelationsanalyse spezifiziert, welche Prädiktoren bedeutsam für die Regression sein könnten.

Die multiple lineare Regression wird, wie bereits die logistische Regression, mit der Methode „schrittweise vorwärts“ gerechnet. Dies ist wiederum der Menge an Prädiktoren und der vergleichsweise geringen Stichprobengröße geschuldet (vgl. z.B. Howell, 2010).

VI ERGEBNISSE

1 Deskriptive Auswertung

1.1 Komorbiditäten in der Stichprobe

Zum ersten Datenerhebungszeitpunkt wurden die Achse-I-Störungen gemäß *DSM-IV* anhand des *M-CIDI* erhoben. Diese Daten konnten bei 42 der 43 Probanden erhoben werden.

In der folgenden Tabelle werden die in der vorliegenden Stichprobe vorkommenden Achse-I-Störungen in deren Anzahl und prozentualem Anteil dargestellt. Da einige Probanden mehrere Achse-I-Störungen aufweisen, ergeben sich in der Summe mehr Probanden, als der Stichprobenumfang ist bzw. mehr als 100 %.

Tabelle 5

Häufigkeit von DSM-IV Diagnosen in der Stichprobe gemessen mit dem M-CIDI.

Diagnose	Anzahl	Häufigkeit in %
Abhängigkeit von Lorazepam ^a	1	2.38
Bipolare Störung, gegenwärtige schwere depressive Episode ohne psychotische Merkmale	1	2.38
Majore Depression einzelne Episode, schwer ohne psychotische Merkmale	17	40.48
Majore Depression, rezidivierend, schwer, ohne psychotische Merkmale	11	26.18
Dysthyme Störung	14	33.32
Agoraphobie ohne Panikstörung in der Vorgeschichte	2	4.76
Panikstörung mit Agoraphobie	1	2.38
Soziale Phobie	5	11.90
Spezifische Phobie	14	33.32
Panikstörung ohne Agoraphobie	1	2.38
Zwangsstörung	1	2.38
Posttraumatische Belastungsstörung	6	14.28

(Fortsetzung)

Diagnose	Anzahl	Häufigkeit in %
Essstörung NNB	1	2.38
Keine Achse-I-Störung zum Zeitpunkt der ersten Datenerhebung ^c	7	16.67

Anmerkung. ^aPatient hat primär eine schwere rezidivierende Depression über längere Zeit, Abhängigkeit entstand sekundär durch psychiatrische Krisenintervention, die meist stationär erfolgte. Somit handelt es sich nicht um ein Ausschlusskriterium. ^cBei einem Teil dieser Probanden bestand der klinische Eindruck einer Achse-II-Störung

Betrachtet man die Gesamtheit der Probanden, so haben zum Zeitpunkt der ersten Befragung 30 Probanden (71.43 %) eine affektive Störung und 20 Probanden (47.62 %) eine Angststörung. 13 Probanden (30.95 %) haben sowohl eine affektive, als auch eine Angststörung zum Zeitpunkt der ersten Datenerhebung.

Von den 36 Probanden, die in der Katamnese mit dem CAPS-Interview enthalten sind, hatten vor dem Suizidversuch 26 (72.2 %) eine Depression.

Die folgende Tabelle zeigt die Häufigkeit der Anzahl an komorbid vorhandenen Achse-I-Störungen nach dem *DSM-IV*.

Tabelle 6

Häufigkeit der Anzahl an gleichzeitig vorhandenen DSM-IV-Diagnosen zum ersten Datenerhebungszeitpunkt

Anzahl an komorbiden Diagnosen	Anzahl an Probanden	Häufigkeit in %
0	7	16.67
1	13	30.95
2	9	21.43
3	8	19.05
4	4	9.52
7	1	2.38
Gesamt	42	100.00

Eine explizite Persönlichkeitsdiagnostik war nicht Teil der Datenerhebung. Von einigen Probanden wurde jedoch eine Diagnose aufgrund des klinischen Eindrucks im Rahmen der stationären Behandlung gestellt. Diese Daten liegen von 38 Probanden vor. Auf diese Daten der verbleibenden 5 Probanden war kein Zugriff möglich, da diese Probanden in der Klinik der LMU behandelt wurden und zum aktuellen Zeitpunkt über das Archiv der LMU kein Zugriff auf die Akten möglich war. Von den vorliegenden Daten ergibt sich folgendes Bild: je zwei Probanden mit einer narzistischen oder histrionischen

Persönlichkeitsstörung, ein Proband mit einer dependenten Persönlichkeitsstörung, ein Proband sowohl mit einer zwanghaften, als auch narzistischen Persönlichkeit, ein Proband mit antisozialen und narzistischen Zügen und elf Probanden mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung.

1.2 Posttraumatische Belastungsstörung nach einem Suizidversuch (SPTBS), subsyndromale SPTBS, SPTBS-Symptome und SPTBS-Schweregrad

Die folgenden Auswertungen wurden aufgrund des CAPS (Blake et al., 1995; dt. Version Schnyder & Moergeli, 2002) errechnet. Dieser liegt bei 36 Probanden vor. Dabei wurde bei der Berechnung der SPTBS nach *DSM-IV* ein Symptom als vorhanden gewertet, wenn dessen Häufigkeit mindestens mit 1 und dessen Intensität mindestens mit 2 gerated war analog Weathers et al. (1999). Diese Regel wurde bei einer SPTBS nach *ICD-10* nicht eingehalten. Dort wurden auch Symptome als vorhanden gewertet deren Intensität mit 1 gerated waren. Der Grund dafür ist, dass die Variable SPTBS nach *ICD-10* die aktuelle Praxis widerspiegeln soll.

Tabelle 7 zeigt die Häufigkeit einer SPTBS, einer subsyndromalen SPTBS (nach Blanchard et al., 1995 und Stein et al., 1997) und die Häufigkeit der Erfüllung der Unterkriterien einer PTBS nach einem Suizidversuch gemäß *DSM-IV* in der vorliegenden Stichprobe:

Tabelle 7

Häufigkeiten einer SPTBS nach DSM-IV und ICD-10, einer subsyndromalen SPTBS und Erfüllung der einzelnen PTBS-Kriterien nach dem DSM-IV

Variable	N	% ^a
SPTBS nach <i>DSM-IV</i>	7	19.44
SPTBS nach <i>ICD-10</i>	19	52.78
subSPTBS ^b	9	25.00
subSPTBS ^c	8	21.62
B-Kriterium erfüllt	20	55.55
C-Kriterium erfüllt	17	47.22
D-Kriterium erfüllt	8	21.62
Keine SPTBS und keine subSPTBS	14	38.89

Anmerkung. ^aProzente beziehen sich auf die 36 Probanden, bei denen der *CAPS* vorliegt. ^bSubsyndromale SPTBS nach Blanchard et al., 1995 (Erfüllung des A- und B-Kriteriums und Erfüllung des C- oder D-Kriteriums gemäß *DSM-IV*).

^cSubsyndromale SPTBS nach Stein et al., 1997 (Erfüllung des A- und B-Kriteriums und mindestens ein Symptom aus dem Bereich des C- und D- Kriteriums gemäß *DSM-IV*).

6 (14 %) Probanden erfüllen sowohl die Kriterien der subsyndromalen SPTBS nach Blanchard et al. (1995), als auch die nach Stein et al. (1997). 3 (7 %) Probanden erfüllen nur die Kriterien der subsyndromalen SPTBS nach Blanchard et al. (1995) und 2 (4.7 %) Probanden nur die nach Stein et al. (1995).

Die folgende Tabelle 8 zeigt den Schweregrad der Symptomatik gemessen mit dem *CAPS* in der Gesamtstichprobe und in den Teilstichproben mit einer SPTBS, mit einer von den beiden subsyndromalen SPTBSs und ohne SPTBS.

Tabelle 8

Schweregrad der Symptomatik einer SPTBS, einer subsyndromalen SPTBS und ohne SPTBS

Variable	M	SD
SPTBS nach <i>DSM-IV</i>	55.29	16.73
SPTBS nach <i>ICD-10</i>	42.63	18.89
subSPTBS ^a	39.11	9.58
subSPTBS ^b	40.88	8.31
Keine SPTBS und keine subSPTBS	12.78	9.98
Gesamte Stichprobe	28.75	20.48

Anmerkung. Gemessen mit dem Gesamtscore des *CAPS* (Blake et al., 1995; dt. Version Schnyder & Moergeli, 2002)

^aSubsyndromale SPTBS nach Blanchard et al., 1995 (Erfüllung des A- und B-Kriteriums und Erfüllung des C- oder D-Kriteriums gemäß *DSM-IV*). ^bSubsyndromale SPTBS nach Stein et al., 1997 (Erfüllung des A- und B-Kriteriums und mindestens ein Symptom aus dem Bereich des C- und D- Kriteriums gemäß *DSM-IV*)

Ab einem Schweregrad von 40 und mehr lässt sich eine SPTBS als mittelschwere Symptomatik mit krankheitswertiger Ausprägung einstufen (Weathers et al., 2001). Dieser Cut-Off-Wert wird im Mittel sowohl von Probanden mit einer SPTBS nach *DSM-IV*, nach *ICD-10*, als auch von Probanden mit einer subsyndromalen SPTBS nach Stein et al. (1997) überschritten. Leicht unterhalb dieser Grenze liegen die Probanden mit einer subsyndromalen SPTBS nach Blanchard et al. (1995). Hingegen weisen die Probanden ohne eine SPTBS oder subsyndromalen SPTBS einen mittleren Schweregrad auf, der als asymptotisch gilt und somit von wenigen Symptomen zeugt (Weathers et al., 2001).

Betrachtet man die einzelnen Probanden, so liegt der kleinste Schweregrad bei 2 (trifft auf einen Probanden zu) und der höchste Schweregrad bei 84 (ebenfalls ein Proband). Damit ist in der Stichprobe die gesamte Bandbreite der Schwere einer PTBS-Symptomatik vertreten von asymptotisch bis extrem schwer (Weathers et al., 2001). Insgesamt betrachtet ergibt sich hinsichtlich des Schweregrads folgende Verteilung:

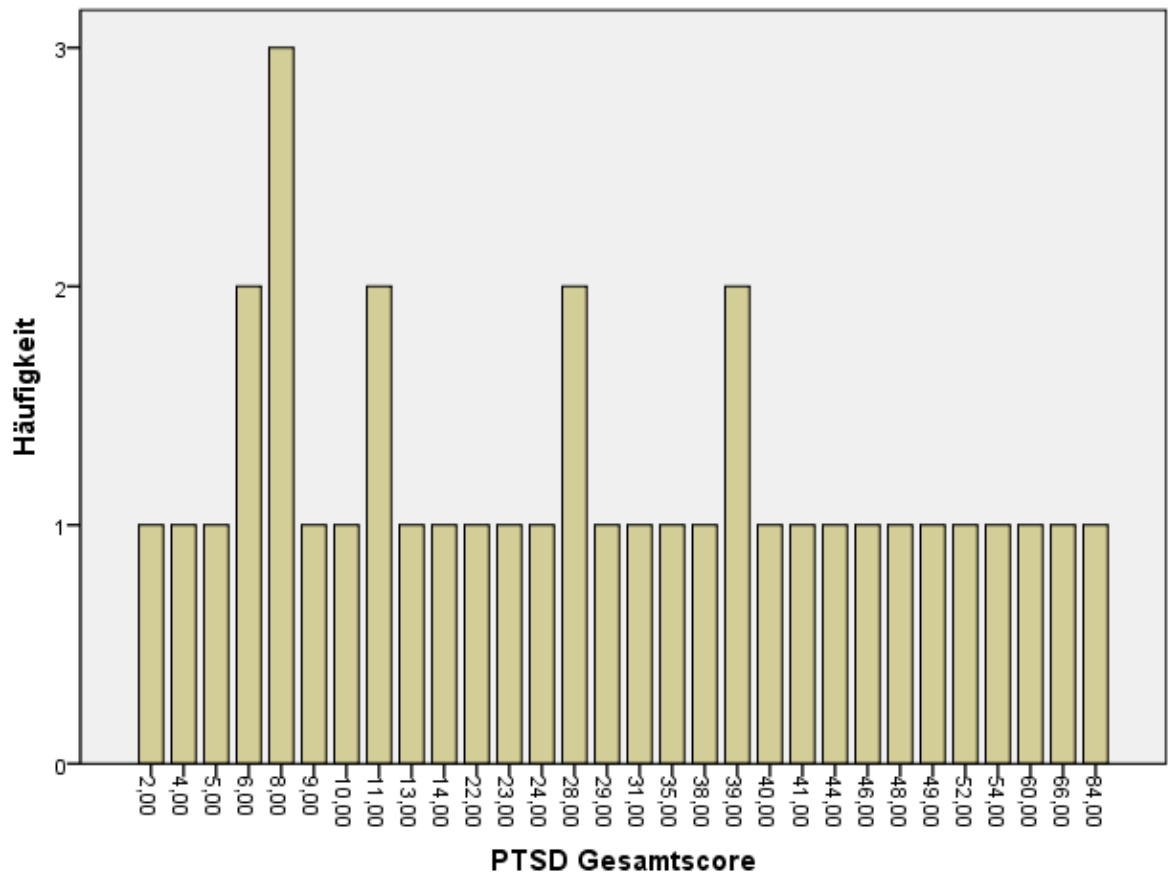


Abbildung 4. Häufigkeit und Vorkommen unterschiedlicher Schweregrade einer SPTBS in der vorliegenden Stichprobe gemessen anhand des Gesamtscores des CAPS.

Hinsichtlich einzelner PTBS-Symptome ergeben sich folgende Häufigkeiten:

Tabelle 9

Häufigkeit einzelner Symptome in Prozent bezogen auf die 36 Probanden mit einem CAPS inkl. Mittelwert und Standardabweichung der Häufigkeit und des Schweregrads (bezogen auf die Probanden bei denen das Symptom vorliegt)

Symptom	Häufigkeit	M Häufigkeit	SD Häufigkeit	M Intensität	SD Intensität
Wiedererlebenssymptome					
Erinnerungen	52.78	2.00	.84	1.39	.85
Träume	27.78	1.50	.53	2.50	.97
Verhalten und Gefühlen	38.89	1.43	.51	1.50	.52
durch Hinweisreize	50.00	1.44	.62	1.50	.79
durch körperliche Reaktionen	44.44	1.87	.81	2.00	1.03
Vermeidungssymptome					
Gedanken, Gefühle	52.78	2.00	.82	1.68	.75
Aktivitäten, Orte, Menschen	33.33	1.83	1.03	1.33	.78
Erinnerungslücken	38.89	2.93	.83	3.21	.80
Rückgang an Interessen	36.11	2.38	.96	2.15	.69
Entfremdung, Loslösung	44.44	2.45	1.15	2.50	.97
verringerte Affektbandbreite	69.44	2.32	1.03	2.04	.98
verminderte Zukunft	44.44	2.25	.86	1.87	.72
Hyperarousalsymptome					
Schlafprobleme	47.22	2.94	1.20	2.59	.94
Reizbarkeit, Wut	30.56	2.00	.77	2.18	.75
Konzentrationsprobleme	50.00	2.44	1.10	1.83	.98
Hypervigilanz	30.56	1.54	.93	1.09	.54
erhöhte Schreckhaftigkeit	22.22	1.37	.52	1.75	.71

Wie in Tabelle 9 zu erkennen ist, ist das häufigste Symptom mit 69.4 % die eingeschränkte Fähigkeit, alle Gefühle empfinden zu können. Hingegen tritt die erhöhte Schreckhaftigkeit nur bei 22.2 % der Probanden auf. Wenn ein Symptom vorhanden ist, dann scheint die Frequenz des Symptoms bei den Vermeidungssymptomen am höchsten zu sein. Das gleiche gilt für die Intensität der vorhandenen Symptome bei den Vermeidungssymptomen.

1.3 Charakteristik der Suizidversuche

Die Gefährlichkeit des Suizidversuchs wurde mit der *RRS* gemessen. Der Quotient aus Risiko- und Rettungsfaktoren zur Messung der Gefährlichkeit des Suizidversuchs kann Werte zwischen 17 und 83 annehmen (Weisman & Worden, 1972). In der vorliegenden Stichprobe liegen diese Werte zwischen 25 (Minimum) und 58.33 (Maximum). Der Mittelwert liegt bei 40.24 (Mdn 38.89; SD=7.96). Männer haben im Mittel einen Wert von 40.18, Frauen von 40.30, dieser Unterschied ist nicht signifikant ($T=-.51$; $df=4$; Signifikanz (zweiseitig) .96). Für die genaue Verteilung der Werte siehe Abbildung 5.

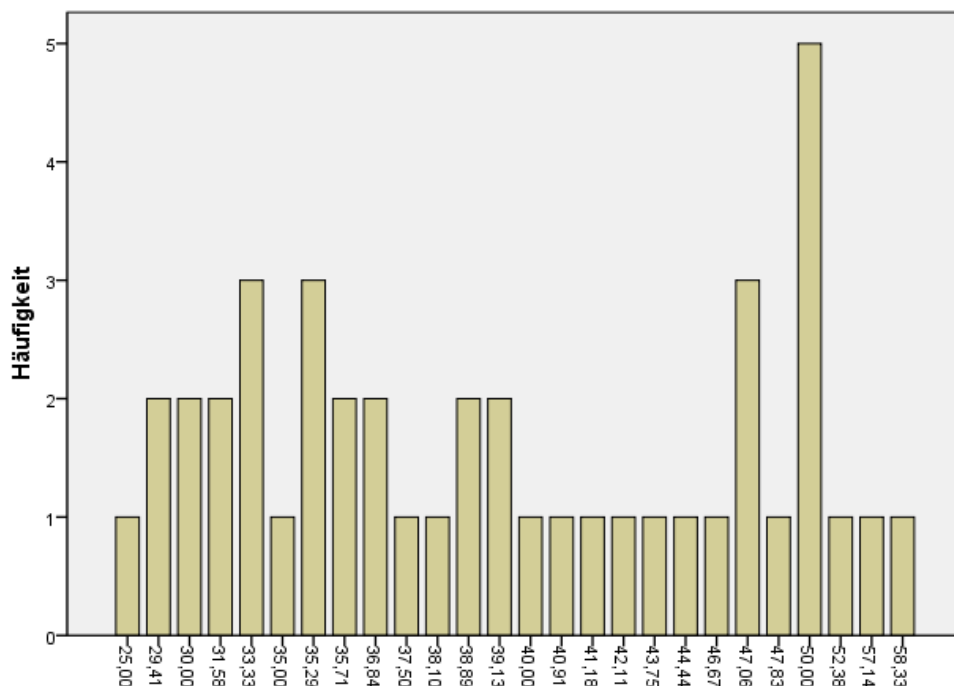


Abbildung 5. Verteilung der Häufigkeiten für die Gefährlichkeit/Letalität des Suizidversuchs in der vorliegenden Stichprobe gemessen mit der *RRS*.

Die Risikofaktoren für die Sterblichkeit bei einem Suizidversuch und die Rettungsfaktoren können Werte zwischen 5 (Minimum) und 15 (Maximum) annehmen. In der vorliegenden Stichprobe bewegen sich die Risikofaktoren zwischen 4 (liegt an einem Missing Value, da ein Proband den Versuch so rechtzeitig abgebrochen hatte, dass keine Behandlung erforderlich war) und 11 (M=7.23; Mdn=7.00; SD=1.66). Die Rettungsfaktoren nehmen Werte zwischen 5 und 14 an (M=10.81; Mdn=11.00; SD=2.14).

Hinsichtlich der Probanden mit einer SPTBS nach *DSM-IV* und *ICD-10* ergibt sich folgendes Bild:

Tabelle 10

Gefährlichkeit des Suizidversuchs bei Probanden mit einer SPTBS nach DSM-IV vs. ICD-10

	<u>SPTBS nach DSM-IV</u>		<u>SPTBS nach ICD-10</u>		<u>Ohne SPTBS^a</u>	
	M	SD	M	SD	M	SD
Gefährlichkeit des Suizidversuchs	42.23	6.83	40.78	8.10	43.10	7.91

Anmerkung. Gefährlichkeit des Suizidversuchs gemessen mit der RRS.

^a Probanden ohne SPTBS nach *DSM-IV* und *ICD-10*.

Hinsichtlich der Verteilung der Anzahl an Suizidversuchen pro Proband (aktueller Suizidversuch plus den Suizidversuchen in der Vorgeschichte) ergibt sich folgendes Bild:

Tabelle 11

Häufigkeit der Anzahl an Suizidversuchen inklusive dem aktuellen Suizidversuch

Anzahl an Suizidversuchen	Häufigkeit	Prozent
1	18	41.86
2	9	20.93
3	10	23.26
4	1	2.33
5	3	6.98
7	1	2.33
10	1	2.33
Gesamt	43	100.00

Der Mittelwert für die Häufigkeit der Suizidversuchsanzahl liegt bei 3.37 (Mdn=2; SD=1.84).

Betrachtete man die Anzahl der Suizidversuche getrennt nach SPTBS nach *DSM-IV* vs. *ICD-10*, dann ergibt sich folgendes Bild: Bei einer SPTBS nach *DSM-IV* sind 1, 3 und 5 Suizidversuche je einmal vertreten und viermal 2 Suizidversuche. Bei einer SPTBS nach *ICD-10* haben je 7 Probanden einen oder zwei Suizidversuche, 4 Probanden haben 3 und 1 Proband hat 5 Suizidversuche unternommen.

Im Schnitt waren die Probanden zum Zeitpunkt des Suizidversuchs 39.05 Jahre alt (Mdn=40.50; SD=13.23). Die beiden jüngsten Probanden waren zum Zeitpunkt des Suizidversuchs 19 Jahre alt, die älteste Probandin war 70 Jahre alt. Betrachtet man Männer und Frauen getrennt, so sind die Männer im Schnitt 40.90 Jahre (Mdn=44.00; SD=11.92) und die Frauen 37.41 Jahre (Mdn=39.50; SD=14.16) alt.

Hinsichtlich der Anzahl an Suizidversuchsmethoden ergibt sich folgendes Bild: 28 (65.11 %) Probanden haben eine Methode, 3 Probanden (6.98 %) 2 Methoden und 12 Probanden (27.91 %) 3 Methoden gewählt. Bei den Probanden mit einer SPTBS nach *DSM-IV* haben 3 Probanden eine Methode und je 2 Probanden 2 und 3 Methoden gewählt. Bei den Probanden mit einer SPTBS nach *ICD-10* haben 11 Probanden eine Methode, 5 Probanden 2 und je 3 Probanden 3 Methoden gewählt.

Im Hinblick auf die Art der Methode siehe Tabelle 12.

Tabelle 12

Häufigkeit an Suizidversuchsmethoden mit den in der Stichprobe vorkommenden Kombinationen

Methode	Anzahl	Häufigkeit in %
Psychopharmaka	8	18.60
Schnitt, Stich	4	9.30
Sedativa	3	6.98
Ersticken durch Tüte über den Kopf	2	4.65
Tabak trinken	1	2.33
Cyanidlösung trinken	1	2.33
Sonstige Medikamente ^a	6	13.95

(Fortsetzung)

Methoden	Anzahl	Häufigkeit in %
Strangulieren	2	4.65
Sturz aus der Höhe	1	2.33
Alkohol; Psychopharmaka	1	2.33
Alkohol; Schnitt, Stich	1	2.33
Alkohol; Sedativa	1	2.33
Psychopharmaka; Schnitt, Stich	1	2.33
Schnitt, Stich; Rasierklinge verschlucken	1	2.33
Sedativa; Psychopharmaka	2	4.65
Sonstige Medikamente; Psychopharmaka	2	4.65
Sonstige Medikamente; Schnitt, Stich	1	2.33
Alkohol; Sonstige Medikamente; Psychopharmaka	2	4.65
Alkohol; Sonstige Medikamente; Sedativa	2	4.65
Alkohol; Sonstige Medikamente; Muskatnusspulver schlucken	1	2.33
Gesamt	43	100.00

Anmerkung. ^a Bei sonstigen Medikamenten handelte es sich v.a. um Hypnotika und Schmerzmittel.

Ungeachtet der verwandten Kombinationsmethoden spielten bei der Wahl der Methoden mit 16 Probanden (37.21 %) Psychopharmaka die häufigste Rolle, gefolgt von sonstigen Medikamenten (32.58 %) und Alkohol, Sedativa und Schnitt- oder Stichverletzungen mit je 8 Probanden (18.60 %).

Während des Ersterhebungszeitpunktes wurden die Probanden nach dem Grund bzw. dem auslösenden Ereignis für den Suizidversuch befragt. Das Ergebnis zeigt folgende Aufzählung:

- Tinnitus, Schließmuskel, Rücken, Impotenz, chronische Depression
- berufliche Versagensangst
- Streit mit Ehefrau
- Freundin ist ausgezogen
- Patient wollte sich mit Plastiktüte ersticken zur Lösung seiner Probleme
- Blackout, da keine Lösung von Problemen in Sicht
- Filmriss, Perspektivlosigkeit, Wohnen bei den Eltern

- Kündigung in der Arbeit, Überlastung, Verlust des Handys, Kränkung durch Freunde
- Verlassen werden von Ehefrau
- finanzielle Schwierigkeiten
- Misslingen eines Geschäftes
- Übernachtung zu Hause während Psychiatrieaufenthalt
- berufliche Kränkung
- Mutter habe Demenz, Vater habe neue Freundin, die sich zu sehr eingemischt habe
- finanzielles Problem, keinen Kredit
- Ehestreit
- Aufdecken einer Lüge
- Trennung von Freundin
- keine Lust mehr, kann nicht mehr laufen
- spontaner Entschluss ohne äusseres Ereignis
- berufliche Überforderung, Ablehnung vom Chef
- Freundschaft ist zerbrochen, Kontaktabbruch der Kinder
- Absetzen des Antidepressivums wegen Medikamentenumstellung
- Einsamkeit
- Depressionen, innere Unruhe
- Streit mit Lebensgefährten, Vorbereitung des Urlaubs und finanzielle Probleme
- Abmahnung in der Wohngemeinschaft
- konnte nicht mehr schlafen
- Verzweiflung wegen der Erkrankung und Entlassung aus der Klinik
- Tod des Bruders, Verschuldung wegen Spielsucht, mangelnde Alltagsbewältigung wegen Spielsucht
- Hilferufe an die Freunde haben nicht gefruchtet
- ohne Job und ohne Wohnung, Eltern haben sie rausgeworfen
- alles Schwarz gesehen
- Sinnlosigkeit
- unerträglicher Zustand
- Arbeit sollte begonnen werden
- Ausweglosigkeit

- Kein konkretes Ereignis (2 Probanden)
- keine Angaben (4 Probanden)

1.4 Peritraumatisches Erleben

Dieser Unterpunkt bezieht sich auf die subjektiv empfundene Belastung während des Suizidversuchs (Messung des A2-Kriteriums einer PTBS nach dem *DSM-IV* gem. Saß et al., 2003) und dem Ausmaß an Dissoziationen während des Suizidversuchs.

Die subjektiv empfundene Belastung während des Suizidversuchs wurde mit dem Peri-Trauma-Belastungsfragebogen gemessen (*PDI*; engl. Brunet et al., 2001; dt. Version von Maercker, 2001).

Dieser Fragebogen konnte von 41 Probanden ausgewertet werden. Es ergibt sich über alle Probanden ein Mittelwert von 23.61 (SD=11.18). Ein Proband hat mit einem Summenscore von 0 den kleinsten und ein Proband mit einem Summenscore von 48 den höchsten Wert. Der Median liegt bei einem *PDI*-Summenscore von 24. Diesen Wert haben genau 4 Probanden.

Geht man von einem kritischen Summenscore für eine spätere SPTBS von 23 und mehr aus (Nishi et al., 2010), dann ergibt sich bei 53.7 % der Probanden dieser oder ein höherer Wert. Einen kritischen Summenscore von 26 (nach Maercker, 2005) oder mehr haben 41.5 % der Probanden. Die 19 Probanden mit einer SPTBS nach *ICD-10* haben einen Mittelwert von $M=26.74$ (SD=10.19), die 7 Probanden mit einer SPTBS nach *DSM-IV* haben einen Mittelwert von $M=27.00$ (SD=16.35).

Mit dem *PDEQ* wurde das Ausmaß an Dissoziationen (engl. Brunet et al., 2001; dt. Maercker, 2001) während des Suizidversuchs gemessen. Der Fragebogen liegt bei 41 Probanden vor. Dabei ergibt sich im Mittel ein Gesamtscore von 22.90 (Mdn=20.00; SD=10.54). Das Minimum liegt bei einem Gesamtscore von 10 und das Maximum bei 46. Laut Marmar et al. (1996) kann ab einem durchschnittlichen Item-Wert über 1.5 von klinisch bedeutsamen Dissoziationen ausgegangen werden. Demnach kann davon ausgegangen werden, dass ein Gesamtscore über 15 bedeutsam ist. In der vorliegenden Stichprobe trifft dies für 30 (73.17 %) Probanden zu.

1.5 Akute Belastungsstörung

Die akute Belastungsstörung wurde mit einem Screeninginstrument, der *ASDS* gemessen (Bryant et al., 2000). Die *ASDS* wurde im Mittel nach 12.86 Tagen (SD=10.10) nach dem

Suizidversuch ausgefüllt. Der Fragebogen liegt von 41 Probanden vor. Im Mittel ergibt sich ein Summenscore von 43.19 (Mdn=44; SD=14.53). Für die dichotome Einteilung der Probanden in mit vs. ohne akute Belastungsstörung wurde der für eine spätere PTBS prädiktive Cut-Off-Wert nach Bryant et al. (2000) gewählt. Geht man von diesem für eine spätere PTBS prädiktiven Summenscore von 56 und darüber aus (Bryant et al., 2000), weisen diesen 7 Probanden (17.07 %) auf. Alle Probanden, deren Summenscore auf oder über diesem nach Bryant et al. (2000) für eine spätere PTBS prädiktivem Cut-Off-Wert liegen, wurden der Gruppe mit einer akuten Belastungsstörung (ABS) zugewiesen. Probanden unterhalb des Cut-Off-Wertes wurden der Gruppe ohne ABS zugeordnet. Von einem der 7 Probanden aus der Gruppe mit ABS konnte in der Katamnese keine Daten erhoben werden, so dass beim Vergleich mit einer SPTBS nur noch die Werte von 6 Probanden übrig bleiben. Hinsichtlich der Verteilung dieser 6 Probanden auf eine PTBS nach *ICD-10* bzw. *DSM-IV*, siehe Tabelle 13.

Tabelle 13

Kreuztabelle zwischen einer akuten Belastungsstörung als dichotome Variable und einer SPTBS nach ICD-10 bzw. DSM-IV

	Keine PTBS nach <i>ICD-10</i>	Mit PTBS nach <i>ICD-10</i>	Keine PTBS nach <i>DSM-IV</i>	Mit PTBS nach <i>DSM-IV</i>
Ohne akute Belastungsstörung	16	14	25	5
Mit akuter Belastungsstörung ^a	1	5	4	2

Von den 6 Probanden mit einer akuten Belastungsstörung haben in der Katamnese 4 Probanden eine subsyndromale SPTBS nach Blanchard et al. (1995) und von diesen 4 Probanden haben wieder 3 ebenfalls eine subsyndromale SPTBS nach Stein et al. (1997).

Von den 19 Probanden mit einer SPTBS nach *ICD-10* haben 5 (26.32 %) vorab eine akute Belastungsstörung, 14 (73.68 %) hatten keine akute Belastungsstörung.

Von den 7 Probanden mit einer SPTBS nach *DSM-IV* hatten 2 (28.57 %) eine akute Belastungsstörung, 5 (71.43 %) hatten keine akute Belastungsstörung.

1.6 Depression und Angst

Das Ausmaß an Depressivität wurde zum ersten Datenerhebungszeitpunkt mit dem *BDI* und dem *HAMD* gemessen. Die Daten des *HAMD* liegen von 43 Probanden vor. Vom *BDI* liegen Daten von 33 Probanden vor. Zudem wurde der *M-CIDI* mit der Sektion für affektive

Störungen durchgeführt. Zum zweiten Datenerhebungszeitpunkt wurde das Ausmaß an Depressivität mit dem *BDI* gemessen. Dieser liegt von 29 Probanden vor. Insgesamt ergibt sich folgendes Bild:

Der *BDI* zum ersten Datenerhebungszeitpunkt hat einen Mittelwert von 16.85 (Mdn=14; SD=11.13), zum zweiten Datenerhebungszeitpunkt liegt der Mittelwert bei 15.55 (Mdn=16; SD=10.27). Zu beiden Zeitpunkt liegt das Minimum bei 0 (je 2 Probanden) und das Maximum liegt zum ersten Datenerhebungszeitpunkt bei 40 und zum zweiten bei 39. Die Mittelwerte sprechen zu den beiden Zeitpunkten für eine leicht- bis mittelgradige Schwere einer depressiven Symptomatik (nach Hautzinger et al., 1995). Unmittelbar nach dem Suizidversuch haben 15 (34.89 %) Probanden, zum Katamnesezeitpunkt 14 (48.28 %) Probanden einen Wert über 18 und damit eine klinisch relevante Depression (nach Hautzinger et al., 1995).

Der *HAMD* wurde nur zum ersten Datenerhebungszeitpunkt erhoben. Daraus ergibt sich ein Mittelwert von 18.00 (Mdn=19.00; SD=6.13). Das Minimum liegt bei 7.00 das Maximum bei 32.00. Der Mittelwert spricht für eine mild ausgeprägte depressive Symptomatik (Hautzinger, 2003). 7 (16.28 %) Probanden weisen einen Gesamtscore über 24 auf und damit den häufigsten Wert stationär behandelte depressiver Patienten (Hautzinger, 2003).

Mit dem *STAIX2* wurde die transssituationale Angstbereitschaft (Traitangst) gemessen. Diese könnte Hinweise auf eine Angststörung liefern (Laux et al., 1981). Diese Daten liegen vom ersten Erhebungszeitpunkt von 35 Probanden und vom zweiten Erhebungszeitpunkt von 30 Probanden vor.

Tabelle 14

Mittelwert und Standardabweichung des Gesamtscores des STAIX2 zu beiden Datenerhebungszeitpunkten getrennt nach Männern und Frauen

Geschlecht	<u>Messzeitpunkt 1</u>		<u>Messzeitpunkt 2</u>	
	M	SD	M	SD
Männer	47.89	13.25	47.64	11.81
Frauen	51.82	9.63	49.13	9.46

Werte über 50 bei Frauen und Werte über 46 bei Männern sprechen für eine klinische Bedeutsamkeit (Laux et al., 1981). Bei Frauen ergibt sich damit zum ersten Messzeitpunkt

im Mittel eine klinisch bedeutsame transsituationale Angstbereitschaft. Bei Männern trifft dies im Mittel für beide Messzeitpunkte zu.

1.7 Posttraumatische Reifung

Die Posttraumatische Reifung wurde zu beiden Datenerhebungszeitpunkten gemessen. Zum ersten Erhebungszeitpunkt liegen die Daten von 37 und zum zweiten Erhebungszeitpunkt von 30 Probanden vor. Die folgende Tabelle zeigt die Ergebnisse:

Tabelle 15

Gesamtscore und Subskalen der Posttraumatischen Persönlichen Reifung (PTR) zu den beiden Messzeitpunkten

Skala	<u>Messzeitpunkt 1</u>		<u>Messzeitpunkt 2</u>	
	Gesamt M (Item M)	SD Gesamtscore	Gesamt M (Item M)	SD Gesamtscore
<i>PTR</i> „Neue Möglichkeiten“ ^{ab}	17.54 (3.50) (25.94 ^a)	7.21	17.13 (3.43) (23.35 ^b)	6.40
<i>PTR</i> „Beziehungen zu anderen“ ^{ab}	25.73 (3.67) (36.68 ^a)	8.92	23.87 (3.41) (30.30 ^b)	7.81
<i>PTR</i> „persönliche Stärken“ ^{ab}	12.86 (3.21) (21.90 ^a)	5.52	14.63 (3.66) (19.30 ^b)	4.43
<i>PTR</i> „Wertschätzung des Lebens“ ^{ab}	10.95 (3.65) (10.29 ^a)	4.36	11.23 (3.74) (14.70 ^b)	3.76
<i>PTR</i> „Religiöse Veränderungen“ ^{ab}	4.54 (2.27) (10.29 ^a)	3.08	3.97 (1.98) (6.96 ^b)	2.53
<i>PTR</i> Gesamtscore	71.11 (3.39)	25.49	70.83 (3.37)	21.40

Anmerkung. Werte wurden gemessen mit der Posttraumatischen Persönlichen Reifungsskala nach Maercker und Langner (2001). Werte sind mit der Validierungsstudie für die deutsche Fragebogenversion des Posttraumatischen Persönlichen Reifung Fragebogens nicht vergleichbar, da Maercker & Langner (2001) eine andere Skalierung gewählt und drei Items weniger verwendet haben. Deshalb werden hier die Skalenmittelwerte von Tedeschi und Calhoun (1996) dargestellt, aufgrund der unterschiedlichen Wertezuordnung zu den einzelnen Skalen (0 bis 5 und in der vorliegenden Studie 1 bis 6) mit je plus 1 pro Item der jeweiligen Subskala.

^a Umgerechnete Skalenmittelwerte der Frauen bei Tedeschi und Calhoun (1996). ^b Umgerechnete Skalenmittelwerte der Männer bei Tedeschi und Calhoun (1996).

^bSkalennamen zitiert nach Maercker und Langner (2001, S. 156).

Betrachtet man den Gesamtscore, dann liegen die Werte (Skala von 1 bis 6) im Schnitt bis auf die Subskala „religiöse Veränderungen“ in der oberen Hälfte. Im zeitlichen Verlauf ergeben sich mit einem Plus von .57 im Itemmittelwert die größten Veränderungen bei „religiöse Veränderungen“. Mit einem Minus von .07 im Itemmittelwert ergeben sich die geringsten Veränderungen bei der Skala „Neue Möglichkeiten“ (Maercker & Langner, 2001, S. 156).

Im Vergleich zu den Skalenmittelwerten in der Validierungsstudie der Skala von Tedeschi und Calhoun (1996) (mit 23 Männern und 31 Frauen mit einem ernsthaften traumatischen Ereignis) sind die Werte in der vorliegenden Studie geringer.

1.8 Posttraumatische kognitive Veränderungen

Die posttraumatischen kognitiven Veränderungen wurden zu beiden Messzeitpunkten mit dem *PTCI* gemessen. Zum ersten Erhebungszeitpunkt konnten diese Daten von 37 Probanden und zum zweiten Erhebungszeitpunkt von 30 Probanden erhoben werden. Die folgende Tabelle 16 zeigt die Ergebnisse:

Tabelle 16

Gesamtscore und Werte der Subskalen des PTCI zu beiden Messzeitpunkten

Skala	Messzeitpunkt 1		Messzeitpunkt 2	
	M	SD	M	SD
<i>PTCI</i> „Negative Gedanken zum Selbst“ ^{a,b}	3.31(3.23 ^a)	1.37	3.12 (2.77 ^b)	1.21
<i>PTCI</i> „Negative Gedanken über die Welt“ ^{a,b}	3.60 (4.91 ^a)	1.39	3.87 (4.12 ^b)	1.28
<i>PTCI</i> „Selbstvorwürfe“ ^{a,b}	4.63 (3.41 ^a)	1.13	4.54 (2.82 ^b)	1.22
<i>PTCI</i> Gesamtscore	126.95 (119.14 ^a)	32.03	126.46 (101.15 ^b)	34.12

Anmerkung In der Katamnese liegen die Daten von 28 Probanden vor, zum ersten Datenerhebungszeitpunkt liegen sie von 37 Probanden vor.

^aErgebnisse sind der Validierung des *PTCI* (dt. Version Ehlers & Boos, 1999) entnommen anhand einer deutschen Stichprobe. Die Mittelwerte beziehen sich auf die Teilstichprobe in dieser Studie mit interpersonellen Traumata (Müller et al., 2010). ^bDie Mittelwerte entstammen ebenfalls der Studie von Müller et al. (2010), aber beziehen sich auf Probanden, deren traumatisches Ereignis ein Unfall war.

^bSkalennamen zitiert nach Ehlers (1999, S. 94)

Vergleicht man die Ergebnisse mit den von Müller et al. (2010) mit interpersonellem Trauma fällt auf, dass die Mittelwerte der Subskala „Negative Gedanken über die Welt“ in der vorliegenden Studie geringer ausfallen. Die Mittelwerte zu „Negative Gedanken zum Selbst“ scheinen ähnlicher zu sein. Hingegen fallen die Werte bei „Selbstvorwürfe“ (Ehlers, 1999, S. 94) in der vorliegenden Studie größer aus.

Beim Vergleich der Probanden aus der Studie von Müller et al. (2010), die einen Unfall erlebt hatten, fällt auf, dass die Suizidenten der vorliegenden Studie höhere Werte bei den Subskalen „Negative Gedanken zum Selbst“ und „Selbstvorwürfe“ haben (Ehlers, 1999, S. 94). Dagegen denken die Probanden negativer über die Welt, als die Suizidenten.

1.9 Copingstrategien (SVF78)

Im Folgenden werden die Ergebnisse hinsichtlich der Copingstrategien gemessen mit dem SVF78 von allen Probanden dargestellt.

Der Fragebogen wurde zum ersten Datenerhebungszeitpunkt im Rahmen des Selbstratings von den Probanden beantwortet. Der Bogen liegt bei 37 Probanden vor, bis auf die Subskala „Herunterspielen“ (Erdmann & Janke, 2008, S.91), dort liegt er bei 36 Probanden vor. Dies liegt z.T. daran, dass sich Probanden unmittelbar nach dem Suizidversuch mit der Menge an Fragen überfordert gefühlt haben oder dass das Selbstrating ohne weiteren Kommentar nur teilweise ausgefüllt wurde. Die Werte zeigt Tabelle 17:

Tabelle 17

Mittelwert und Standardabweichung der Skalen des SVF78 (Copingstrategien) in der Gesamtstichprobe

Variable	M	SD
SVF 78 „Negativ-Strategien“ ^b	13.15 (10.52 ^a)	5.08 (3.54 ^a)
SVF 78 "Um- und Abwertungsstrategien“ ^b	9.22 (10.09 ^a)	4.15 (3.74 ^a)
SVF 78 „Ablenkungs-/Kompensationsstrategien“ ^b	10.68 (11.58 ^a)	4.13 (3.59 ^a)
SVF 78 „Kontrollstrategien“ ^b	14.94 (16.19 ^a)	3.80 (3.24 ^a)
SVF 78 „Herunterspielen“ ^b (Subskala)	7.89 (9.48 ^a)	4.77 (4.44 ^a)
SVF 78 „Schuldabwehr“ ^b (Subskala)	10.38 (10.71 ^a)	4.46 (3.74 ^a)

(Fortsetzung)

Variable	M	SD
<i>SVF 78</i> „Ablenkung“ ^{„b} (Subskala)	13.40 (11.83 ^a)	4.49 (3.66 ^a)
<i>SVF 78</i> „Ersatzbefriedigung“ ^{„b} (Subskala)	7.95 (8.91 ^a)	5.35 (4.69 ^a)
<i>SVF 78</i> „Situationskontrolle“ ^{„b} (Subskala)	14.46 (16.78 ^a)	4.95 (3.73 ^a)
<i>SVF 78</i> „Reaktionskontrolle“ ^{„b} (Subskala)	16.73 (15.41 ^a)	4.04 (4.00 ^a)
<i>SVF 78</i> „positive Selbstinstruktion“ ^{„b} (Subskala)	13.62 (16.37 ^a)	5.20 (3.97 ^a)
<i>SVF 78</i> „soziales Unterstützungsbedürfnis“ ^{„b} (Subskala)	10.43 (12.89 ^a)	6.11 (5.22 ^a)
<i>SVF 78</i> „Vermeidung“ ^{„b} (Subskala)	14.65 (11.97 ^a)	5.14 (4.71 ^a)
<i>SVF 78</i> „Flucht“ ^{„b} (Subskala)	11.92 (8.24 ^a)	5.92 (4.70 ^a)
<i>SVF 78</i> „gedankliche Weiterbeschäftigung“ ^{„b} (Subskala)	16.11 (15.13 ^a)	6.89 (5.67 ^a)
<i>SVF 78</i> „Resignation“ ^{„b} (Subskala)	11.46 (8.04 ^a)	5.94 (4.36 ^a)
<i>SVF 78</i> „Selbstbeschuldigung“ ^{„b} (Subskala)	13.11 (10.67 ^a)	5.09 (4.19 ^a)

Anmerkung. ^a Zahlen entstammen der Veröffentlichung zu den Gütekriterien des *SVF78* (Ising et al., 2001) mit 246 Probanden im Alter zwischen 20 und 64 Jahren, deren Geschlecht und Alter an die Standardisierungsstichprobe des *SVF120* angelehnt sind. Werte wurden gemessen mit dem *SVF78* nach Erdmann und Janke (2008);

^bNamen der Skalen aus Erdmann & Janke (2008, S.91 und S.101).

Vergleicht man die Werte dieser Studie mit den Werten aus der Untersuchung zu den Gütekriterien des *SVF* mit Probanden aus der Normalbevölkerung, dann zeigen sich die größten Unterschiede in den Mittelwerten bei den Subskalen „Flucht“ und „Resignation“ (Erdmann & Janke, 2008, S. 91). Ebenso ist bei allen Werten die Standardabweichung bei den Suizidenten größer.

1.10 Soziale Faktoren (soziale Wertschätzung & F-SozU)

Die subjektiv empfundene Anerkennung und Achtung des Suizidenten durch seine Umwelt wurde mit dem Soziale Wertschätzung Fragebogen (SAQ) (Maercker & Müller, 2004) erhoben. Der Fragebogen wurde im Rahmen des zugesandten Selbstratings von den Probanden ausgefüllt. Er liegt von 27 Probanden vor. Die fehlenden Werte liegen wiederum daran, dass die Katamneseselbstratings nicht vollständig von den Probanden ausgefüllt wurden. Das Ergebnis zeigt Tabelle 18:

Tabelle 18

Gesamtscore und Subskalen des Soziale Wertschätzung Fragebogen (SAQ)

Variable	M	SD
SAQ Gesamtscore	21.50	8.39
SAQ „Anerkennung“ ^b	6.04 (13.66 ^a)	3.52 (6.30 ^a)
SAQ „generelles Unverständnis“ ^b	7.06 (11.58 ^a)	3.18 (7.01 ^a)
SAQ „familiäres Unverständnis“ ^b	7.48 (8.73 ^a)	4.19 (5.61 ^a)

Anmerkung. ^a Daten entstammen einer Untersuchung an 86 Kriminalitätsoffern. Diese Daten wurden ähnlich, wie bei der vorliegenden Untersuchung im Schnitt 5.32 Monate nach dem traumatischen Ereignis erhoben (Müller et al., 2008).

^bNamen der Skalen zitiert aus dem Englischen nach Maercker und Müller (2004, S.349).

Beim Vergleich der Daten aus der Untersuchung von Müller et al. (2008) und den Daten der vorliegenden Studie fällt auf, dass die Anerkennung als Opfer bei den Probanden mit einem Suizidversuch geringer ausfällt. Hinsichtlich der Subskala „generelles Unverständnis“ (zitiert nach Maercker & Müller, 2004, S.349 aus dem Englischen) fallen die Werte bei den Suizidenten geringer aus, als bei den Kriminalitätsoffern. Dies kann jedoch keine Aussage darüber treffen, ob die augenscheinlichen Unterschiede bedeutsam sind.

Die subjektiv empfundene soziale Unterstützung und die subjektiv als möglich wahrgenommene soziale Unterstützung wurden mit dem „Fragebogen zur Sozialen Unterstützung“ (Fydrich et al., 2007) erfasst.

Dieser Fragebogen wurde ebenso im Rahmen des zugesandten Katamneseselbstratings von den Probanden beantwortet. Von der Subskala „Emotionale Unterstützung“ liegen die Daten von 28 Probanden vor, von den Subskalen „Praktische Unterstützung“, „Soziale Integration“ und „Soziale Belastung“ (Fydrich et al., 2007, S.33) liegen die Daten von 29 Probanden und von den restlichen Subskalen von 30 Probanden vor. Der Gesamtscore konnte somit für 28 Probanden berechnet werden. Die Missing Values

liegen wiederum an nur teilweise ausgefüllte Bögen. Die Ergebnisse der Auswertung zeigt Tabelle 19.

Tabelle 19

Gesamtscore und Subskalen des Fragebogens zur Sozialen Unterstützung (F-SozU)

Variable	M (Prozentrang ^a)	SD
<i>F-SozU</i> Gesamtscore	3.40 (23 ^a)	.68
„Wahrgenommene Soziale Unterstützung“ ^b		
<i>F-SozU</i> „Emotionale Unterstützung“ ^b	3.58 (26 ^a)	.79
<i>F-SozU</i> „Praktische Unterstützung“ ^b	3.42 (22 ^a)	.74
<i>F-SozU</i> „Soziale Integration“ ^b	3.16 (22 ^a)	.69
<i>F-SozU</i> „Soziale Belastung“ ^b	2.48 (63 ^a)	.81
<i>F-SozU</i> „Reziprozität“ ^b	3.27 (26 ^a)	.91
<i>F-SozU</i> „Zufriedenheit mit sozialer Unterstützung“ ^b	3.24 (48 ^a)	.89
<i>F-SozU</i> „Vertrauensperson“ ^b	3.86 (28 ^a)	.97

Anmerkung.

^a Werte sind den Normen im Manual des *F-SozU* (Fydrich et al., 2007) entnommen bei Probanden im Alter zwischen 16 und 96 Jahren.

^bNamen der Skalen zitiert aus Fydrich et al., 2007, S. 33.

Laut Fydrich et al. (2007) bewegen sich Prozentränge zwischen 16 und 84 innerhalb einer Standardabweichung um den Mittelwert des Bevölkerungsdurchschnitts und können somit als „normal“ bzw. „unauffällig“ (S.36) interpretiert werden. Somit sind alle vorliegenden Werte in der Norm. Dennoch sind die Werte, die für soziale Unterstützung sprechen, eher im unteren Bereich angesiedelt, soziale Belastungsfaktoren dagegen im oberen Bereich. Subjektiv sind die Suizidenten dennoch genau im Mittel zufrieden mit der Unterstützung.

1.11 Disclosure

Mit dem Fragebogen zur Offenlegung traumatischer Erfahrungen (Müller et al., 2000) wurde das Kommunikationsverhalten über den Suizidversuch innerhalb der 6 Monate nach dem Suizidversuch gemessen.

Die Daten wurden im Rahmen des den Probanden zugesandten Selbstratings zum zweiten Messzeitpunkt erhoben. Da nicht alle Probanden diesen Fragebogen vollständig ausgefüllt haben, liegen die Daten der beiden Subskalen „Bedingungen des Schweigens“ und „Emotionale Reaktionen“ von 28 Probanden vor, die Daten der Subskala „Bedingungen des Redens“ (Müller et al., 2000, S.420) liegen von 29 Probanden vor. Damit liegt auch der Gesamtscore nur von 28 Probanden vor. Die Skalenwerte zeigt Tabelle 20.

Tabelle 20

Gesamtscore und Werte der Subskalen des Fragebogens zur Offenlegung traumatischer Erfahrungen (Disclosure)

Variable	M	SD
<i>Disclosure</i> Gesamtwert	64.86 (68 ^a)	13.11
<i>Disclosure</i> „Bedingungen des Schweigens“ ^b	32.84 (20.2 ^a)	13.11
<i>Disclosure</i> „Bedingungen des Redens“ ^b	12.51 (22.3 ^a)	9.36
<i>Disclosure</i> „Emotionale Reaktionen“ ^b	20.39 (25.6 ^a)	10.31

Anmerkung. ^a Werte stammen aus einer Untersuchung an 151 Kriminalitätsoffern (Müller & Maercker, 2006).

^bNamen der Skalen zitiert aus Müller et al. (2000, S.420).

Beim Vergleich der Werte der Suizidenten dieser Studie mit den Werten der Kriminalitätsoffern zeigt sich, dass Suizidenten weniger erzählen. Ebenso fallen die Gefühlsreaktionen bei den Suizidenten geringer aus, als bei Kriminalitätsoffern.

2 Charakterisierung der Drop Outs

In den folgenden Analysen soll untersucht werden, ob sich die Probanden, deren Daten zum Katamnesezeitpunkt nicht erhoben werden konnten, von den Probanden unterscheiden, deren Daten auch zum Katamnesezeitpunkt erhoben werden konnten. Dies trifft zum einen auf Probanden zu, bei denen der CAPS nicht vorliegt und zum anderen auf Probanden, bei denen zwar der CAPS, aber nicht das Katamnese-Selbstrating vorliegt. Untersucht werden sollen die Variablen: Alter, Geschlecht und Erkrankungsschwere. Die Erkrankungsschwere wird zum einen an dem Gesamtscore des BDI und zum anderen an der Anzahl an vorhandenen Diagnosen zum ersten Datenerhebungszeitpunkt festgemacht.

Zunächst wird berechnet, ob es einen bedeutenden Unterschied im Geschlecht der Probanden gibt. Das Ergebnis zeigt Tabelle 21.

Tabelle 21

Chi²-Test zum Vergleich von Probanden mit und ohne CAPS und den Probanden mit und ohne Katamneseelbstrating in der Variable Geschlecht

	<u>Probanden mit/ohne CAPS</u>			<u>Probanden mit/ohne Katamneseelbstrating</u>		
	Chi ² -Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Chi ² -Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Geschlecht	.23	1	.63	.19	1	.66

Im Folgenden wird getestet, ob es einen Unterschied zwischen den Probanden mit und ohne CAPS in den Variablen Depressivität, Anzahl an Diagnosen und Alter gibt. Die Ergebnisse zeigt Tabelle 22.

Tabelle 22

U-Test zum Vergleich von Probanden mit und ohne CAPS in der Variable Schweregrad an Depressivität (BDI), Anzahl der Achse-I-Störungen zum ersten Datenerhebungszeitpunkt (Anzahl Diagnosen) und dem Alter

		Ohne CAPS	Mit CAPS	Mann-Whitney-U	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Depressivität (BDI)	M	18.00	16.69	57.50	.98
	SD	15.60	10.74		
Anzahl an Diagnosen	M	2.50	1.94	77.00	.25
	SD	1.05	1.53		
Alter	M	37.71	40.06	112.50	.82
	SD	15.15	12.75		

Im Folgenden wird getestet, ob es einen Unterschied zwischen den Probanden mit und ohne Katamneseelbstrating in den Variablen Depressivität, Anzahl an Diagnosen und Alter gibt. Die Ergebnisse zeigt folgende Tabelle.

Tabelle 23

U-Test zum Vergleich von Probanden mit und ohne Katamneseelbstrating in der Variable Schweregrad an Depressivität (BDI), Anzahl der Achse-I-Störungen zum ersten Datenerhebungszeitpunkt (Anzahl Diagnosen) und Alter

		Ohne Katamneseelbst- rating	Mit Katamneseelbst- rating	Mann- Whitney- U	Asymptotische Signifikanz (2- seitig)
Depressivität (BDI)	M	15.12	17.40	84.50	.52
	SD	11.52	11.19		
Anzahl an Diagnosen	M	2.58	1.80	135.00	.20
	SD	1.68	1.35		
Alter	M	34.85	41.89	124.50	.11
	SD	13.15	12.55		

Aus den Berechnungen kann geschlossen werden, dass es keinen bedeutenden Unterschied zwischen den in der Studie verbliebenen Probanden vs. den Probanden gibt, deren Daten zur Katamnese nicht oder nur teilweise erhoben werden konnten in den Merkmalen Geschlecht, Alter und Erkrankungsschwere.

3 Analyse und Auswahl der abhängigen Variable

Mögliche abhängige Variablen in der vorliegenden Untersuchung sind: die SPTBS nach *DSM-IV*, die SPTBS nach *ICD-10*, die subsyndromale SPTBS nach Stein et al. (1997), die subsyndromale SPTBS nach Blanchard et al. (1995) und der Schweregrad einer SPTBS. Der Schweregrad einer SPTBS ist aufgrund der Abstufungsmöglichkeiten das differenzierteste Maß für die PTBS-Symptomatik nach einem Suizidversuch. Deshalb soll ein Teil der Analysen mit dem Schweregrad einer SPTBS als abhängige Variable gerechnet werden. Ein weiterer Teil der Analysen soll den Zusammenhang der unabhängigen Variablen mit zwei der dichotomen abhängigen Variablen klären.

Die nun folgenden Tests haben das Ziel, die beiden bedeutsamsten dichotomen abhängigen Variablen anhand des jeweiligen Schweregrads der Symptomatik gemessen mit dem CAPS herauszufiltern. Je nach Ergebnis soll demnach die Entscheidung getroffen werden, mit welchen abhängigen Variablen in den folgenden Signifikanztests gerechnet wird. Dazu wird zunächst anhand des F-Tests nach Levene die Varianzhomogenität als Voraussetzung für die Auswahl des t-Tests geprüft (Leonhart, 2009). Dann wird der t-Test

gerechnet, um zu überprüfen, ob die Unterschiede zwischen Probanden mit einer SPTBS/subsyndromalen SPTBS bedeutsam sind. Anschließend wird bei den signifikant gewordenen abhängigen Variablen die Effektstärke (Cohen's d, Cohen, 1988) berechnet. Die Ergebnisse sollen letztlich zu einer Entscheidung für maximal zwei abhängige Variablen führen mit denen in den folgenden Signifikanztest dieser Studie weiter gerechnet werden soll.

Der F-Test nach Levene wird bei keiner Variable signifikant, so dass im Anschluss ein t-Test für homogene Varianzen gerechnet wird. Das Ergebnis zeigt Tabelle 24.

Tabelle 24

T-Test für den Schweregrad einer SPTBS zwischen Probanden mit und ohne je einer SPTBS nach DSM-IV, nach ICD-10, einer subsyndromalen SPTBS nach Blanchard et al. (1995) und einer subsyndromalen SPTBS nach Stein et al. (1997)

		Mit	Ohne	T-Wert	df	Signifikanz
		Diagnose	Diagnose	homogene		(2-seitig)
				Varianzen		
SPTBS nach DSM-IV	M	55.29	22.34	-4.93	34	< .01
	SD	16.73	15.68			
SPTBS nach ICD-10	M	42.63	13.23	-6.17	34	< .01
	SD	16.89	10.59			
Subsyndromale SPTBS ^a	M	46.19	14.80	-7.09	34	< .01
	SD	15.15	11.42			
Subsyndromale SPTBS ^b	M	47.60	15.28	-7.49	34	< .01
	SD	14.49	11.42			

Anmerkung. ^a Subsyndromale SPTBS nach Blanchard et al. (1995). ^b Subsyndromale SPTBS nach Stein et al. (1997).

Daraus ergibt sich, dass der Unterschied im Schweregrad der Symptomatik im Mittel bei allen vier möglichen abhängigen Variablen bedeutsam ist. Demnach wird für alle potenziell abhängigen Variablen die Effektstärke berechnet.

Tabelle 25 zeigt die Werte für die Berechnung von Cohen's d (Cohen, 1988).

Tabelle 25

Cohen's d bezogen auf den Schweregrad einer SPTBS im Vergleich von Probanden mit und ohne den Diagnosen SPTBS nach DSM-IV, nach ICD-10, der subsyndromalen SPTBS nach Blanchard et al. (1995) und der subsyndromalen SPTBS nach Stein et al. (1997)

Diagnosen	Cohen's d
SPTBS nach <i>DSM-IV</i>	2.08
SPTBS nach <i>ICD-10</i>	2.06
Subsyndromale SPTBS ^a	2.38
Subsyndromale SPTBS ^b	2.53

Anmerkung. ^a Subsyndromale SPTBS nach Blanchard et al. (1995). ^b Subsyndromale SPTBS nach Stein et al. (1997).

Die Berechnung der Effektstärke Cohen's d ist bei allen Variablen größer als .80. Somit kann bei allen Variablen von einem starken Effekt ausgegangen werden (Cohen, 1988).

Demnach wären alle 4 abhängigen Variablen für die folgenden Signifikanztests möglich. Für die Vergleichbarkeit der Ergebnisse mit in anderen Studien untersuchten PTBS-relevanten Faktoren ist es wichtig, als abhängige Variable die SPTBS nach *DSM-IV* zu verwenden.

In der Praxis wird die Diagnose einer PTBS in Deutschland nach dem *ICD-10* gestellt. Deshalb soll als zweite dichotome abhängige Variable in den folgenden Signifikanztests die SPTBS nach *ICD-10* verwandt werden.

Die Überschneidung der beiden abhängigen Variablen zeigt Tabelle 26:

Tabelle 26

Kreuztabelle der beiden abhängigen Variablen SPTBS nach DSM-IV und SPTBS nach ICD-10

	Keine SPTBS nach <i>ICD-10</i>	SPTBS nach <i>ICD-10</i>	Gesamt
Keine SPTBS nach <i>DSM-IV</i>	16	13	29
SPTBS nach <i>DSM-IV</i>	1	6	7
Gesamt	17	19	36

Die Tabelle zeigt Überschneidungen bei den beiden abhängigen Variablen, jedoch keine Deckungsgleichheit. Um zu überprüfen, ob beide Variablen untereinander bedeutsam zusammenhängen, werden diese in den folgenden Signifikanztests einbezogen.

4 Univariate Analyse

Im Folgenden werden die beiden abhängigen Variablen SPTBS nach *DSM-IV* und *ICD-10* mit den jeweils identischen unabhängigen Variablen auf deren Zusammenhänge analysiert. Dabei werden nur die Daten der 36 Probanden verwandt, die zum zweiten Datenerhebungszeitpunkt erreichbar waren und an der Datenerhebung teilgenommen haben.

Die nominalskalierten unabhängigen Variablen werden anhand eines Chi²-Tests auf deren Zusammenhang mit einer SPTBS analysiert.

Die ordinalskalierten unabhängigen Variablen werden auf deren Zusammenhang mit einer SPTBS anhand eines Mann-Whitney-U-Tests analysiert.

4.1 Analyse der SPTBS nach DSM-IV

Zunächst werden die nominalskalierten Daten dieser Studie auf deren Zusammenhang mit einer SPTBS nach *DSM-IV* untersucht.

Dabei wird ebenso die akute Belastungsstörung als dichotome Variable in die Analyse aufgenommen, welche anhand des von Bryant et al. (2000) vorgeschlagenen Cut-Off-Wertes, der prädiktiv für eine spätere PTBS ist, gebildet wurde.

In der gesamten Stichprobe haben 7 Probanden eine SPTBS nach *DSM-IV*. Damit ist die erwartete Häufigkeit bei 2 von 4 Zellen kleiner als 5. Somit sollte mit den nominalskalierten Daten in dieser Analyse kein Chi²-Test durchgeführt und alternativ auf den exakten Test nach Fisher-Yates ausgewichen werden (Leonhart, 2009). Dies wurde in den folgenden Berechnungen berücksichtigt.

Tabelle 27

Zusammenhang des Geschlechts, des sozioökonomischen Status (SES), der Diagnose Depression unmittelbar vor dem Suizidversuch, der akuten Belastungsstörung als dichotome Variable, der Diagnose PTBS aufgrund eines anderen traumatischen Ereignisses, einer SPTBS nach ICD-10, einer subsyndromalen SPTBS nach Blanchard et al. (1995) und einer subsyndromalen SPTBS nach Stein et al. (1997) mit einer SPTBS nach DSM-IV

	Chi ² -Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Geschlecht	1.21	1	.27
SES	.17	1	.68
Depression vor dem Suizidversuch	.01	1	.94

(Fortsetzung)

	Chi ² -Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Akute Belastungsstörung als dichotome Variable	.89	1	.35
PTBS	4.29	1	.04
SPTBS nach <i>ICD-10</i>	3.78	1	.05
subSPTBS ^a	10.86	1	< .01
subSPTBS ^b	12.17	1	< .01

Anmerkung. Bei $\alpha=.05$ signifikante Variablen, die als unabhängige Variablen in Frage kommen, sind grau unterlegt.

^a Subsyndromale SPTBS nach Blanchard et al. (1995). ^b Subsyndromale SPTBS nach Stein et al. (1997).

Da alle SPTBS Diagnosen inklusive der subsyndromalen SPTBS mit dem selben Interview (*CAPS*) gerechnet wurden, ist der bedeutsame Zusammenhang mit einer SPTBS nach *DSM-IV* nicht nur wegen der Ähnlichkeit der Konstrukte erwartungsgemäß. Die folgenden Kreuztabellen zeigen die Richtungen des Zusammenhangs.

Tabelle 28

Kreuztabelle zwischen einer zum Zeitpunkt der ersten Datenerhebung bestehenden PTBS aufgrund eines anderen traumatischen Ereignisses und einer SPTBS nach DSM-IV

	ohne PTBS	mit PTBS	Gesamt
ohne SPTBS nach <i>DSM-IV</i>	26	3	29
mit SPTBS nach <i>DSM-IV</i>	4	3	7
Gesamt	30	6	36

Anmerkung. Bei der hier dargestellten PTBS handelt es sich um eine zum Zeitpunkt der ersten Datenerhebung mit dem *M-CIDI* (Wittchen & Pfister, 1997) festgestellten PTBS nach dem *DSM-IV* aufgrund eines anderen traumatischen Ereignisses (also kein Suizidversuch).

Der signifikante Wert lässt sich folgendermaßen interpretieren: Je häufiger ein Proband eine PTBS hat, desto häufiger ist die Entstehung einer SPTBS nach dem *DSM-IV*.

Tabelle 29

Kreuztabelle zwischen einer subsyndromalen SPTBS nach Blanchard et al. (1995) und einer SPTBS nach DSM-IV

	ohne subSPTBS	mit subSPTBS	Gesamt
ohne SPTBS nach <i>DSM-IV</i>	20	9	29
mit SPTBS nach <i>DSM-IV</i>	0	7	7
Gesamt	20	16	36

Anmerkung. subSPTBS=Subsyndromale SPTBS nach Blanchard et al. (1995).

Daraus ergibt sich: Je häufiger Probanden eine subsyndromale SPTBS nach Blanchard et al. (1995) haben, desto häufiger haben sie eine SPTBS nach *DSM-IV*.

Tabelle 30

Kreuztabelle zwischen einer subsyndromalen SPTBS nach Stein et al. (1997) und einer SPTBS nach DSM-IV

	ohne subSPTBS	mit subSPTBS	Gesamt
ohne SPTBS nach <i>DSM-IV</i>	21	8	29
mit SPTBS nach <i>DSM-IV</i>	0	7	7
Gesamt	21	15	36

Anmerkung. subSPTBS=Subsyndromale SPTBS nach Stein et al. (1997).

Daraus ergibt sich: Je häufiger Probanden eine subsyndromale SPTBS nach Stein et al. (1997) haben, desto häufiger ist eine SPTBS nach *DSM-IV*.

In der folgenden Tabelle werden nun die mindestens ordinal skalierten unabhängigen Variablen dieser Studie nach deren Zusammenhang mit einer SPTBS nach *DSM-IV* analysiert.

Tabelle 31

Einfluss von Alter, Gefährlichkeit des Suizidversuchs, der Anzahl der Suizidversuche in der Vorgeschichte, von Depressivität, von Ängstlichkeit, der Anzahl komorbider Achse-I-Störungen, des A2-Kriteriums einer PTBS nach DSM-IV, der peritraumatischen Dissoziationen, einer akuten Belastungsstörung, von posttraumatischen kognitiven Veränderungen, von posttraumatischer Reifung, des Copingverhalten, des Schweregrad einer SPTBS, von sozialer Wertschätzung, von Disclosure und sozialer Unterstützung auf das Vorhandensein einer SPTBS nach DSM-IV inklusive Katamnese

		Ohne SPTBS nach <i>DSM-IV</i>	Mit SPTBS nach <i>DSM-IV</i>	Mann- Whitney- U-Test	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)																																																																																							
Alter	M	40.81	37.14	81.50	.58																																																																																							
	SD	12.23	15.25			Gefährlichkeit des Suizidversuchs	M	40.90	42.64	88.50	.60	SD	8.69	6.38	Risikofaktoren des Suizidversuchs	M	7.31	8.00	79.50	.37	SD	1.69	1.83	Rettungsfaktoren des Suizidversuchs	M	10.69	10.71	98.00	.89	SD	2.33	1.80	Anzahl der Suizidversuche in der Vorgeschichte	M	1.07	2.43	79.50	.35	SD	1.41	1.27	Depressivität (<i>HAMD</i>)	M	19.79	20.71	67.00	.17	SD	5.80	5.94	Depressivität (<i>BDI</i>)	M	15.00	24.80	29.50	.08	SD	10.86	5.45	Traitangst (<i>STAI</i>) (vgl. Abbildung 9)	M	46.71	58.43	34.50	.02	SD	12.20	6.29	Situative Angst (<i>STAI</i>)	M	45.92	52.00	63.50	.27	SD	13.15	13.53	Anzahl der komorbid vorhandenen Achse-I- Störungen zum Zeitpunkt des Suizidversuchs (vgl. Abbildung 10)	M	1.62	3.29	49.00	.03	SD	1.21	2.06	A2-Kriterium (<i>PDI</i>)	M	22.93	27.00	91.00	.68
Gefährlichkeit des Suizidversuchs	M	40.90	42.64	88.50	.60																																																																																							
	SD	8.69	6.38			Risikofaktoren des Suizidversuchs	M	7.31	8.00	79.50	.37	SD	1.69	1.83	Rettungsfaktoren des Suizidversuchs	M	10.69	10.71	98.00	.89	SD	2.33	1.80	Anzahl der Suizidversuche in der Vorgeschichte	M	1.07	2.43	79.50	.35	SD	1.41	1.27	Depressivität (<i>HAMD</i>)	M	19.79	20.71	67.00	.17	SD	5.80	5.94	Depressivität (<i>BDI</i>)	M	15.00	24.80	29.50	.08	SD	10.86	5.45	Traitangst (<i>STAI</i>) (vgl. Abbildung 9)	M	46.71	58.43	34.50	.02	SD	12.20	6.29	Situative Angst (<i>STAI</i>)	M	45.92	52.00	63.50	.27	SD	13.15	13.53	Anzahl der komorbid vorhandenen Achse-I- Störungen zum Zeitpunkt des Suizidversuchs (vgl. Abbildung 10)	M	1.62	3.29	49.00	.03	SD	1.21	2.06	A2-Kriterium (<i>PDI</i>)	M	22.93	27.00	91.00	.68	SD	10.74	16.35						
Risikofaktoren des Suizidversuchs	M	7.31	8.00	79.50	.37																																																																																							
	SD	1.69	1.83			Rettungsfaktoren des Suizidversuchs	M	10.69	10.71	98.00	.89	SD	2.33	1.80	Anzahl der Suizidversuche in der Vorgeschichte	M	1.07	2.43	79.50	.35	SD	1.41	1.27	Depressivität (<i>HAMD</i>)	M	19.79	20.71	67.00	.17	SD	5.80	5.94	Depressivität (<i>BDI</i>)	M	15.00	24.80	29.50	.08	SD	10.86	5.45	Traitangst (<i>STAI</i>) (vgl. Abbildung 9)	M	46.71	58.43	34.50	.02	SD	12.20	6.29	Situative Angst (<i>STAI</i>)	M	45.92	52.00	63.50	.27	SD	13.15	13.53	Anzahl der komorbid vorhandenen Achse-I- Störungen zum Zeitpunkt des Suizidversuchs (vgl. Abbildung 10)	M	1.62	3.29	49.00	.03	SD	1.21	2.06	A2-Kriterium (<i>PDI</i>)	M	22.93	27.00	91.00	.68	SD	10.74	16.35															
Rettungsfaktoren des Suizidversuchs	M	10.69	10.71	98.00	.89																																																																																							
	SD	2.33	1.80			Anzahl der Suizidversuche in der Vorgeschichte	M	1.07	2.43	79.50	.35	SD	1.41	1.27	Depressivität (<i>HAMD</i>)	M	19.79	20.71	67.00	.17	SD	5.80	5.94	Depressivität (<i>BDI</i>)	M	15.00	24.80	29.50	.08	SD	10.86	5.45	Traitangst (<i>STAI</i>) (vgl. Abbildung 9)	M	46.71	58.43	34.50	.02	SD	12.20	6.29	Situative Angst (<i>STAI</i>)	M	45.92	52.00	63.50	.27	SD	13.15	13.53	Anzahl der komorbid vorhandenen Achse-I- Störungen zum Zeitpunkt des Suizidversuchs (vgl. Abbildung 10)	M	1.62	3.29	49.00	.03	SD	1.21	2.06	A2-Kriterium (<i>PDI</i>)	M	22.93	27.00	91.00	.68	SD	10.74	16.35																								
Anzahl der Suizidversuche in der Vorgeschichte	M	1.07	2.43	79.50	.35																																																																																							
	SD	1.41	1.27			Depressivität (<i>HAMD</i>)	M	19.79	20.71	67.00	.17	SD	5.80	5.94	Depressivität (<i>BDI</i>)	M	15.00	24.80	29.50	.08	SD	10.86	5.45	Traitangst (<i>STAI</i>) (vgl. Abbildung 9)	M	46.71	58.43	34.50	.02	SD	12.20	6.29	Situative Angst (<i>STAI</i>)	M	45.92	52.00	63.50	.27	SD	13.15	13.53	Anzahl der komorbid vorhandenen Achse-I- Störungen zum Zeitpunkt des Suizidversuchs (vgl. Abbildung 10)	M	1.62	3.29	49.00	.03	SD	1.21	2.06	A2-Kriterium (<i>PDI</i>)	M	22.93	27.00	91.00	.68	SD	10.74	16.35																																	
Depressivität (<i>HAMD</i>)	M	19.79	20.71	67.00	.17																																																																																							
	SD	5.80	5.94			Depressivität (<i>BDI</i>)	M	15.00	24.80	29.50	.08	SD	10.86	5.45	Traitangst (<i>STAI</i>) (vgl. Abbildung 9)	M	46.71	58.43	34.50	.02	SD	12.20	6.29	Situative Angst (<i>STAI</i>)	M	45.92	52.00	63.50	.27	SD	13.15	13.53	Anzahl der komorbid vorhandenen Achse-I- Störungen zum Zeitpunkt des Suizidversuchs (vgl. Abbildung 10)	M	1.62	3.29	49.00	.03	SD	1.21	2.06	A2-Kriterium (<i>PDI</i>)	M	22.93	27.00	91.00	.68	SD	10.74	16.35																																										
Depressivität (<i>BDI</i>)	M	15.00	24.80	29.50	.08																																																																																							
	SD	10.86	5.45			Traitangst (<i>STAI</i>) (vgl. Abbildung 9)	M	46.71	58.43	34.50	.02	SD	12.20	6.29	Situative Angst (<i>STAI</i>)	M	45.92	52.00	63.50	.27	SD	13.15	13.53	Anzahl der komorbid vorhandenen Achse-I- Störungen zum Zeitpunkt des Suizidversuchs (vgl. Abbildung 10)	M	1.62	3.29	49.00	.03	SD	1.21	2.06	A2-Kriterium (<i>PDI</i>)	M	22.93	27.00	91.00	.68	SD	10.74	16.35																																																			
Traitangst (<i>STAI</i>) (vgl. Abbildung 9)	M	46.71	58.43	34.50	.02																																																																																							
	SD	12.20	6.29			Situative Angst (<i>STAI</i>)	M	45.92	52.00	63.50	.27	SD	13.15	13.53	Anzahl der komorbid vorhandenen Achse-I- Störungen zum Zeitpunkt des Suizidversuchs (vgl. Abbildung 10)	M	1.62	3.29	49.00	.03	SD	1.21	2.06	A2-Kriterium (<i>PDI</i>)	M	22.93	27.00	91.00	.68	SD	10.74	16.35																																																												
Situative Angst (<i>STAI</i>)	M	45.92	52.00	63.50	.27																																																																																							
	SD	13.15	13.53			Anzahl der komorbid vorhandenen Achse-I- Störungen zum Zeitpunkt des Suizidversuchs (vgl. Abbildung 10)	M	1.62	3.29	49.00	.03	SD	1.21	2.06	A2-Kriterium (<i>PDI</i>)	M	22.93	27.00	91.00	.68	SD	10.74	16.35																																																																					
Anzahl der komorbid vorhandenen Achse-I- Störungen zum Zeitpunkt des Suizidversuchs (vgl. Abbildung 10)	M	1.62	3.29	49.00	.03																																																																																							
	SD	1.21	2.06			A2-Kriterium (<i>PDI</i>)	M	22.93	27.00	91.00	.68	SD	10.74	16.35																																																																														
A2-Kriterium (<i>PDI</i>)	M	22.93	27.00	91.00	.68																																																																																							
	SD	10.74	16.35																																																																																									

(Fortsetzung)

		Ohne SPTBS nach <i>DSM- IV</i>	Mit SPTBS nach <i>DSM- IV</i>	Mann- Whitney- U-Test	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Peritraumatische Dissoziationen (<i>PDEQ</i>)	M	22.69	21.86	86.00	.54
	SD	10.35	13.03		
Akute Belastungsstörung (<i>ASDS</i>)	M	42.86	45.57	81.50	.42
	SD	15.57	11.67		
Kognitive Veränderungen (<i>PTCI</i>) Gesamtwert	M	124.45	132.62	76.00	.51
	SD	32.30	37.85		
<i>PTCI</i> „negative Gedanken zum Selbst“ ^a	M	3.17	3.84	63.50	.23
	SD	1.45	1.24		
<i>PTCI</i> „negative Gedanken über die Welt“ ^a	M	3.51	3.31	78.50	.58
	SD	1.32	1.82		
<i>PTCI</i> „Selbstvorwürfe“ ^a	M	4.63	4.91	79.00	.60
	SD	1.18	1.01		
Posttraumatische Reifung (<i>PTR</i>) Gesamtwert	M	73.69	66.71	76.00	.51
	SD	26.08	22.75		
<i>PTR</i> „neue Möglichkeiten“ ^b	M	18.19	17.00	73.50	.44
	SD	7.28	7.46		
<i>PTR</i> „Beziehung zu anderen“ ^b	M	26.75	24.21	73.50	.44
	SD	9.62	5.41		
<i>PTR</i> „persönliche Stärken“ ^b	M	13.54	10.57	64.50	.24
	SD	5.81	4.16		
<i>PTR</i> „Wertschätzung des Lebens“ ^b	M	11.54	10.00	70.50	.36
	SD	4.17	5.00		
<i>PTR</i> „religiöse Veränderung“ ^b	M	4.31	5.29	78.50	.57
	SD	2.96	3.77		
<i>SVF 78</i> „Negativ- Strategien“ ^c	M	12.45	13.61	70.50	.37
	SD	4.71	6.84		
<i>SVF 78</i> „Um- und Abwertungsstrategien“ ^c	M	9.25	9.64	87.50	.88
	SD	4.47	4.00		
<i>SVF 78</i> „Ablenkungs- /Kompensationsstrategien“ ^c	M	10.52	11.86	73.00	.43
	SD	4.27	4.84		

(Fortsetzung)

		Ohne SPTBS nach <i>DSM- IV</i>	Mit SPTBS nach <i>DSM- IV</i>	Mann- Whitney- U-Test	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
<i>SVF 78</i> „Kontrollstrategien“ ^c (vgl. Abbildung 11)	M	15.77	13.76	42.50	.03
	SD	3.67	3.72		
<i>SVF 78</i> „Herunterspielen“ ^c (Subskala)	M	8.61	6.00	51.50	.20
	SD	4.94	4.05		
<i>SVF 78</i> „Schuldabwehr“ ^c (Subskala)	M	9.88	12.14	65.00	.25
	SD	4.69	4.52		
<i>SVF 78</i> „Ablenkung“ ^c (Subskala)	M	13.00	14.71	73.00	.43
	SD	4.51	5.22		
<i>SVF 78</i> „Ersatzbefriedigung“ ^c (Subskala)	M	8.04	9.00	85.50	.81
	SD	5.59	5.66		
<i>SVF 78</i> „Situationskontrolle“ ^c (Subskala)	M	15.23	13.00	64.50	.24
	SD	4.81	5.94		
<i>SVF 78</i> „Reaktionskontrolle“ ^c (Subskala)	M	17.15	16.00	64.50	.24
	SD	4.19	3.87		
<i>SVF 78</i> „positive Selbstinstruktion“ ^c (Subskala)	M	14.92	12.29	56.50	.13
	SD	4.89	4.15		
<i>SVF 78</i> „soziales Unterstützungsbedürfnis“ ^c (Subskala)	M	11.04	10.14	83.50	.74
	SD	5.98	5.73		
<i>SVF 78</i> „Vermeidung“ ^c (Subskala)	M	14.81	10.57	51.50	.08
	SD	3.89	5.83		
<i>SVF 78</i> „Flucht“ ^c (Subskala)	M	11.23	10.57	83.00	.72
	SD	5.29	7.18		
<i>SVF 78</i> „gedankliche Weiterbeschäftigung“ ^c (Subskala)	M	15.46	16.14	76.00	.51
	SD	6.62	9.42		
<i>SVF 78</i> „Resignation“ ^c (Subskala)	M	10.46	13.43	63.50	.22
	SD	5.84	6.80		
<i>SVF 78</i> „Selbstbe- schuldigung“ ^c (Subskala)	M	12.65	14.29	61.50	.19
	SD	4.56	7.82		

(Fortsetzung)

		Ohne SPTBS nach <i>DSM-IV</i>	Mit SPTBS nach <i>DSM-IV</i>	Mann- Whitney- U-Test	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Schweregrad einer SPTBS (<i>CAPS</i>)	M	22.34	55.29	15.50	< .01
	SD	15.68	16.73		
Daten der Katamnese					
Depressivität (<i>BDI</i>)	M	14.33	21.40	38.50	.21
	SD	9.89	11.10		
Traitangst (<i>STAI</i>)	M	47.84	51.40	52.00	.56
	SD	10.78	9.07		
Situative Angst (<i>STAI</i>)	M	46.48	50.20	56.00	.74
	SD	11.59	11.43		
Kognitive Veränderungen (<i>PTCI</i>) Gesamtwert	M	127.27	124.77	53.00	.60
	SD	34.52	35.86		
<i>PTCI</i> „negative Gedanken zum Selbst“ ^a	M	3.06	3.40	53.50	.62
	SD	1.23	1.16		
<i>PTCI</i> „negative Gedanken über die Welt“ ^a	M	3.94	3.54	57.00	.76
	SD	1.20	1.74		
<i>PTCI</i> „Selbstvorwürfe“ ^a	M	4.57	4.40	54.50	.65
	SD	1.29	.84		
Posttraumatische Reifung (<i>PTR</i>) Gesamtwert (vgl. Abbildung 12)	M	66.92	90.39	26.00	.04
	SD	18.73	25.37		
<i>PTR</i> „neue Möglichkeiten“ ^b (vgl. Abbildung 13)	M	15.72	24.20	15.50	.01
	SD	5.70	5.17		
<i>PTR</i> „Beziehung zu anderen“ ^b	M	22.68	29.80	37.50	.16
	SD	6.61	11.30		
<i>PTR</i> „persönliche Stärken“ ^b (vgl. Abbildung 14)	M	13.92	18.20	25.00	.04
	SD	4.39	2.77		
<i>PTR</i> „Wertschätzung des Lebens“ ^b	M	10.92	12.79	39.50	.20
	SD	3.29	5.80		
<i>PTR</i> „religiöse Veränderung“ ^b	M	3.68	5.40	53.00	.58
	SD	1.97	4.45		

(Fortsetzung)

		Ohne SPTBS nach <i>DSM- IV</i>	Mit SPTBS nach <i>DSM- IV</i>	Mann- Whitney- U-Test	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Soziale Wertschätzung Gesamtwert	M	21.54	21.27	45.00	.95
	SD	8.60	8.21		
Soziale Wertschätzung „Anerkennung“ ^{cd}	M	6.23	5.02	40.50	.71
	SD	3.38	4.68		
Soziale Wertschätzung „generelles Unverständnis“ ^{cd}	M	6.77	8.75	30.00	.27
	SD	3.27	2.22		
Soziale Wertschätzung „familiäres Unverständnis“ ^d	M	7.91	5.00	27.00	.19
	SD	4.37	1.63		
<i>Disclosure</i> Gesamtwert	M	66.90	64.50	56.00	.82
	SD	19.04	14.15		
<i>Disclosure</i> „Bedingungen des Schweigens“ ^{ce}	M	32.70	33.50	57.00	.98
	SD	13.37	13.24		
<i>Disclosure</i> „Bedingungen des Redens“ ^{ce}	M	13.37	8.40	40.50	.26
	SD	9.53	8.08		
<i>Disclosure</i> „Emotionale Reaktionen“ ^e	M	19.91	22.60	50.50	.67
	SD	10.45	10.48		
Soziale Unterstützung (<i>F- SozU</i>) Gesamtwert	M	3.54	3.23	39.50	.58
	SD	.47	.85		
<i>F-SozU</i> „Emotionale Unterstützung“ ^{cf}	M	3.77	3.35	41.00	.65
	SD	.66	.90		
<i>F-SozU</i> „Praktische Unterstützung“ ^{cf}	M	3.59	3.25	37.00	.18
	SD	.58	.87		
<i>F-SozU</i> „Soziale Integration“ ^{cf}	M	3.25	3.06	58.50	.93
	SD	.46	.88		
<i>F-SozU</i> „Soziale Belastung“ ^{cf} (vgl. Abbildung 15)	M	2.40	2.57	24.50	.04
	SD	.88	.76		
<i>F-SozU</i> „Reziprozität“ ^{cf}	M	3.42	3.12	35.50	.13
	SD	.74	1.06		
<i>F-SozU</i> „Verfügbarkeit einer Vertrauensperson“ ^{cf}	M	4.03	3.68	47.00	.45
	SD	.97	.98		

(Fortsetzung)

		Ohne SPTBS nach <i>DSM-IV</i>	Mit SPTBS nach <i>DSM-IV</i>	Mann- Whitney- U-Test	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
<i>F-SozU</i> „Zufriedenheit mit sozialer Unterstützung“ ^f	M	3.56	2.91	58.00	.80
	SD	.67	.99		

Anmerkung. Bei $\alpha=.05$ signifikante Variablen, die als unabhängige Variablen in Frage kommen, sind grau unterlegt.

^aSkalennamen zitiert nach Ehlers (1999, S. 94); ^bSkalennamen zitiert nach Maercker und Langner (2001, S. 156);

^cSkalennamen zitiert nach Erdmann und Janke (2008, S.91 und S.101); ^dSkalennamen zitiert nach Maercker und Müller

(2004, S. 349 aus dem Englischen); ^eSkalennamen zitiert nach Müller et al. (2000, S. 420); ^fSkalennamen zitiert nach

Fydrich et al. (2007, S. 33).

Die Ergebnisse des Vergleichs von Probanden mit einer SPTBS nach *DSM-IV* und ohne SPTBS nach *DSM-IV* lassen auf einem Signifikanzniveau von $\alpha \leq .05$ folgende Interpretationen zu:

Je höher die Bereitschaft der Probanden zum ersten Datenerhebungszeitpunkt ist in unterschiedlichen Situationen mit Angst zu reagieren, desto häufiger ist eine SPTBS nach *DSM-IV*.

Je mehr Achse-I-Störungen unmittelbar nach dem Suizidversuch vorhanden sind, desto häufiger ist eine SPTBS nach *DSM-IV*.

Je weniger Probanden einen Copingstil haben, der darauf abzielt einen Stressor und die damit verbundenen Reaktionen zu kontrollieren und dafür eigene Kompetenz empfinden, desto häufiger ist eine SPTBS nach *DSM-IV*.

Je höher der Schweregrad der SPTBS-Symptomatik ist, desto häufiger ist eine SPTBS nach *DSM-IV*.

Je höher die posttraumatische Reifung ein halbes Jahr nach dem Suizidversuch ist, desto häufiger ist eine SPTBS nach *DSM-IV*.

Je mehr Probanden ein halbes Jahr nach dem Suizidversuch denken, dass sich durch den Suizidversuch positive „neue Möglichkeiten“ (Maercker & Langner, 2001, S.156) in ihrem Leben ergeben, desto häufiger ist eine SPTBS nach *DSM-IV*.

Je mehr sich Probanden ein halbes Jahr nach dem Suizidversuch der eigenen Stärken bewusst werden, desto häufiger ist eine SPTBS nach dem *DSM-IV*.

Je mehr sich Probanden in dem halben Jahr nach dem Suizidversuch sozial belastet fühlen, desto häufiger ist eine SPTBS nach *DSM-IV*.

Desweiteren ergeben sich folgenden Trends (Ergebnisse, die bei $\alpha \leq .10$ noch signifikant sind):

Je mehr Probanden unmittelbar nach dem Suizidversuch depressiv sind, desto häufiger ist eine SPTBS nach dem *DSM-IV*.

Je weniger Probanden einen Copingstil haben, der auf dem Vorsatz beruht, Belastungen aus dem Weg zu gehen oder sie nicht entstehen zu lassen, desto häufiger ist eine SPTBS nach *DSM-IV*.

4.2 Analyse der SPTBS nach ICD-10

Zunächst werden wiederum die nominalskalierten Daten der Studie auf deren Zusammenhang mit einer SPTBS nach *ICD-10* analysiert. Dabei wird auf den Zusammenhang einer SPTBS nach *ICD-10* mit einer SPTBS nach *DSM-IV* verzichtet, da diese Berechnung bereits im vorangegangenen Abschnitt durchgeführt wurde. Zudem gibt es keine Hypothese zu diesem Zusammenhang. Es wird lediglich aufgrund der Ähnlichkeit beider Konstrukte und der Messung mit demselben Diagnoseinstrument von einem bedeutsamen Zusammenhang ausgegangen. Die Ergebnisse zeigt Tabelle 32.

Tabelle 32

Zusammenhang des Geschlechts, des sozioökonomischen Status (SES), der Diagnose Depression unmittelbar vor dem Suizidversuch, der akuten Belastungsstörung als dichotome Variable, der Diagnose PTBS aufgrund eines anderen traumatischen Ereignisses, einer subsyndromalen SPTBS nach Blanchard et al. (1995) und einer subsyndromalen SPTBS nach Stein et al. (1997) mit einer SPTBS nach ICD-10

	Chi ² -Wert	Df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Geschlecht (vgl. Abbildung 16)	3.95	1	.05
SES	.01	1	.92
Depression vor dem Suizidversuch	.12	1	.73
Akute Belastungsstörung als dichotome Variable	2.70	1	.10
PTBS	2.70	1	.10
subSPTBS ^a	13.93	1	< .01
subSPTBS ^b	7.65	1	.01

Anmerkung. Bei $\alpha=.05$ signifikante Variablen, die als unabhängige Variablen in Frage kommen, sind grau unterlegt.

^a Subsyndromale SPTBS nach Blanchard et al. (1995). ^b Subsyndromale SPTBS nach Stein et al. (1997).

Zur Interpretation der signifikanten Ergebnisse werden im Folgenden die Kreuztabellen zwischen einer SPTBS nach *ICD-10* und der jeweiligen Variable aufgeführt. Ebenso werden Ergebnisse in der Kreuztabelle aufgeführt, die einen Trend ($p \leq .10$) im χ^2 -Test ergaben:

Tabelle 33

Kreuztabelle zwischen Geschlecht und einer SPTBS nach ICD-10

	Männlich	Weiblich	Gesamt
Keine SPTBS nach <i>ICD-10</i>	11	6	17
Mit SPTBS nach <i>ICD-10</i>	6	13	19
Gesamt	17	19	36

Demnach kann festgestellt werden, dass Frauen häufiger eine SPTBS nach *ICD-10* haben, als Männer.

Tabelle 34

Kreuztabelle zwischen einer PTBS aufgrund eines anderen Ereignisses zum Zeitpunkt der ersten Datenerhebung und einer SPTBS nach ICD-10

	Ohne PTBS	Mit PTBS	Gesamt
Ohne SPTBS nach <i>ICD-10</i>	16	1	17
Mit SPTBS nach <i>ICD-10</i>	14	5	19
Gesamt	31	6	36

Anmerkung. Bei der hier dargestellten PTBS handelt es sich um eine zum Zeitpunkt der ersten Datenerhebung mit dem *M-CIDI* (Wittchen & Pfister, 1997) festgestellten PTBS nach dem *DSM-IV* aufgrund eines anderen traumatischen Ereignisses (also kein Suizidversuch).

Daraus kann folgender Trend geschlossen werden: Je häufiger Probanden eine PTBS haben, desto häufiger ist eine SPTBS nach *ICD-10*.

Tabelle 35

Kreuztabelle zwischen einer subsyndromalen SPTBS nach Blanchard et al. (1995) und einer SPTBS nach ICD-10

	Ohne subSPTBS	Mit subSPTBS	Gesamt
Ohne SPTBS nach <i>ICD-10</i>	15	2	17
Mit SPTBS nach <i>ICD-10</i>	5	14	19
Gesamt	20	16	36

Anmerkung. subSPTBS=Subsyndromale SPTBS nach Blanchard et al. (1995)

Daraus ergibt sich: Je häufiger Probanden eine subsyndromale SPTBS nach Blanchard et al. (1995) haben, desto häufiger haben sie eine SPTBS nach *ICD-10*.

Tabelle 36

Kreuztabelle zwischen einer subsyndromalen SPTBS nach Stein et al. (1997) und einer SPTBS nach ICD-10

	Ohne subSPTBS	Mit subSPTBS	Gesamt
Ohne SPTBS nach <i>ICD-10</i>	14	3	17
Mit SPTBS nach <i>ICD-10</i>	7	12	19
Gesamt	21	15	36

Anmerkung. subSPTBS=Subsyndromale SPTBS nach Stein et al. (1997)

Daraus kann geschlossen werden: Je häufiger Probanden eine subsyndromale SPTBS nach Stein et al. (1997) haben, desto häufiger haben sie eine SPTBS nach *ICD-10*.

Ebenso ergibt sich folgender Trend: Je häufiger Probanden eine akute Belastungsstörung haben, desto häufiger ist ein SPTBS nach *ICD-10* (siehe dazu auch unter der deskriptiven Auswertung Tabelle 13 zur akuten Belastungsstörung).

In der folgenden Tabelle werden die mindestens ordinalskalierten Daten dieser Studie auf deren Zusammenhang mit einer SPTBS nach *ICD-10* analysiert.

Tabelle 37

Einfluss von Alter, Gefährlichkeit des Suizidversuchs, der Anzahl der Suizidversuche in der Vorgeschichte, von Depressivität, von Ängstlichkeit, der Anzahl komorbider Achse-I-Störungen, des A2-Kriteriums einer PTBS nach DSM-IV, der peritraumatischen Dissoziationen, einer akuten Belastungsstörung, von posttraumatischen kognitiven Veränderungen, von posttraumatischer Reifung, des Copingverhalten, des Schweregrad einer SPTBS, von sozialer Wertschätzung, von Disclosure und sozialer Unterstützung auf das Vorhandensein einer SPTBS nach ICD-10 inklusive Katamnese

		Ohne SPTBS nach ICD- 10	Mit SPTBS nach ICD- 10	Mann- Whitney- U-Test	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Alter (vgl. Abbildung 17)	M	47.67	34.05	54.50	< .01
	SD	9.69	11.77		
Gefährlichkeit des Suizidversuchs	M	42.64	39.99	135.50	.42
	SD	7.89	8.55		
Risikofaktoren des Suizidversuchs	M	7.47	7.42	157.00	.90
	SD	1.62	1.84		
Rettungsfaktoren des Suizidversuchs	M	10.11	11.21	108.50	.09
	SD	2.12	2.23		
Anzahl der Suizidversuche in der Vorgeschichte	M	1.29	1.00	156.50	.87
	SD	1.69	1.05		
Depressivität (<i>HAMD</i>)	M	17.53	17.68	156.50	.87
	SD	6.92	5.40		
Depressivität (<i>BDI</i>)	M	12.85	19.81	63.00	.07
	SD	12.25	8.48		
Traitanngst (<i>STAI</i>)	M	45.20	53.25	81.00	.12
	SD	13.97	8.83		
Situative Angst (<i>STAI</i>)	M	43.29	50.33	94.50	.23
	SD	13.42	12.65		
Anzahl der komorbid vorhandenen Achse-I- Störungen zum Zeitpunkt des Suizidversuchs	M	1.53	2.32	116.50	.15
	SD	1.28	1.67		
A2-Kriterium (<i>PDI</i>)	M	20.35	26.74	117.00	.16
	SD	12.98	10.18		

(Fortsetzung)

		Ohne SPTBS nach <i>ICD- 10</i>	Mit SPTBS nach <i>ICD- 10</i>	Mann- Whitney- U-Test	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Peritraumatische Dissoziationen (<i>PDEQ</i>)	M	20.41	24.42	126.50	.27
	SD	9.94	11.30		
Akute Belastungsstörung (<i>ASDS</i>) (vgl. Abbildung 18)	M	36.53	49.53	74.50	.01
	SD	13.02	13.78		
Kognitive Veränderungen (<i>PTCI</i>) Gesamtwert	M	120.38	131.02	110.00	.37
	SD	32.37	33.83		
<i>PTCI</i> „negative Gedanken zum Selbst“ ^{aa}	M	2.98	3.59	96.00	.16
	SD	1.65	1.16		
<i>PTCI</i> „negative Gedanken über die Welt“ ^{aa}	M	3.28	3.63	114.00	.45
	SD	1.39	1.44		
<i>PTCI</i> „Selbstvorwürfe“ ^{aa}	M	4.69	4.68	134.50	.99
	SD	1.23	1.09		
Posttraumatische Reifung (<i>PTR</i>) Gesamtwert	M	73.93	70.78	120.50	.60
	SD	28.43	22.99		
<i>PTR</i> „neue Möglichkeiten“ ^b	M	18.40	17.56	120.00	.59
	SD	8.30	6.41		
<i>PTR</i> „Beziehung zu anderen“ ^b	M	26.70	25.81	119.50	.57
	SD	10.58	7.48		
<i>PTR</i> „persönliche Stärken“ ^b	M	14.33	11.72	100.00	.20
	SD	6.16	4.91		
<i>PTR</i> „Wertschätzung des Lebens“ ^b	M	11.40	11.06	123.00	.66
	SD	5.03	3.78		
<i>PTR</i> „religiöse Veränderung“ ^b	M	3.47	5.39	84.50	.06
	SD	2.50	3.36		
<i>SVF 78</i> „Negativ- Strategien“ ^c (vgl. Abbildung 19)	M	10.93	14.17	76.50	.03
	SD	4.55	5.24		
<i>SVF 78</i> „Um- und Abwertungsstrategien“ ^c (vgl. Abbildung 20)	M	10.90	8.03	77.50	.04
	SD	4.72	3.58		

(Fortsetzung)

		Ohne SPTBS nach <i>ICD- 10</i>	Mit SPTBS nach <i>ICD- 10</i>	Mann- Whitney- U-Test	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
<i>SVF 78</i> „Ablenkungs- /Kompensationsstrategien“ ^c	M	10.27	11.25	125.00	.72
	SD	4.02	4.68		
<i>SVF 78</i> „Kontrollstrategien“ ^c	M	15.93	14.85	98.00	.18
	SD	4.58	2.84		
<i>SVF 78</i> „Herunterspielen“ ^c (Subskala)	M	9.86	6.78	84.50	.11
	SD	5.65	3.72		
<i>SVF 78</i> „Schuldabwehr“ ^c (Subskala)	M	11.67	9.28	93.50	.13
	SD	4.39	4.77		
<i>SVF 78</i> „Ablenkung“ ^c (Subskala)	M	12.00	14.50	95.00	.15
	SD	5.25	3.84		
<i>SVF 78</i> „Ersatzbefriedigung“ ^c (Subskala)	M	8.53	8.00	113.50	.43
	SD	4.36	4.46		
<i>SVF 78</i> „Situationskontrolle“ ^c (Subskala) (vgl. Abbildung 21)	M	16.13	13.61	74.00	.03
	SD	5.95	3.99		
<i>SVF 78</i> „Reaktionskontrolle“ ^c (Subskala)	M	15.73	17.89	97.00	.17
	SD	4.56	3.50		
<i>SVF 78</i> „positive Selbstinstruktion“ ^c (Subskala) (vgl. Abbildung 22)	M	15.93	13.06	77.50	.04
	SD	5.55	3.76		
<i>SVF 78</i> „soziales Unterstützungsbedürfnis“ ^c (Subskala)	M	10.93	10.77	128.00	.80
	SD	7.40	4.40		
<i>SVF 78</i> „Vermeidung“ ^c (Subskala)	M	14.33	13.72	130.50	.87
	SD	4.14	5.08		
<i>SVF 78</i> „Flucht“ ^c (Subskala)	M	9.33	12.56	88.00	.09
	SD	5.47	5.46		
<i>SVF 78</i> „gedankliche Weiterbeschäftigung“ ^c (Subskala)	M	13.93	17.00	96.50	.16
	SD	7.10	7.06		

(Fortsetzung)

		Ohne SPTBS nach <i>ICD-</i> <i>10</i>	Mit SPTBS nach <i>ICD-</i> <i>10</i>	Mann- Whitney- U-Test	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
<i>SVF 78</i> „Resignation“ ^c (Subskala)	M	9.20	12.67	92.00	.12
	SD	6.56	5.30		
<i>SVF 78</i> „Selbstbeschuldigung“ ^c (Subskala) (vgl. Abbildung 23)	M	11.27	14.44	78.00	.04
	SD	4.33	5.61		
Schweregrad einer SPTBS (<i>CAPS</i>)	M	13.23	42.63	20.50	< .01
	SD	10.59	16.89		
Daten der Katamnese					
Depressivität (<i>BDI</i>)	M	14.33	16.86	86.50	.42
	SD	11.75	8.65		
Traitangst (<i>STAI</i>)	M	46.07	50.80	93.00	.42
	SD	11.70	8.81		
Situative Angst (<i>STAI</i>)	M	46.40	47.80	104.00	.72
	SD	12.37	10.86		
Kognitive Veränderungen (<i>PTCI</i>) Gesamtwert	M	123.46	130.25	105.00	.76
	SD	36.69	32.25		
<i>PTCI</i> „negative Gedanken zum Selbst“ ^a	M	2.81	3.42	78.00	.15
	SD	1.36	.98		
<i>PTCI</i> „negative Gedanken über die Welt“ ^a	M	3.86	3.88	102.50	.68
	SD	1.27	1.33		
<i>PTCI</i> „Selbstvorwürfe“ ^a	M	4.55	4.53	104.00	.72
	SD	1.33	1.14		
Posttraumatische Reifung (<i>PTR</i>) Gesamtwert	M	66.27	75.40	82.50	.21
	SD	21.03	21.49		
<i>PTR</i> „neue Möglichkeiten“ ^b	M	15.93	18.33	87.00	.29
	SD	6.47	6.31		
<i>PTR</i> „Beziehung zu anderen“ ^b	M	21.87	25.87	84.50	.24
	SD	7.76	7.60		
<i>PTR</i> „persönliche Stärken“ ^b	M	14.73	14.53	109.00	.88
	SD	5.06	3.87		

(Fortsetzung)

		Ohne SPTBS nach <i>ICD-</i> <i>10</i>	Mit SPTBS nach <i>ICD-</i> <i>10</i>	Mann- Whitney- U-Test	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
<i>PTR</i> „Wertschätzung des Lebens“ ^b	M	10.53	11.93	85.00	.25
	SD	3.94	3.55		
<i>PTR</i> „religiöse Veränderung“ ^b	M	3.20	4.73	70.50	.07
	SD	1.93	2.86		
Soziale Wertschätzung Gesamtwert	M	22.53	20.21	73.50	.42
	SD	8.39	8.56		
Soziale Wertschätzung „Anerkennung“ ^d	M	6.73	5.19	70.00	.33
	SD	3.49	5.51		
Soziale Wertschätzung „generelles Unverständnis“ ^d	M	6.33	7.98	64.00	.20
	SD	3.37	2.80		
Soziale Wertschätzung „familiäres Unverständnis“ ^d	M	7.87	7.00	82.00	.69
	SD	4.44	4.00		
<i>Disclosure</i> Gesamtwert	M	63.61	69.57	77.00	.22
	SD	22.26	12.31		
<i>Disclosure</i> „Bedingungen des Schweigens“ ^e	M	31.46	34.21	85.00	.55
	SD	15.73	10.27		
<i>Disclosure</i> „Bedingungen des Redens“ ^e	M	13.13	11.86	102.00	.89
	SD	11.11	7.41		
<i>Disclosure</i> „Emotionale Reaktionen“ ^e	M	17.29	23.50	66.50	.15
	SD	12.17	7.21		
Soziale Unterstützung (<i>F-SozU</i>) Gesamtwert	M	3.54	3.23	80.50	.43
	SD	.47	.85		
<i>F-SozU</i> „Emotionale Unterstützung“ ^f	M	3.77	3.35	72.50	.25
	SD	.66	.90		
<i>F-SozU</i> „Praktische Unterstützung“ ^f	M	3.59	3.25	78.00	.24
	SD	.58	.87		
<i>F-SozU</i> „Soziale Integration“ ^f	M	3.25	3.06	91.50	.56
	SD	.46	.88		
<i>F-SozU</i> „Soziale Belastung“ ^f	M	2.40	2.57	88.00	.46
	SD	.88	.76		

(Fortsetzung)

		Ohne SPTBS nach <i>ICD-10</i>	Mit SPTBS nach <i>ICD-10</i>	Mann- Whitney- U-Test	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
<i>F-SozU</i> „Reziprozität“ ^{cf}	M	3.42	3.12	96.50	.50
	SD	.74	1.06		
<i>F-SozU</i> „Verfügbarkeit einer Vertrauensperson“ ^{cf}	M	4.03	3.68	79.00	.25
	SD	.97	.98		
<i>F-SozU</i> „Zufriedenheit mit sozialer Unterstützung“ ^{cf}	M	3.56	2.91	70.00	.08
	SD	.67	.99		

Anmerkung. Bei $\alpha=.05$ signifikante Variablen, die als unabhängige Variablen in Frage kommen, sind grau unterlegt.

^aSkalennamen zitiert nach Ehlers (1999, S. 94); ^bSkalennamen zitiert nach Maercker und Langner (2001, S. 156);

^cSkalennamen zitiert nach Erdmann und Janke (2008, S.91 und S. 101); ^dSkalennamen zitiert nach Maercker und Müller (2004, S. 349 aus dem Englischen); ^eSkalennamen zitiert nach Müller et al. (2000, S. 420); ^fSkalennamen zitiert nach Fydrich et al. (2007, S. 33).

Die Ergebnisse des Vergleichs von Probanden mit einer SPTBS nach *ICD-10* und ohne SPTBS nach *ICD-10* lassen folgende Interpretationen zu:

Je jünger die Probanden zum Zeitpunkt des Suizidversuchs waren, desto häufiger ist eine SPTBS nach *ICD-10*. Im Mittel beträgt dieser Unterschied 13.62 Jahre.

Je stärker die Intensität der Symptome einer akuten Belastungsstörung aufgrund des Suizidversuchs ist, desto häufiger ist eine SPTBS nach *ICD-10*. Allerdings bleibt der Mittelwert bei Probanden mit einer SPTBS nach *ICD-10* unterhalb des als prädiktiv für eine spätere SPTBS vorgeschlagenen Wertes von 56 (Bryant et al., 2000).

Je mehr Probanden einen negativen (stressvermehrenden) Copingstil haben, desto häufiger ist eine SPTBS nach *ICD-10*.

Je weniger Probanden einen stressreduzierenden Copingstil anhand von kognitiven „Um- und Abwertungsstrategien“ (Erdmann & Janke, 2008, S.101) benutzen, desto häufiger ist eine SPTBS nach *ICD-10*.

Je weniger Probanden eine Copingstil haben, der darauf abzielt, Situationen mit geplantem Handeln zu kontrollieren, desto häufiger eine SPTBS nach *ICD-10*.

Je weniger Probanden eine Copingstil haben, bei dem sich die Person selbst Kontrolle und Kompetenz zuspricht, desto häufiger eine SPTBS nach *ICD-10*.

Je mehr Probanden einen Copingstil haben, bei dem sie sich selbst die Schuld für Belastungen geben, desto häufiger eine SPTBS nach *ICD-10*.

Je höher der Schweregrad der SPTBS Symptomatik ist, desto häufiger ist eine SPTBS nach *ICD-10*.

Desweiteren ergeben sich folgende Trends (Ergebnisse, die bei $\alpha \leq .10$ noch signifikant sind):

Je höher die Wahrscheinlichkeit für eine Rettung aus dem Suizidversuch und/oder dessen Konsequenzen ist, desto häufiger eine SPTBS nach *ICD-10*.

Je depressiver Probanden zum Zeitpunkt des Suizidversuchs waren, desto häufiger ist eine SPTBS nach *ICD-10*. Dies bezieht sich nur auf *BDI*-Werte und konnte im *HAMD* nicht bestätigt werden.

Je mehr religiöse Veränderungen sich unmittelbar nach dem Suizidversuch und ein halbes Jahr später ergeben haben, desto häufiger ist eine SPTBS nach *ICD-10*.

Je mehr Probanden einen Copingstil haben, bei dem sie dazu neigen, aus einer belastenden Situation zu fliehen, desto häufiger ist eine SPTBS nach *ICD-10*.

Je weniger Probanden mit der sozialen Unterstützung in dem halben Jahr nach dem Suizidversuch zufrieden sind, desto häufiger ist eine SPTBS nach *ICD-10*.

4.3 Analyse des Schweregrads der SPTBS-Symptomatik

Anhand eines Mann-Whitney-U-Tests werden die dichotomen Variablen auf deren Zusammenhang mit dem Schweregrad einer PTBS-Symptomatik verglichen. Diese Variablen sind: das Geschlecht, der sozioökonomische Status (SES), das Vorhandensein einer Depression vor dem Suizidversuch, die akute Belastungsstörung als dichotome Variable (generiert aus der *ASDS* anhand des von Bryant et al. (2000) vorgeschlagenen Cut-Offs siehe Oberpunkt 1.2.4) und einer PTBS in der Vorgeschichte aufgrund eines anderen traumatischen Ereignisses.

Auf die Analyse des Zusammenhangs mit der Diagnose einer SPTBS nach *DSM-IV*, *ICD-10* und den beiden subsyndromalen SPTBS wird verzichtet, da dies bereits Gegenstand der beiden vorangegangenen Oberpunkte war, diese Variablen nur Varianten der abhängigen Variablen sind und nicht als Prädiktoren in die Regression einfließen werden.

Tabelle 38

Zusammenhang von Geschlecht, sozioökonomischer Status, akute Belastungsstörung als dichotomes Merkmal, Depression vor dem Suizidversuch und einer PTBS aufgrund eines anderen Ereignisses mit dem Schweregrad der SPTBS-Symptomatik

			Schweregrad der SPTBS- Symptomatik	Mann- Whitney-U	Asymptotische Signifikanz (2- seitig)
Geschlecht	Männlich	M	22.53	105.50	.08
		SD	18.11		
	Weiblich	M	34.32		
		SD	21.33		
SES	Niedrig	M	29.42	133.00	.73
		SD	18.35		
	Hoch	M	28.42		
		SD	21.84		
Akute Belastungs- störung als dichotome Variable	Ja	M	51.33	28.50	.01
		SD	19.94		
	Nein	M	24.23		
		SD	17.64		
Depression vor dem Suizidversuch	Ja	M	30.59	81.00	.25
		SD	18.28		
	Nein	M	22.00		
		SD	18.89		
PTBS	Ja	M	45.33	34.00	.02
		SD	18.61		
	Nein	M	25.43		
		SD	19.45		

Anmerkung. Bei $\alpha=.05$ signifikante Variablen, die als unabhängige Variablen in Frage kommen, sind grau unterlegt..

Das Ergebnis ergibt zwei unabhängige Variablen, welche als Prädiktor in die multiple Regression aufgenommen werden: Die aus der *ASDS* gebildete dichotome Variable zur akuten Belastungsstörung (nach Bryant et al., 2000) und das Vorliegen einer PTBS vor dem Suizidversuch aufgrund eines anderen traumatischen Ereignisses. Sie können wie folgt interpretiert werden: Probanden mit einer akuten Belastungsstörung (mit einem für eine PTBS prädiktiven Wert nach Bryant et al., 2000) unmittelbar nach dem Suizidversuch haben einen größeren Schweregrad der SPTBS-Symptomatik, als Patienten ohne akute

Belastungsstörung (unterhalb des für eine PTBS prädiktiven Wertes nach Bryant et al., 2000). Und Probanden mit einer vor dem Suizidversuch entstandenen PTBS aufgrund eines im *DSM-IV* definierten Ereignisses, haben ebenso einen größeren Schweregrad der SPTBS-Symptomatik.

Vor Berechnung der Produkt-Moment-Korrelation werden die Voraussetzungen geprüft: Die Werte sind intervallskaliert. Der Kolmogorov-Smirnov-Test wird bei keiner Variable signifikant. Somit kann angenommen werden, dass alle Variablen normalverteilt sind (Leonhart, 2009). Die optische Überprüfung der Streudiagramme zeigt ebenso keine nicht-linearen Zusammenhänge.

Allerdings sind vier Werte zu erkennen, welche mehr als 3 Standardabweichungen vom jeweiligen Mittelwert der (Sub-) Skala entfernt sind. Laut Bühner und Ziegler (2009) könnte dies ein Hinweis auf Ausreisserwerte sein. Bühner und Ziegler (2009) gehen davon aus, dass 99% der Werte unterhalb von 3 Standardabweichungen um den Mittelwert zu erwarten sind. Ist ein Wert darüber sollten die Streudiagramme betrachtet werden. Wenn der in Frage kommende Punkt weit außerhalb der anderen zu finden ist, sollte geprüft werden, ob es Gründe gibt, die für nicht valide Daten sprechen würden, wie z.B. mangelndes Verstehen der Skala durch den Probanden. Sollten derartige Gründe vorliegen, sollte die entsprechende Person aus dem Datensatz entnommen werden (Bühner & Ziegler, 2009). Betrachtet man die vier entsprechenden Werte im vorliegenden Datensatz unter diesem Blickwinkel ergibt sich folgendes Bild: Einmal handelt es sich um einen Wert, der die Anzahl an Suizidversuchen erfasst, dabei ergibt sich eine Abweichung um 3.53 Standardabweichungen. Dieser Wert liegt auch im Streudiagramm weit außerhalb. Allerdings wurde er im direkten Interview zum ersten Datenerhebungszeitpunkt erfasst. Dabei ergaben sich keine Anhaltspunkte, dass die Aussagen des Probanden nicht valide sein könnten, so dass angenommen wird, dass dieser Proband tatsächlich 7 Suizidversuche in seinem Leben unternommen hatte. Beim zweiten Wert handelt es sich, um die Anzahl an Diagnosen zum ersten Datenerhebungszeitpunkt (Abweichung um 3.31 SD vom Mittelwert). Dieser Wert liegt ebenso optisch entfernt von allen anderen Werten im Streudiagramm. Wie der vorangegangene Wert wurde er ebenso im direkten Interview anhand des *M-CIDI* erhoben. Dieses Interview ist valide (Reed et al., 1998). Zudem gibt es aus der Interviewsituation heraus keine Anhaltspunkte, die diesem widersprechen würden, so dass auch der Datensatz dieses Probanden nicht aus der Berechnung entfernt wird. Der dritte Wert bezieht sich auf eine Subskala der Posttraumatische Persönliche Reifungsskala erhoben zum Katamnesezeitpunkt („religiöse

Veränderung“ Maercker & Langner, 2001, S. 156). Auch dieser Wert liegt optisch im Streudiagramm entfernt von allen anderen (3.61 SD oberhalb des Mittelwertes). Allerdings handelt es sich bei dieser Probandin um eine Patientin des Max-Planck Instituts, die längere Zeit nach dem Suizidversuch dort behandelt wurde. Tatsächlich hatte sie sich nach dem Suizidversuch verstärkt mit ihrer Religion beschäftigt, so dass dieser Wert als valide angenommen wird und die Werte der Probandin nicht aus dem Datensatz entnommen werden. Zudem gibt es bei dieser Probandin aus dem Kontakt keinen Grund für die Annahme unrichtiger Angaben. Der vierte Wert bezieht sich auf eine Subskala des *SVF78* (Subskala „Herunterspielen“ Erdmann & Janke, 2008, S. 91). Er liegt mit 3.08 Standardabweichungen über dem Mittelwert in etwa an der Grenze für einen Ausreisserwert (Bühner & Ziegler, 2009). Dieser Wert liegt im Streudiagramm zwar entfernt von den anderen, aber nicht so weit, wie die anderen Werte. Es handelt sich bei dem Probanden um einen Patienten der LMU-Klinik, der in der Interviewsituation keinen Anhaltspunkt für nicht-valide Angaben bot. Deshalb und aufgrund der grenzwertigen Abweichung werden auch die Werte dieses Probanden im Datensatz belassen. Insgesamt betrachtet spricht vieles für die Validität der abweichenden Werte, so dass angenommen wird, dass diese Werte zur Validität der Ergebnisse beitragen und deshalb im Datensatz belassen werden.

In den folgenden Berechnungen wird nun anhand einer Produkt-Moment-Korrelation die Bedeutsamkeit des Zusammenhangs der intervallskalierten unabhängigen Variablen mit dem Schweregrad einer SPTBS analysiert.

Tabelle 39

Produkt-Moment-Korrelation zwischen dem Schweregrad einer SPTBS und dem Alter zum Zeitpunkt des Suizidversuchs, der Gefährlichkeit des Suizidversuchs, der Anzahl an Suizidversuchen in der Vorgeschichte, der Depressivität, der Ängstlichkeit, der Anzahl der komorbid vorhandener Achse-I-Störungen, des A2-Kriteriums einer PTBS nach DSM-IV, peritraumatischen Dissoziationen, einer akuten Belastungsstörung, den posttraumatischen kognitiven Veränderungen, der posttraumatischen Reifung, des Copingverhaltens, der sozialen Wertschätzung, Disclosure und sozialer Unterstützung inklusive Katamnese

Unabhängige Variable	Schweregrad einer SPTBS	
	Produkt-Moment-Korrelation	Signifikanz
Alter	-.39	.02
Gefährlichkeit des Suizidversuchs	-.06	.73
Risikofaktoren des Suizidversuchs	.10	.55
Rettungsfaktoren des Suizidversuchs	.18	.30
Anzahl der Suizidversuche in der Vorgeschichte	.09	.60
Depressivität (HAMD)	.26	.12
Depressivität (BDI)	.49	.01
Traitangst (STAI)	.53	< .01
Situative Angst (STAI)	.42	.02
Anzahl der komorbid vorhandenen Achse-I-Störungen zum Zeitpunkt des Suizidversuchs	.54	.01
A2-Kriterium (PDI)	.24	.16
Peritraumatische Dissoziationen (PDEQ)	.12	.50
Akute Belastungsstörung (ASDS)	.42	.01
Kognitive Veränderungen (PTCI) Gesamtwert	.35	.05
PTCI „negative Gedanken zum Selbst“ ^{ca}	.45	.01
PTCI „negative Gedanken über die Welt“ ^{ca}	.21	.23
PTCI „Selbstvorwürfe“ ^{ca}	.10	.57
Posttraumatische Reifung (PTR) Gesamtwert	-.13	.47
PTR „neue Möglichkeiten“ ^{cb}	-.13	.48

(Fortsetzung)

Unabhängige Variable	Schweregrad einer SPTBS	
	Produkt-Moment-Korrelation	Signifikanz
<i>PTR</i> „Beziehungen zu anderen“ ^b	-.12	.50
<i>PTR</i> „persönliche Stärken“ ^b	-.32	.07
<i>PTR</i> „Wertschätzung des Lebens“ ^b	-.16	.38
<i>PTR</i> „religiöse Veränderung“ ^b	.33	.07
<i>SVF 78</i> „Negativ-Strategien“ ^c	.40	.02
<i>SVF 78</i> „Um- und Abwertungsstrategien“ ^c	-.23	.12
<i>SVF 78</i> „Ablenkungs-/Kompensationsstrategien“ ^c	.11	.55
<i>SVF 78</i> „Kontrollstrategien“ ^c	-.24	.19
<i>SVF 78</i> „Herunterspielen“ ^c (Subskala)	-.36	.04
<i>SVF 78</i> „Schuldabwehr“ ^c (Subskala)	-.16	.38
<i>SVF 78</i> „Ablenkung“ ^c (Subskala)	.18	.31
<i>SVF 78</i> „Ersatzbefriedigung“ ^c (Subskala)	.02	.93
<i>SVF 78</i> „Situationskontrolle“ ^c (Subskala)	-.29	.11
<i>SVF 78</i> „Reaktionskontrolle“ ^c (Subskala)	.13	.48
<i>SVF 78</i> „positive Selbstinstruktion“ ^c (Subskala)	-.36	.04
Daten der Katamnese		
Depressivität (<i>BDI</i>)	.44	.02
Traitangst (<i>STAI</i>)	.35	.06
Situative Angst (<i>STAI</i>)	.16	.40
Kognitive Veränderungen (<i>PTCI</i>) Gesamtwert	.25	.18
<i>PTCI</i> „negative Gedanken zum Selbst“ ^a	.48	.01
<i>PTCI</i> „negative Gedanken über die Welt“ ^a	.12	.51
<i>PTCI</i> „Selbstvorwürfe“ ^a	.03	.87
Posttraumatische Reifung (<i>PTR</i>) Gesamtwert	.32	.09
<i>PTR</i> „neue Möglichkeiten“ ^b	.32	.09

(Fortsetzung)

Unabhängige Variable	Schweregrad einer SPTBS	
	Produkt-Moment-Korrelation	Signifikanz
<i>PTR</i> „Beziehung zu anderen“ ^{a,b}	.31	.09
<i>PTR</i> „persönliche Stärken“ ^{a,b}	.13	.51
<i>PTR</i> „Wertschätzung des Lebens“ ^{a,b}	.14	.46
<i>PTR</i> „religiöse Veränderung“ ^{a,b}	.48	.01
Soziale Wertschätzung Gesamtwert	-.36	.06
Soziale Wertschätzung „Anerkennung“ ^d	-.40	.04
Soziale Wertschätzung „generelles Unverständnis“ ^d	-.52	.01
Soziale Wertschätzung „familiäres Unverständnis“ ^d	.01	.97
<i>Disclosure</i> Gesamtwert	.28	.14
<i>Disclosure</i> „Bedingungen des Schweigens“ ^e	.31	.11
<i>Disclosure</i> „Bedingungen des Redens“ ^e	-.20	.30
<i>Disclosure</i> „Emotionale Reaktionen“ ^e	.36	.06
Soziale Unterstützung (<i>F-SozU</i>) Gesamtwert	-.29	.14
<i>F-SozU</i> „Emotionale Unterstützung“ ^{cf}	-.27	.16
<i>F-SozU</i> „Praktische Unterstützung“ ^{cf}	-.38	.04
<i>F-SozU</i> „Soziale Integration“ ^{cf}	-.16	.40
<i>F-SozU</i> „Soziale Belastung“ ^{cf}	.39	.04
<i>F-SozU</i> „Reziprozität“ ^f	-.01	.97
<i>F-SozU</i> „Verfügbarkeit einer Vertrauensperson“ ^f	-.15	.44
<i>F-SozU</i> „Zufriedenheit mit sozialer Unterstützung“ ^{cf}	-.22	.25

Anmerkung. Bei $\alpha=.05$ signifikante Variablen, die als unabhängige Variablen in Frage kommen, sind grau unterlegt.

^aSkalennamen zitiert nach Ehlers (1999, S. 94); ^bSkalennamen zitiert nach Maercker und Langner (2001, S. 156);

^cSkalennamen zitiert nach Erdmann und Janke (2008, S.91 und S.101); ^dSkalennamen zitiert nach Maercker und Müller

(2004, S. 349 aus dem Englischen); ^eSkalennamen zitiert nach Müller et al. (2000, S. 420); ^fSkalennamen zitiert nach

Fydrich et al. (2007, S. 33).

47.62 % (30) der errechneten Korrelationen sind als klein, 38.10 % (24) als mittel und 4.76 % (3) als groß einzustufen (nach Leonhart, 2009). Lediglich 9.52 % (6) der Korrelationen ergeben kein nennenswertes Ergebnis.

Aus der Korrelationsanalyse ergeben sich bedeutsame positive Zusammenhänge mit dem Schweregrad einer SPTBS-Symptomatik und dem Ausmaß an Depressivität unmittelbar nach dem Suizidversuch und zum Katamnesezeitpunkt, der Traitangst (unmittelbar nach dem Suizidversuch), der situativen Angst (unmittelbar nach dem Suizidversuch), dem Ausmaß an akuten Belastungsstörungssymptomen, den posttraumatischen kognitiven Veränderungen, den „negativen Gedanken zum Selbst“ (*PTCI*, Ehlers, 1999, S.94) unmittelbar nach dem Suizidversuch und zum Katamnesezeitpunkt, den stressvermehrenden Bewältigungsstrategien, dem Ausmaß an „religiösen Veränderungen“ (*PTR*, Maercker & Langner, 2001, S.156) und dem Ausmaß an „sozialen Belastungen“ (*F-SozU*, Fydrich et al., 2007, S. 33).

Bedeutsame negative Zusammenhänge mit dem Schweregrad einer SPTBS-Symptomatik ergeben sich mit der *SVF78* Subskala „Herunterspielen“ (Zuschreibung von eigenem geringerem Ausmaß an Stress, als bei anderen Personen; Erdmann & Janke, 2008, S. 91), dem Ausmaß an „positiver Selbstinstruktion“ (*SVF78*, Erdmann & Janke, 2008, S.91), mit dem Ausmaß an „Anerkennung“ und dem „generellen Unverständnis“ (Subskalen des Sozialen-Wertschätzung-Fragebogens; Maercker & Müller, 2004, S. 349).

4.4 Analyse der Veränderung der zu beiden Messzeitpunkten erhobenen Variablen

Anhand des Friedman-Tests wird analysiert, ob sich eine signifikante Veränderung im Vergleich zwischen den beiden Messzeitpunkten bei folgenden Variablen ergibt: Ausmaß an Depressivität gemessen mit dem *BDI*, Ausmaß der transsituationalen Angstbereitschaft gemessen mit dem *STAI* (als Hinweis für eine Angststörung nach Laux et al., 1981), posttraumatische kognitive Veränderungen gemessen mit dem *PTCI* und posttraumatische Reifung gemessen mit dem *PTR*. Diese Skalen wurden sowohl zum ersten, als auch zum zweiten Datenerhebungszeitpunkt erhoben. Die folgende Tabelle 40 zeigt die Ergebnisse der Analyse für Probanden mit vs. ohne einer SPTBS nach *ICD-10*.

Tabelle 40

Friedman-Test (SPTBS nach ICD-10) zum Vergleich der Veränderung folgender Variablen zwischen den beiden Messzeitpunkten: Ausmaß an Depressivität (BDI), Ausmaß an transsituationaler Angstbereitschaft (Traitangst STAI), posttraumatische kognitive Veränderungen (PTCI) und posttraumatischer Reifung (PTR)

Variable		Mit SPTBS nach ICD-10				Ohne SPTBS nach ICD-10			
		Rang	Chi ² -Wert	df	Asymptotische Signifikanz	Rang	Chi ² -Wert	df	Asymptotische Signifikanz
<i>BDI</i>	T1	1.85	6.23	1	.01	1.55	.09	1	.76
	T2	1.15				1.45			
Traitangst (<i>STAI</i>)	T1	1.57	.29	1	.59	1.54	.08	1	.78
	T2	1.43				1.46			
<i>PTCI</i> Gesamtwert	T1	1.60	.60	1	.44	1.31	1.92	1	.17
	T2	1.40				1.69			
<i>PTCI</i> „neg. Gedanken zum Selbst“ ^a	T1	1.47	.07	1	.80	1.31	1.92	1	.17
	T2	1.53				1.69			
<i>PTCI</i> „neg. Gedanken über die Welt“ ^a	T1	1.53	.08	1	.78	1.19	5.33	1	.02
	T2	1.47				1.81			
<i>PTCI</i> „Selbstwürfe“ ^a	T1	1.53	.07	1	.80	1.62	.69	1	.41
	T2	1.47				1.38			
<i>PTR</i> Gesamtwert	T1	1.47	.07	1	.80	1.62	.69	1	.41
	T2	1.53				1.38			
<i>PTR</i> „neue Möglichkeiten“ ^b	T1	1.47	.07	1	.80	1.62	.69	1	.41
	T2	1.53				1.38			
<i>PTR</i> „Beziehungen zu anderen“ ^b	T1	1.53	.07	1	.80	1.69	1.92	1	.17
	T2	1.47				1.31			
<i>PTR</i> „persönl. Stärken“ ^b	T1	1.33	1.67	1	.20	1.42	.33	1	.56
	T2	1.67				1.58			

(Fortsetzung)

Variable		Mit SPTBS nach <i>ICD-10</i>				Ohne SPTBS nach <i>ICD-10</i>			
		Rang	Chi ² -Wert	df	Asymptotische Signifikanz	Rang	Chi ² -Wert	df	Asymptotische Signifikanz
<i>PTR</i> „Wertschätzung des Lebens“ ^{a,b}	T1	1.50	.00	1	1.00	1.62	.82	1	.37
	T2	1.50				1.38			
<i>PTR</i> „religiöse Veränderung“ ^{a,b}	T1	1.50	.00	1	1.00	1.46	.14	1	.71
	T2	1.50				1.54			

Anmerkungen. Bei $\alpha=.05$ signifikante Variablen, die als unabhängige Variablen in Frage kommen, sind grau unterlegt
^aNamen der Subskalen zitiert nach Ehlers (1999, S. 94); ^bNamen der Subskalen zitiert nach Maercker und Langner (2001, S. 156).

Die Ergebnisse des Friedman-Tests zeigen einen bedeutsamen Unterschied im Ausmaß der Depressivität bei Probanden mit einer SPTBS nach *ICD-10*. Demnach unterscheiden sich die Ränge zwischen dem ersten und zweiten Datenerhebungszeitpunkt so, dass man von einer Verringerung der Depressivität zum Katamnesezeitpunkt im Vergleich zum ersten Datenerhebungszeitpunkt ausgehen kann.

Bei den Probanden ohne SPTBS nach *ICD-10* zeigt sich eine bedeutsame Steigerung nach einem halben Jahr im Ausmaß der „negativen Gedanken über die Welt“ (Ehlers, 1999, S.94).

Der Vergleich der beiden Datenerhebungszeitpunkten bei Probanden mit vs. ohne SPTBS nach *DSM-IV* ergibt folgende Ergebnisse:

Tabelle 41

Friedman-Test (SPTBS nach DSM-IV) zum Vergleich der Veränderung folgender Variablen zwischen den beiden Messzeitpunkten: Ausmaß an Depressivität (BDI), Ausmaß an transsituationaler Angstbereitschaft (Traitangst STAI), posttraumatische kognitive Veränderungen (PTCI) und posttraumatischer Reifung

Variable		Mit SPTBS nach <i>DSM-IV</i>				Ohne SPTBS nach <i>DSM-IV</i>			
		Rang	Chi ² -Wert	df	Asymptotische Signifikanz	Rang	Chi ² -Wert	Df	Asymptotische Signifikanz
<i>BDI</i>	T1	2.00	4.00	1	.05	1.65	1.80	1	.18
	T2	1.00				1.35			

(Fortsetzung)

Variable	Mit SPTBS nach <i>DSM-IV</i>					Ohne SPTBS nach <i>DSM-IV</i>				
	Rang	Chi ² - Wert	df	Asympto- tische Signifikanz	Rang	Chi ² - Wert	Df	Asymp- totische Signifi- kanz		
Traitangst (<i>STAI</i>)	T1	1.80	1.80	1	.18	1.50	.00	1	1.00	
	T2	1.20				1.50				
<i>PTCI</i>	T1	1.60	.20	1	.66	1.43	.39	1	.53	
Gesamtwert	T2	1.40				1.57				
<i>PTCI</i> „neg. Gedanken zum Selbst“ ^a	T1	1.80	1.80	1	.18	1.30	3.52	1	.06	
	T2	1.20				1.70				
<i>PTCI</i> „neg. Gedanken über die Welt“ ^a	T1	1.50	.00	1	1.00	1.35	2.33	1	.13	
	T2	1.50				1.65				
<i>PTCI</i> „Selbstvor- würfe“ ^a	T1	1.80	1.80	1	.18	1.52	.04	1	.84	
	T2	1.20				1.48				
<i>PTR</i>	T1	1.20	1.80	1	.18	1.61	1.09	1	.30	
Gesamtwert	T2	1.80				1.39				
<i>PTR</i> „neue Möglich- keiten“ ^b	T1	1.20	1.90	1	.18	1.61	1.09	1	.30	
	T2	1.80				1.39				
<i>PTR</i> „Be- ziehungen zu anderen“ ^b	T1	1.40	.20	1	.66	1.65	2.13	1	.14	
	T2	1.60				1.35				
<i>PTR</i> „persönl. Stärken“ ^b	T1	1.20	1.80	1	.18	1.41	.73	1	.39	
	T2	1.80				1.59				
<i>PTR</i> „Wert- schätzung des Lebens“ ^b	T1	1.40	.20	1	.66	1.59	.89	1	.35	
	T2	1.60				1.41				
<i>PTR</i> „reli- giöse Ver- änderung“ ^b	T1	1.40	1.00	1	.32	1.50	.00	1	1.00	
	T2	1.60				1.50				

Anmerkungen. Bei $\alpha=.05$ signifikante Variablen, die als unabhängige Variablen in Frage kommen, sind grau unterlegt.

^aNamen der Subskalen zitiert nach Ehlers (1999, S. 94); ^bNamen der Subskalen zitiert nach Maercker und Langner (2001, S. 156).

Damit ergibt sich bei Probanden mit einer SPTBS nach *DSM-IV* eine signifikante Veränderung im Schweregrad der Depressivität nach einem halben Jahr. Ebenso wie bei den Probanden mit einer SPTBS nach *ICD-10* zeigt sich hier auch eine bedeutsame Verbesserung des Ausmaßes an Depressivität.

Bei den Probanden ohne SPTBS nach *DSM-IV* zeigt sich im Vergleich der beiden Datenerhebungszeitpunkte ein Trend bei den „negativen Gedanken zum Selbst“ (Ehlers, 1999, S. 94). Diese werden im Verlauf stärker.

5 Multivariate Analyse

Zunächst werden die beiden kategorialen abhängigen Variablen analysiert. Dabei werden alle Variablen, die in der univariaten Analyse signifikant wurden anhand einer logistischen Regression auf den Zusammenhang mit einer SPTBS nach *ICD-10* und nach *DSM-IV* überprüft. Dann wird die abhängige Variable Schweregrad einer SPTBS anhand einer multiplen Regression analysiert. Die in der univariaten Analyse signifikanten Variablen SPTBS nach *ICD-10* bzw. *DSM-IV*, die beiden subsyndromalen SPTBS (nach Blanchard et al., 1995 und Stein et al., 1997) und der Schweregrad einer SPTBS werden aus der Analyse ausgenommen, da diese Variablen eine mögliche Variante der jeweils abhängigen Variable in der Regressionsgleichung darstellen. Zudem wurde deren enger vermuteter Zusammenhang bereits in der univariaten Analyse nachgewiesen, so dass man auch statistisch davon ausgehen kann, dass es sich dabei um Varianten der abhängigen Variable einer SPTBS nach *DSM-IV* bzw. *ICD-10* handelt.

5.1 Multivariate Analyse der SPTBS nach DSM-IV

Im Folgenden werden nun die in der univariaten Analyse signifikanten Variablen auf deren multivariaten Zusammenhang mit einer SPTBS nach *DSM-IV* überprüft. Diese Variablen sind: die Traitangst zum ersten Datenerhebungszeitpunkt, die Anzahl der komorbid vorhandenen Achse-I-Störungen zum Zeitpunkt des Suizidversuchs, die Kontrollstrategien nach dem *SVF78*, der Gesamtwert für die posttraumatische Reifung, die Subskala der posttraumatischen Reifung „neue Möglichkeiten“, die Subskala der posttraumatischen Reifung „persönliche Stärken“ (Maercker & Langner, 2001, S.156) und die Subskala des *F-SozU* „Soziale Belastung“ (Fydrich et al., 2007, S. 33).

Die fehlenden Werte wurden für die Berechnung wiederum durch den Mittelwert der anderen Probanden ersetzt. Die fehlenden Werte sind: 7 fehlende Werte bei der Subskala des

F-SozU „Soziale Belastung“ (Fydrich et al., 2007, S. 33), je 6 fehlende Werte bei den Werten der Skala zur posttraumatischen Reifung, 5 fehlende Werte bei dem *STAI* zur Traitangst und 3 fehlende Werte bei den „Kontrollstrategien“ nach dem *SVF78* (Erdmann & Janke, 2008, S.101).

Hier wurde die logistische Regression mit der Methode vorwärts schrittweise gewählt. Bei der Methode rückwärts schrittweise hätten sich in diesem Fall bessere Gütemaße ergeben, die einen Zusammenhang mit einer in der Gleichung aufgenommenen dritten unabhängigen Variable (Gesamtwert der posttraumatischen Reifungsskala, Maercker & Langner, 2001) zeigte. Dennoch war dieser Prädiktor nicht signifikant (auch nicht auf einem erweiterten Alpha-Niveau von $\leq .10$).

In dem gewählten Modell sind enthalten: die Anzahl der komorbid vorhandenen Achse-I-Störungen zum Zeitpunkt des Suizidversuchs und die Subskala der posttraumatischen Reifungsskala „neue Möglichkeiten“ (Maercker & Langner, 2001, S. 156). Das Ergebnis der Berechnung zeigt Tabelle 42:

Tabelle 42

Logistische Regression (Methode „vorwärts schrittweise“) zur abhängigen Variable SPTBS nach DSM-IV mit den Prädiktoren: Anzahl der komorbid vorhandenen Achse-I-Störungen zum Zeitpunkt des Suizidversuchs (Anzahl Diagnosen) und die Subskala der posttraumatischen Reifungsskala (PTR) „neue Möglichkeiten“^a zum Katamnesezeitpunkt

	Regressionskoeffizient unstandardisiert	Standardfehler	df	Signifikanz
Schritt 1				
Anzahl Diagnosen	.78	.36	1	.03
Konstante	-3.25	1.06	1	< .01
Schritt 2				
Anzahl Diagnosen	.88	.43	1	.04
„neue Möglichkeiten“ ^a	.28	.13	1	.03
Konstante	-9.03	3.27	1	.01

Anmerkung . Nagelkerkes- R^2 =.50, α =.05

^a Subskala zitiert nach Maercker und Langner (2001, S. 156).

Im ersten Schritt beträgt das Nagelkerkes- R^2 .27, im zweiten Schritt .50, d.h. 50 % der Varianz einer SPTBS nach *DSM-IV* wird durch die beiden signifikanten unabhängigen Variablen aufgeklärt. Dieser Wert gilt als sehr gut (Backhaus et al., 2010).

Die Analyse der Klassifikationsergebnisse zeigt, dass nach dem Modell 96.6 % der Probanden richtig den Probanden zugeordnet werden, die keine SPTBS nach *DSM-IV* haben. Ein Proband wird fälschlicherweise den Probanden mit einer SPTBS nach *DSM-IV* zugeordnet. 57.1 % der Probanden werden richtigerweise den Probanden mit einer SPTBS nach *DSM-IV* zugeordnet. Von den Probanden, die eine SPTBS nach *DSM-IV* haben, werden drei fälschlicherweise der Gruppe ohne SPTBS zugewiesen. Damit ist die Spezifität dieses Modells besser, als dessen Sensitivität. Insgesamt betrachtet ist das Modell um 8.3 %-Punkte besser als der Zufall (Backhaus et al., 2010).

Der Hosmer-Lemeshow-Test zeigt eine Signifikanz von .81. Somit unterscheiden sich beobachtete und vorhergesagte Werte nicht signifikant (Backhaus et al., 2010).

Der Omnibus-Test der Modellkoeffizienten zeigt für das Modell nach dem 2. Schritt eine Signifikanz von $< .01$. Damit ist das Modell signifikant besser als der Zufall (Fromm, 2005).

Das Ergebnis der logistischen Regression lässt sich folgendermaßen interpretieren:

Je mehr komorbide Diagnosen Probanden unmittelbar nach dem Suizidversuch haben, desto wahrscheinlicher ist eine spätere SPTBS nach dem *DSM-IV*.

Je mehr Probanden ein halbes Jahr nach dem Suizidversuch den Eindruck haben, dass sich durch den Suizidversuch positive „neue Möglichkeiten“ (Maercker & Langner, 2001, S. 91) in ihrem Leben ergeben, desto wahrscheinlicher ist eine SPTBS nach dem *DSM-IV*.

5.2 Multivariate Analyse der SPTBS nach ICD-10

Die folgenden in der univariaten Analyse signifikant gewordenen Variablen werden mit einer logistischen Regression auf deren multivariaten Zusammenhang geprüft: Geschlecht, Alter zum Zeitpunkt des Suizidversuchs, akute Belastungsstörung, die „Negativ-Strategien“ des *SVF78*, „Um- und Abwertungsstrategien“ des *SVF78* (Erdmann & Janke, 2008, S.101), Subskala „Situationskontrolle“ des *SVF78*, Subskala „positive Selbstinstruktion“ des *SVF78* und die Subskala „Selbstbeschuldigung“ des *SVF78* (Erdmann & Janke, 2008, S. 91).

Die fehlenden Werte wurden wiederum für diese Analyse durch die Mittelwerte der anderen Probanden ersetzt. Dies wurde bei je 3 Probanden bei folgenden Skalen gemacht: die „Negativ-Strategien“ des *SVF78*, „Um- und Abwertungsstrategien“ des *SVF78* (Erdmann & Janke, 2008, S.101), Subskala „Situationskontrolle“ des *SVF78*, Subskala „positive Selbstinstruktion“ des *SVF78* und die Subskala „Selbstbeschuldigung“ des *SVF78* (Erdmann & Janke, 2008, S. 91). Ebenso wurde das Alter bei 2 Probanden durch den Mittelwert der restlichen Probanden ersetzt.

Für die logistische Regression wurde wieder die Methode „vorwärts schrittweise“ gewählt. Alle anderen Methoden ergeben schlechtere Werte im Hinblick auf die Gütemaße des Modells. Dabei werden drei Schritte berechnet. Darin enthalten sind folgende Variablen: Alter zum Zeitpunkt des Suizidversuchs, akute Belastungsstörung und Subskala „Situationskontrolle“ des SVF78 (Erdmann & Janke, 2008, S. 91). Das Ergebnis zeigt Tabelle 43.

Tabelle 43

Logistische Regression (Methode „vorwärts schrittweise“) zur abhängigen Variable SPTBS nach ICD-10 mit den Prädiktoren Alter zum Zeitpunkt des Suizidversuchs, akute Belastungsstörung (ASDS) und Subskala „Situationskontrolle“^a des SVF78

	Regressionskoeffizient unstandardisiert	Standardfehler	df	Signifikanz
Schritt 1				
Alter	-.11	.04	1	.01
Konstante	4.77	1.80	1	.01
Schritt 2				
Alter	-.12	.05	1	.01
Akute Belastungsstörung	.08	.03	1	.02
Konstante	1.53	2.24	1	.50
Schritt 3				
Alter	-.13	.05	1	.01
Akute Belastungsstörung	.10	.04	1	.02
SVF78 „Situationskontrolle“ ^a (Subskala)	-.20	.10	1	.06
Konstante	4.11	2.94	1	.16

Anmerkung. Nagelkerkes-R²=.61, α =.05

^a Subskala zitiert nach Erdmann und Janke (2008, S. 91).

Im ersten Schritt ergibt sich ein Nagelkerkes-R² von .36, im zweiten Schritt von .52 und im dritten Schritt von .61. Damit ist im dritten Schritt 61 % der Varianz einer SPTBS nach ICD-10 durch die drei unabhängigen Variablen aufgeklärt. Dieser Wert gilt als sehr gut (Backhaus et al., 2010).

Die Analyse der Klassifikationsergebnisse zeigen die besten Ergebnisse nach dem 2. Schritt. Demnach werden 82.4 % (3 Probanden sind falsch zugeordnet) der Probanden richtigerweise den Probanden ohne eine SPTBS nach *ICD-10* zugewiesen. 89.5 % (2 Probanden sind falsch zugeordnet) der Probanden werden richtigerweise den Probanden mit einer SPTBS nach *ICD-10* zugewiesen. Damit ist die Sensitivität des Modells im zweiten Schritt besser, als die Spezifität. Im dritten Schritt werden 76.5 % (4 Probanden sind falsch zugeordnet) richtigerweise den Probanden ohne SPTBS nach *ICD-10* zugeordnet und 84.2 % sind richtigerweise den Probanden mit einer SPTBS nach *ICD-10* zugeordnet. Damit ist auch im dritten Schritt die Sensitivität des Modells besser, als die Spezifität. Insgesamt ist das Modell um 27.8 %-Punkte besser als der Zufall (Backhaus et al., 2010).

Der Hosmer-Lemeshow-Test ergibt im letzten Schritt einen Alpha-Wert von .97. Somit kann die Nullhypothese, dass sich vorhergesagte und beobachtete Werte nicht bedeutsam unterscheiden, angenommen werden (Backhaus et al., 2010).

Der χ^2 -Wert für den Omnibus-Test der Modellkoeffizienten ergibt für das gesamte Modell nach dem 3. Schritt eine Signifikanz von $< .01$. Das Modell ist somit besser, als der Zufall (Fromm, 2005).

Das Ergebnis der logistischen Regression im Bezug auf die einzelnen Prädiktoren kann folgendermaßen interpretiert werden:

Je jünger die Probanden zum Zeitpunkt des Suizidversuchs sind, desto wahrscheinlicher ist eine spätere SPTBS nach *ICD-10*.

Je intensiver die Symptome einer akuten Belastungsstörung nach dem Suizidversuch sind, desto wahrscheinlicher ist eine spätere SPTBS nach *ICD-10*.

Es zeigt sich zudem folgender Trend: Je weniger Probanden dazu neigen, Situationen zu kontrollieren (Analyse von Situationen und geplante und ausgeführte Problemlösung nach Erdmann & Janke, 2008), desto wahrscheinlicher ist eine SPTBS nach *ICD-10*.

5.3 Multivariate Analyse des Schweregrads der SPTBS-Symptomatik

Wie bereits in den beiden vorangegangenen multivariaten Analysen werden auch hier die in der univariaten Analyse signifikanten Variablen anhand einer multiplen Regression auf deren Zusammenhang mit dem Schweregrad der SPTBS-Symptomatik überprüft. Diese sind: das Ausmaß an Depressivität unmittelbar nach dem Suizidversuch und zum Katamnesezeitpunkt, die Traitangst und die situative Angst unmittelbar nach dem Suizidversuch, die akute Belastungsstörung (*ASDS* Ausmaß an akuten

Belastungsstörungssymptomen), die posttraumatischen kognitiven Veränderungen als Gesamtwert, das Ausmaß an „negativen Gedanken zum Selbst“ (*PTCI* – Subskala; Ehlers, 1999, S.94) unmittelbar nach dem Suizidversuch und zum Katamnesezeitpunkt, die „Negativ-Strategien“ des *SVF78* (Erdmann & Janke, 2008, S.101), das Ausmaß an „religiösen Veränderungen“ (*PTR*-Subskala, Maercker & Langner, 2001, S. 156) und das Ausmaß an „sozialen Belastungen“ (*F-SozU*-Subskala, Fydrich et al, 2007, S.33), die Subskalen des *SVF78* „Herunterspielen“ und „positive Selbstinstruktion“ (*SVF78*, Erdmann & Janke, 2008, S. 91), das Ausmaß an „Anerkennung“ und das „generelle Unverständnis“ (Subskalen des soziale Wertschätzung Fragebogens, Maercker & Müller, 2004, S. 349).

Die fehlenden Werte bezogen auf die 30 Probanden, die das Selbstrating zum Katamnesezeitpunkt ausgefüllt haben, wurden wiederum für die Berechnung durch die Mittelwerte der anderen Probanden ersetzt. Die fehlenden Werte sind: 2 fehlende Werte beim Alter, 5 fehlende Werte beim *BDI* zum Zeitpunkt der Ersterhebung und ein fehlender Wert zum Katamnesezeitpunkt, 1 fehlender Werte beim *F-SozU*, je 1 fehlender Werte beim *SVF78* und dessen Subskalen mit Ausnahme der Subskala „Herunterspielen“ (Erdmann und Janke, 2008, S.91) mit 2 fehlenden Werten, 3 fehlende Werte beim *STAI* und 3 fehlende Werte beim *Fragebogen zur Offenlegung traumatischer Erfahrung (Disclosure)*.

In der Regressionsgleichung enthalten sind: die Subskala des *PTCI* „negative Gedanken zum Selbst“ (Ehlers, 1999, S.94) unmittelbar nach dem Suizidversuch und die Subskala des *PTR* „religiöse Veränderungen“ (Maercker & Langner, 2001, S. 156) zum Katamnesezeitpunkt. Das Ergebnis der Berechnung zeigt Tabelle 44:

Tabelle 44

Multiple Regression (Methode „vorwärts schrittweise“) zur abhängigen Variable Schweregrad einer SPTBS mit den Prädiktoren: die Subskala des PTCI „negative Gedanken zum Selbst“^a unmittelbar nach dem Suizidversuch und die Subskala des PTR „religiöse Veränderungen“^b zum Katamnesezeitpunkt

Variable	Regressions- koeffizient unstandardi- siert	Standard- fehler	Regressions- koeffizient standardisiert	Signifikanz
1. Schritt				
(Konstante)	3.56	8.42		.68
„Negative Gedanken zum Selbst“ ^a	7.40	2.41	.52	.01

(Fortsetzung)

Variable	Regressions- koeffizient unstandardi- siert	Standard- fehler	Regressions- koeffizient standardisiert	Signifikanz
2. Schritt				
(Konstante)	-3.56	8.29		.67
„Negative Gedanken zum Selbst“ ^a	6.07	2.29	.42	.01
„religiöse Veränderungen“ ^b	2.87	1.20	.38	.02

Anmerkungen. $R^2 = .40$; Korrigiertes $R^2 = .36$, $\alpha = .05$.

^aSubskala zitiert nach Ehlers (1999, S. 94); ^bSubskala zitiert nach Maercker und Langner (2001, S. 156).

Anhand des korrigierten R^2 kann festgestellt werden, dass 36% der Varianz des Schweregrads einer SPTBS-Symptomatik durch die beiden Prädiktoren erklärt werden können. Dies kann als starker Effekt eingeordnet werden (Bühner & Ziegler, 2009).

Abbildung 6 zeigt anhand eines Streudiagramms das Ergebnis der multiplen Regression, bei der standardisierter Schätzwert und tatsächlicher Wert gegenüber gestellt werden.

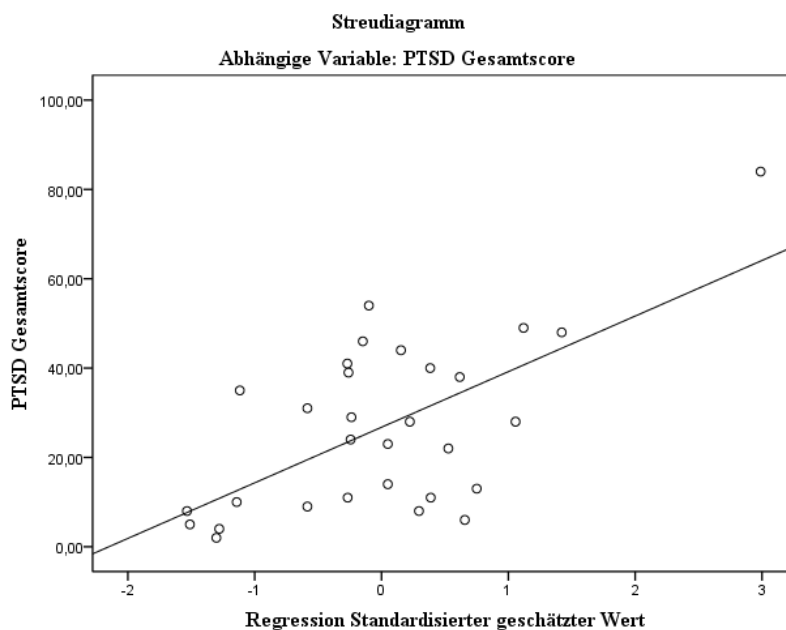


Abbildung 6. Regressionsgerade mit den tatsächlich gemessenen und geschätzten Werten

Die Normalverteilung der Störgrößen wurde mit dem Kolmogorov-Smirnov-Test errechnet. Dabei kann auf einem Konfidenzniveau von .99 die Nullhypothese nicht

verworfen werden. Somit kann von einer Normalverteilung der Residuen ausgegangen werden (Backhaus et al., 2010). Zur grafischen Darstellung siehe folgende Abbildung 7:

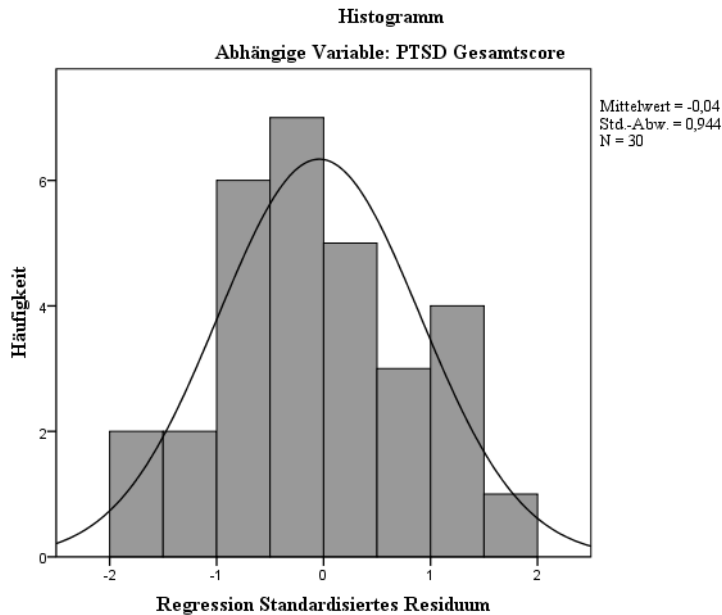


Abbildung 7. Histogramm der Störgrößen im Vergleich zu einer Normalverteilung

Die Überprüfung der Autokorrelation erfolgte anhand des Durbin-Watson-Tests. Dieser ergibt einen Wert von $d=0,72$. Dieser Wert gilt als problematisch (Bühner & Ziegler, 2009). Somit ist die Voraussetzung, dass die Fehler nicht korrelieren dürfen verletzt. Lt. Backhaus et al. (2010) macht dieser Test nur bei Zeitreihendaten Sinn. Aus diesem Grund wird dieser Aspekt nicht weiter betrachtet.

Der Goldfeldt/Quandt-Test zur Überprüfung von Homoskedastizität ergibt einen F-Wert von 3.89. Der empirische F-Wert liegt bei 1.02. Somit kann die Nullhypothese nicht verworfen werden und es kann von Homoskedastizität ausgegangen werden. Ebenso ist damit die Voraussetzung der Linearität erfüllt (Backhaus, 2010). Zur optischen Überprüfung der Homoskedastizität siehe auch folgendes Streudiagramm der Residuen (Abbildung 8). Das Streudiagramm zeigt die Abweichung der gemessenen Werte von der Nulllinie an. Die Regression könnte zu 100% alle Werte des Kriteriums vorhersagen, wenn alle Punkte genau auf der Nulllinie liegen würden (Backhaus et al., 2010).

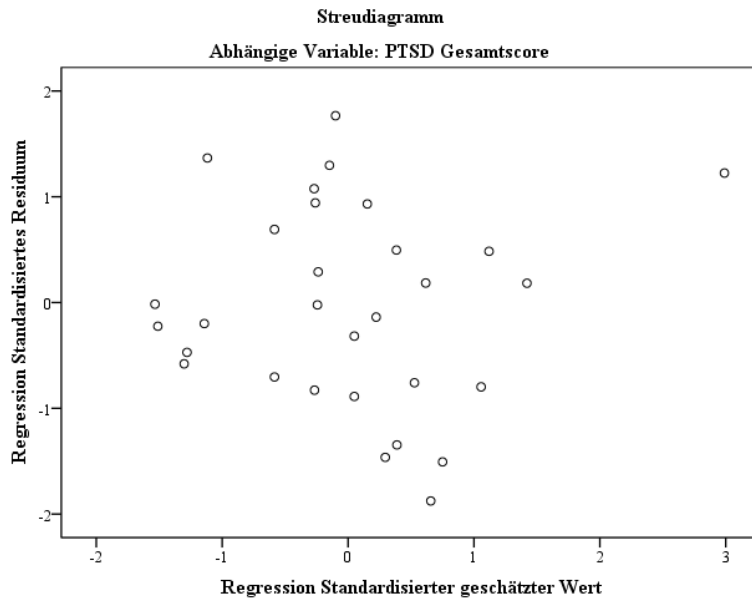


Abbildung 8. Streudiagramm zur Überprüfung der Modellvoraussetzung Homoskedastizität.

Der VIF-Wert zur Überprüfung von Multikollinearität ergibt im ersten Schritt einen Wert von 1.0 und im zweiten Schritt einen Wert von 1.06. Da dieser deutlich unter dem kritischen Wert von 10 liegt, kann somit davon ausgegangen werden, dass keine Multikollinearität vorliegt (Bühner & Ziegler, 2009).

Das Ergebnis der multiplen Regression kann folgendermaßen interpretiert werden:
Je mehr sich Probanden unmittelbar nach dem Suizidversuch posttraumatisch-negative Gedanken über sich selbst machen, desto schwerer ist die SPTBS-Symptomatik.

Je mehr „religiöse Veränderungen“ (Subskala zitiert nach Maercker und Langner, 2001, S. 156.) sich zum Zeitpunkt der Katamnese ergeben, desto schwerer ist die SPTBS-Symptomatik.

VII DISKUSSION

Das Ziel der vorliegenden Arbeit war zum einen, eine validere Datenerhebung zu einer SPTBS, als in der Diplomarbeit in der der entsprechende Suizidversuch gute 11 Jahre zurücklag (Bill, 2008). Somit wurden die prä- und peritraumatischen Teile der Variablen unmittelbar nach dem Suizidversuch erhoben und die posttraumatischen Variablen ein halbes Jahr nach dem Suizidversuch. Es ist davon auszugehen, dass beides so zeitnah erhoben wurde, dass die Probanden sich gut erinnern konnten. Die Validität der vorliegenden Daten ist damit besser, als dies in der Diplomarbeit der Fall war. Zum anderen war das Ziel dieser Arbeit, Daten zu erheben, die Aufschluss über die Ähnlichkeit zwischen einer PTBS und einer SPTBS geben könnten. Dies ist deshalb von Interesse, da einer SPTBS im Unterschied zu einer PTBS ein selbstinduziertes Ereignis zugrunde liegt. Dabei wurden Variablen gewählt, die spezifisch für eine PTBS sind. Außerdem spielte bei der Auswahl der zu erhebenden Daten deren praktisch-therapeutische Relevanz eine Rolle. Im Folgenden werden nun die SPTBS-Ergebnisse in die im Theorieteil beschriebenen PTBS-Ergebnisse eingeordnet:

In der vorliegenden Studie haben 19.44% der Probanden eine SPTBS nach *DSM-IV*. Diese Rate entspricht in etwa der Rate nach einem körperlichen Angriff bei Frauen (21.3%; Perkonig et al., 2000) bzw. der Rate bei körperlichem Missbrauch im Kindesalter bei Männern (22.3%; Kessler et al., 1995). Dies erscheint plausibel, da bei einem Suizidversuch ebenso mit physischen Verletzungen zu rechnen ist (siehe Definition Bille-Brahe et al., 1995). Im Vergleich zu den vorliegenden Ergebnissen hatten 48% der Probanden der Diplomarbeit eine SPTBS nach *DSM-IV* (Bill, 2008). Möglicherweise spielt dabei die zeitliche Latenz zwischen dem Suizidversuch und der Befragung in dem Sinne eine Rolle, dass von Probanden der Beginn einer Symptomatik nicht mehr exakt dem Suizidversuch zuzuordnen ist. Wahrscheinlich spielen auch die unterschiedlichen Diagnoseinstrumente eine Rolle. So gilt beim *CAPS* ein diagnostisches Kriterium erst als erfüllt, wenn es mindestens in einer Intensität von 2 vorliegt (Weathers et al., 1999). Hingegen ist beim *M-CIDI* die Intensität der Symptome für das Zutreffen eines diagnostischen Kriteriums unerheblich (Wittchen & Pfister, 1997).

Im Mittel waren die Probanden dieser Studie 39.67 Jahre alt, die Frauen 38.19 Jahre und die Männer 41.20 Jahre alt. Damit sind die Probanden über dem Altersdurchschnitt, an dem Suizidversuche am häufigsten begangen werden (Schmidtke & Löhr, 2004). 27.3 % der Frauen und 28.6 % der Männer dieser Studie waren zum Zeitpunkt des Suizidversuchs

verheiratet, dies entspricht in etwa den Zahlen bei Schmidtke und Löhr (2004); (Frauen sind dort etwas häufiger verheiratet). Ebenso ist bei Schmidtke und Löhr (2004) der Anteil an noch nie verheirateten Frauen mit einem Suizidversuch mit 40 % vs. in der vorliegenden Studie mit 54.5 % deutlich geringer. Hingegen waren in der vorliegenden Studie 42.9 % der Männer und bei Schmidtke und Löhr (2004) 48 % der Männer noch nie verheiratet. Bis zu einem Alter von 50 Jahren begehen Frauen häufiger Suizidversuche, als Männer (Schmidtke et al., 2005; Bronisch, 2007). In der vorliegenden Studie ist der Anteil der Männer mit 48.8 % fast annähernd so hoch, wie der der Frauen mit 51.2 %. Alle diese Zahlen sprechen dafür, dass die vorliegende Stichprobe hinsichtlich dieser Daten nicht exakt dem Bundesdurchschnitt entspricht.

Die Gefährlichkeit der Suizidversuche in der vorliegenden Studie zeigt, dass die gesamte Bandbreite der Gefährlichkeit nicht vertreten ist. Der in der Stichprobe vertretene maximale Wert liegt um ca. 29 % unter dem möglichen maximalen Wert der Risk-Rescue-Scale (*RRS*) (Weisman & Worden, 1972). Ebenso ist der Mittelwert der Gefährlichkeit bei den Probanden mit einer SPTBS nach *DSM-IV* mit $M=42.23$ kleiner, als bei den Probanden mit einer SPTBS nach *DSM-IV* in der Diplomarbeit mit $M=47.36$ (Bill, 2008). Dies trifft ebenso auf den Mittelwertsunterschied zwischen Probanden mit vs. ohne SPTBS nach *DSM-IV* zu (in der Diplomarbeit 7.4 und in der vorliegenden Studie 1.74) (Bill, 2008). Deshalb ergibt die Gefährlichkeit des Suizidversuchs möglicherweise im Unterschied zur Diplomarbeit (Bill, 2008) in der vorliegenden Studie keinen signifikanten Effekt. Diese Beobachtung stimmt mit der Meta-Analyse von Ozer et al. (2003) überein, wonach die wahrgenommene Lebensbedrohung einen stärkeren Zusammenhang mit einer späteren PTBS aufwies, je mehr Zeit zwischen dem traumatischen Ereignis und der Datenerhebung lag. In der Diplomarbeit war die Zeit dazwischen im Mittel über 11 Jahre und in der vorliegenden Studie maximal 4 Wochen (Bill, 2008). Die Risk-Rescue-Scale erfasst v.a. die tatsächliche Lebensbedrohung (Weisman & Worden, 1972). Damit ist dieser Befund konsistent mit Befunden, die ebenfalls keinen Zusammenhang einer PTBS-Symptomatik mit der objektiven Schwere eines traumatischen Ereignisses fanden (Schnyder et al., 2001; Gabert-Quillen et al., 2011). Ein weiterer Grund könnte darin bestehen, dass es zwischen den Stichproben tatsächlich bedeutsame Unterschiede in dem Ausmaß an Gefährlichkeit der Suizidversuche gibt. Wie bereits erwähnt ist bei Betrachtung der Mittelwerte das Ausmaß der Gefährlichkeit der Suizidversuche in der Diplomarbeit größer (Bill, 2008). Wobei nicht klar ist, ob dieser Unterschied bedeutsam ist.

Die Häufigkeit an verwandten Suizidversuchsmethoden entspricht in etwa der in der Literatur berichteten (vgl. Bronisch, 2007).

Im Hinblick auf das auslösende Ereignis für den Suizidversuch könnte man folgern, dass nicht alle Probanden die Absicht hatten zu sterben. So werden von einigen Probanden interpersonelle Gründe genannt, die möglicherweise darauf schließen lassen, dass der Suizidversuch zur Kommunikation von Bedürfnissen, wie die Beeinflussung anderer oder die Fürsorge von anderen zu erhalten genutzt wurde analog der Studie von Hjelmeland et al. (2002). Wenn diese Motive im Vordergrund stehen, aber im Laufe des Suizidversuch die mögliche Letalität des Versuchs bewusst wird, erscheint die Erfüllung des A2-Kriteriums nach dem *DSM-IV* intellektuell nachvollziehbar.

Bei der Analyse der SPTBS nach *ICD-10* bestätigt sich die Hypothese, dass Frauen häufiger erkranken, als Männer (siehe z.B. Kessler et al., 1995, Tolin & Foa, 2006). Bei einer SPTBS nach *DSM-IV* konnte dieses Ergebnis nicht bestätigt werden. Allerdings lässt sich das signifikante Ergebnis bei einer SPTBS nach *ICD-10* in der multivariaten Analyse nicht bestätigen. Möglicherweise ist der Varianzanteil für das Geschlecht im multivariaten Zusammenhang in einer anderen Variablen enthalten. Bei Betrachtung des Schweregrads einer SPTBS ergibt sich ebenso ein Trend, der darauf hindeutet, dass Frauen einen höheren SPTBS-Schweregrad aufweisen, als Männer. Damit sind zumindest zum Teil die Ergebnisse konsistent mit dem Theorieteil (Kessler et al., 1995; Breslau et al., 1998; Tolin & Foa, 2006; Perskonigg et al., 2000; Brewin et al., 2000).

Sowohl im univariaten als auch multivariaten Vergleich sind Probanden mit einer SPTBS nach *ICD-10* bedeutsam jünger, als ohne SPTBS nach *ICD-10*. Dies entspricht der Hypothese und ist konsistent mit Brewin et al. (2000) und Parto et al. (2011) aus dem Theorieteil. Interessanterweise konnte dieses Ergebnis wiederum nicht bei einer SPTBS nach *DSM-IV* repliziert werden. Allerdings ist die Korrelation Alter mit Schweregrad einer SPTBS eines Suizidversuchs bedeutsam und in der Höhe als mittel einzuordnen (lt. Leonhart, 2009). Dennoch spielt sie bei dem Schweregrad einer SPTBS als Kriterium im multivariaten Vergleich keine Rolle mehr.

Hoher vs. niedriger sozioökonomischer Status spielt als Faktor bei keiner der beiden SPTBS Varianten eine Rolle. Dies könnte u.a. an der Validität des sozioökonomischen Status liegen. Da keine Daten über das tatsächliche Einkommen und dem Vermögensstatus der Probanden vorlagen, wurde dafür der aktuelle Beschäftigungsstatus herangezogen. Das könnte der Grund sein, weshalb im Unterschied zu Brewin et al. (2000) und Perkonigg et al.

(2000) kein signifikanter Effekt gefunden wurde. Diesem Argument widerspricht z.T. der Studie von Lommen et al. (2009), die bei arbeitslosen Probanden höhere PTBS-Prävalenzen fanden. Diese Probanden waren in der vorliegenden Studie ebenso einem niedrigen SES zugeordnet.

Die Probanden dieser Studie wurden im *CAPS* ein halbes Jahr nach dem Suizidversuch nach dem A2-Kriterium einer PTBS nach dem *DSM-IV* gefragt. Alle Probanden gaben dabei an, sich während des Suizidversuchs „hilflos“ gefühlt (einige auch „entsetzt“ und/oder „ängstlich“) zu haben. Zur genauen Überprüfung dieses Kriteriums wurde der *PDI* zum ersten Datenerhebungszeitpunkt von den Probanden ausgefüllt. Dabei liegt der Mittelwert (23.61) etwas über dem von Nishi et al. (2010) vorgeschlagenen kritischen Wert von 23. Mehr als die Hälfte der Probanden kommen über diesen kritischen Wert. Im Vergleich dazu hatten die Polizisten in der Validierungsstudie des *PDI* von Brunet et al. (2001) mit verschiedenen traumatischen Ereignissen im Mittel einen Summenscore von 15.1. Betrachtet man die Mittelwerte zwischen Probanden mit vs. ohne einer SPTBS nach *ICD-10* oder *DSM-IV*, so sind die Probanden mit einer SPTBS nach *ICD-10/DSM-IV* über diesem kritischen Wert. Allerdings sind die Unterschiede zwischen den Probanden mit und ohne Diagnose so gering, dass kein bedeutsamer Unterschied festgestellt werden kann. Hinsichtlich des Schweregrads einer SPTBS ergibt sich mit dem *PDI* eine nicht-signifikante Korrelation von .24. Diese Korrelation ist als klein zu bezeichnen (Leonhart, 2009). Kraemer et al. (2006) konnten mit dem A1- und A2-Kriterium zusammen nach dem *DSM-IV* 7.5% der Schwere einer PTBS Symptomatik aufklären. Dies gilt ebenso als kleiner Effekt (Bühner & Ziegler, 2009). Insgesamt weist das Ergebnis hinsichtlich des A2-Kriteriums nach dem *DSM-IV* eine Konsistenz mit der Studie von Karam et al. (2010) auf, in der in Relation zu anderen PTBS-Symptomen das A2-Kriterium um ein vielfaches häufiger erfüllt war (37.6% vs. 5.4% - 9.6%).

73.2% der Probanden hatten während des Suizidversuchs klinisch bedeutsame Dissoziationen. Wie bereits diese Zahl vermuten lässt, ergibt sich bei den Signifikanztests dabei kein Zusammenhang mit einer späteren SPTBS. Die Korrelation mit der Schwere der SPTBS-Symptomatik ist ebenso nicht signifikant und mit .12 als klein zu bewerten (lt Leonhart, 2009). Die Korrelation fällt deutlich kleiner aus, als in den im Theorieteil beschriebenen Studien (vgl. van der Velden et al., 2006; Lensvelt-Mulders, 2008). Der nicht-signifikante Zusammenhang ist aber konsistent mit den meisten Studien aus dem Review von van der Velden & Wittmann (2008).

Bei der Analyse einer akuten Belastungsstörung fällt auf, dass lediglich 17.07 % der Probanden den für eine spätere PTBS prädiktiven Cut-Off Wert des *ASDS* (Bryant et al., 2000) unmittelbar nach dem Suizidversuch überschreiten (dieser Wert diente zur dichotomen Einteilung von Probanden mit vs. ohne akute Belastungsstörung). Geht man davon aus, dass in etwa die Hälfte der Probanden mit einer akuten Belastungsstörung später eine PTBS entwickeln (nach Bryant, 2003). Und bedenkt, dass die falsch-positiven Prognosen bei diesem Cut-Off-Wert 33% betragen (Bryant et al., 2000), sollte die spätere SPTBS-Rate nach *DSM-IV* bei 22.87% liegen. Tatsächlich liegt sie sehr ähnlich hoch bei 19.44%. Betrachtet man die einzelnen Probanden genauer ergibt sich folgendes Bild: 83.3 % bzw. 33.3 % der Probanden mit einer akuten Belastungsstörung entwickeln später eine SPTBS nach *ICD-10* bzw. *DSM-IV*. Dies widerspricht dem Ergebnis von Bryant et al. (2000) wonach bei diesem Cut-Off-Wert 91% der Probanden mit einer späteren PTBS identifiziert werden konnten.

Die Vergleichbarkeit des Prozentsatzes an Probanden, die in der vorliegenden Studie einer akuten Belastungsstörung zugeordnet wurden mit den im Theorieteil genannten Zahlen ist aufgrund der Wahl des Cut-Off- Wertes eingeschränkt. Stellt man den Vergleich dennoch her, dann ist Zahl der vorliegenden Studie ähnlich der bei Unfällen berichteten Prävalenzen (vgl. O'Donnell et al., 2003).

Im Hinblick auf eine SPTBS nach *DSM-IV* ergibt sich kein bedeutsames Ergebnis. Im univariaten Vergleich ergibt sich für den Summenscore der *ASDS* ein signifikantes Ergebnis mit einer SPTBS nach *ICD-10*. Bei Dichotomisierung dieser Variable nach dem von Bryant et al. (2000) vorgeschlagenen Cut-Off, ergibt sich ebenso ein Trend. Dies spricht dafür, dass Probanden mit einer SPTBS nach *ICD-10* mehr Symptome einer akuten Belastungsstörung aufweisen, als Probanden ohne SPTBS nach *ICD-10*. Im multivariaten Vergleich ergibt sich für das Ausmaß an akuten Belastungssymptomen im Hinblick auf die Diagnose einer SPTBS nach *ICD-10* ebenso ein signifikanter Zusammenhang. Betrachtet man den Schweregrad einer SPTBS-Symptomatik, dann ergibt sich im univariaten Vergleich sowohl mit den Symptomen einer akuten Belastungsstörung, als auch mit der akuten Belastungsstörung als dichotome Variable ein signifikanter Zusammenhang. Dabei spielt möglicherweise eine Rolle, dass beide Variablen zwar mit unterschiedlichen Instrumenten erfasst wurden (der Schweregrad mit dem *CAPS* und die akuten Belastungssymptome mit der *ASDS*), aber beide Instrumente eine ähnliche Symptomatik dimensional erfassen (siehe z.B. Saß et al., 2003). Die sich ergebende Korrelation des Summenscores der *ASDS* mit der Schwere der SPTBS-

Symptomatik ist mit .42 als mittel einzuordnen (lt. Leonhart, 2009). Im multivariaten Vergleich mit dem Schweregrad einer SPTBS sind die akuten Belastungssymptome wiederum nicht enthalten. Dies widerspricht dem Ergebnis von Elklit und Christiansen (2010), die in der Regressionsanalyse einen starken Effekt (nach Bühner & Ziegler, 2009) fanden. Insgesamt betrachtet sind die Ergebnisse über die drei abhängigen Variablen der vorliegenden Studie nicht einheitlich. Dies wiederum ist konsistent mit den im Theorieteil berichteten Studien (Bryant, 2003; Bryant et al., 2008).

71.43 % der Probanden der vorliegenden Studie haben eine zum Zeitpunkt der Datenerhebung vorhandene depressive Störung und 30.95 % der Probanden eine Angststörung. Diese Rate übersteigt die Rate der repräsentativ gefundenen komorbiden Störungen zu Suizidversuchen in Deutschland (vgl. Schmidtke & Löhr, 2004). Es zeigt sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen einer depressiven Störung gemessen mit dem *M-CIDI* vor dem Suizidversuch und einer SPTBS-Diagnose bzw. dem Schweregrad einer SPTBS-Symptomatik. Probanden mit einer SPTBS nach *ICD-10* und *DSM-IV* sind nach dem *BDI* (Beck & Steer, 1987) unmittelbar nach dem Suizidversuch im Trend depressiver, als Probanden ohne SPTBS nach *ICD-10/DSM-IV*. Der Unterschied zwischen den beiden Gruppen ergibt nur für Probanden mit einer SPTBS nach *ICD-10* oder *DSM-IV* eine klinisch relevante Depression gemäß dem *BDI* (kritischer Wert lt. Hautzinger et al., 1995) unmittelbar nach dem Suizidversuch. Dieser Unterschied ist ebenso in der Katamnese bei Probanden mit einer SPTBS nach *DSM-IV* erkennbar (d.h. Probanden mit einer SPTBS nach *DSM-IV* überschreiten im Mittel den Cut-Off Wert nach Hautzinger et al., 1995), wird aber nicht signifikant. Zum ersten Datenerhebungszeitpunkt sind sowohl die Probanden mit einer SPTBS nach *DSM-IV* als auch nach *ICD-10* signifikant depressiver, als ein halbes Jahr nach dem Suizidversuch. Zum zweiten Datenerhebungszeitpunkt wird eine SPTBS festgestellt, aber kein signifikanter Zusammenhang mit dem Ausmaß an Depressivität mit einer SPTBS nach *DSM-IV/ICD-10*. Beides spricht, trotz Symptomüberschneidungen zwischen Depressionen und PTBS (Franklin & Zimmermann, 2001; Saß et al., 2003), für die SPTBS als depressionsunabhängige Erkrankung in der vorliegenden Stichprobe. In der Studie von Franko et al. (2005) entwickelten im Vergleich deutlich mehr Probanden vor, als zeitgleich zur PTBS eine Depression. Sowohl zum ersten als auch zum zweiten Datenerhebungszeitpunkt zeigt sich ein Zusammenhang der Depressivität mit der Schwere einer SPTBS-Symptomatik mit einer mittleren Korrelation.

Betrachtet man die Traitangst von Probanden, so gibt es lediglich unmittelbar nach dem Suizidversuch einen bedeutsamen Unterschied zwischen Probanden mit vs. ohne SPTBS nach *DSM-IV*. Sowohl bei einer SPTBS nach *DSM-IV*, als auch nach *ICD-10* liegen die Werte zumindest für Männer jeweils in beiden Gruppen in einem klinisch bedeutsamen Bereich (Laux et al., 1981). Dies zeigt sich ebenso bei der Betrachtung der Gesamtstichprobe. Dabei wird bei den Frauen der klinisch bedeutsame Wert für Traitangst zum zweiten Messzeitpunkt nur knapp unterschritten. Insgesamt betrachtet zeigt sich ein Trend zu klinisch bedeutsamer Traitangst. Hinsichtlich des Schweregrads einer SPTBS-Symptomatik ergeben sich ebenso signifikante univariate Zusammenhänge mit situativer und mit Traitangst. Der Zusammenhang mit Traitangst ist stark (lt. Leonhart, 2009). Insgesamt ist das vorliegende Ergebnis vergleichbar mit dem Ergebnis der Studie von Ginzburg et al. (2010), wonach mehr Probanden unter PTBS und Angst, als alleinig unter PTBS litten.

Zwischen einer SPTBS und der Anzahl an Suizidversuchen in der Vorgeschichte wurde kein Zusammenhang gefunden. Dennoch ist der Unterschied im Merkmal SPTBS nach *DSM-IV* augenfällig. Im Schnitt haben Probanden mit einer SPTBS nach *DSM-IV* hier 1.36 Suizidversuche mehr und damit mehr als das doppelte, wie ohne SPTBS nach *DSM-IV*. Bei Fortsetzung dieses Musters würde sich bei einer größeren Stichprobe daraus möglicherweise ein signifikanter Effekt entwickeln. Das nicht-signifikante Ergebnis widerspricht dem im Theorieteil berichteten Studien wonach die Anzahl an traumatischen Ereignissen in der Vorgeschichte einen positiven Zusammenhang mit einer PTBS aufgrund eines erneuten traumatischen Ereignisses aufwies (Ozer et al., 2003; Brewin et al., 2000; Kolassa et al., 2010). Konsistent mit diesem Befund aus der vorliegenden Studie sind die Ergebnisse der Diplomarbeit (Bill, 2008). Ebenso ergibt sich kein Zusammenhang mit der Schwere der SPTBS-Symptomatik.

Fydrich et al. (2007) weisen im Handbuch des *F-SozU* Prozentränge aus, auf die im Folgenden referenziert wird. Betrachtet man die Ergebnisse der Datenerhebung zur sozialen Unterstützung, die mit dem *F-SozU* erhoben wurden, so fällt auf, dass sich 5 der 7 erhobenen Subskalen in Prozenträngen zwischen 22 bis 28 % im Bezug auf eine repräsentative deutsche Stichprobe bewegen. So haben die Probanden mit einem Suizidversuch 22 % der praktischen Unterstützung im Alltag wie die durchschnittliche Allgemeinbevölkerung. Dies trifft ebenso auf die „soziale Integration“ (Fydrich et al., 2007, S.33) zu, also beispielsweise die Zugehörigkeit zu Menschen mit gleichen Werten (Fydrich et al., 2007). Ebenso fühlen sich mit einem Prozentrang von 28 die Probanden der vorliegenden Studie deutlich

unterdurchschnittlich emotional unterstützt. Dies betrifft Bereiche, wie Akzeptanz, das Gefühl gemocht zu werden und mit jemandem reden zu können (Fydrich et al., 2007). Dazu passt sehr gut, dass die Suizidenten auch unterdurchschnittlich über eine vertraute Bezugsperson verfügen. Im Gegenzug dazu werden sie ebenso weniger um Unterstützung gefragt und leisten diese auch weniger (Prozentrang von 26 nach Fydrich et al., 2007). Fast im Mittel der Prozentränge mit 48 % der Allgemeinbevölkerung sind die Probanden mit Suizidversuch zufrieden mit der sozialen Unterstützung, die sie aus ihrem Umfeld erhalten (Fydrich et al., 2007). Dies lässt darauf schließen, dass sie diese u.U. gar nicht mehr möchten oder möglicherweise nicht den Eindruck haben, dass soziale Unterstützung gut sein könnte. Der höchste Prozentrang mit 68 % im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung (Fydrich et al., 2007) ergibt sich bei der Subskala des *F-SozU* „Soziale Belastung“ (Fydrich et al., 2007, S.33) d.h. die Probanden mit einem Suizidversuch fühlen sich überdurchschnittlich stärker „...abgelehnt, eingengt und überfordert...“ (Fydrich et al., 2007, S.33). Betrachtet man den Gesamtscore der sozialen Unterstützung, dann liegen die Suizidenten hier gerade bei einem unterdurchschnittlichen Prozentrang von 23 (Fydrich et al., 2007). Die Fragen zur sozialen Unterstützung waren so angelegt, dass sie die Wahrnehmung der Probanden widerspiegeln (Fydrich et al., 2007). Demnach ist sowohl möglich, dass die Suizidenten tatsächlich unterdurchschnittlich wenig soziale Unterstützung erfahren oder diese einfach nur so wahrnehmen.

Beim Vergleich von Probanden mit und ohne einer SPTBS nach *ICD-10* ergibt sich folgender Trend: Je weniger die Probanden mit der sozialen Unterstützung zufrieden sind, desto häufiger ist die Diagnose einer SPTBS nach *ICD-10*. Bei den Probanden mit SPTBS nach *ICD-10* entspricht die Zufriedenheit einem Prozentrang von 32 (ohne SPTBS nach *ICD-10* einem Prozentrang von 56) (Fydrich et al., 2007). Dies könnte daran liegen, dass Probanden mit einer SPTBS-Symptomatik möglicherweise mehr Unterstützung brauchen könnten, als Probanden ohne SPTBS-nach *ICD-10*, um die Symptomatik zu kompensieren. Dafür spricht ebenso, dass sich die beiden Gruppen mit und ohne SPTBS nach *ICD-10* auf den anderen Skalen des *F-SozU* (Fydrich et al., 2007) zur wahrgenommenen sozialen Unterstützung nicht bedeutsam unterscheiden. Beim Vergleich der Probanden mit und ohne SPTBS nach *DSM-IV* und dem Schweregrad einer SPTBS-Symptomatik ergeben sich signifikante Werte bei der Subskala des *F-SozU* „Soziale Belastung“ (Fydrich et al., 2007, S.33): Je mehr sich Probanden sozial belastet fühlen, desto häufiger ist eine SPTBS nach dem *DSM-IV* bzw. desto stärker ist die SPTBS-Symptomatik. Betrachtet man die

Prozentränge, dann fühlen sich in der Normalbevölkerung nur 33 % stärker sozial belastet, als die Probanden mit einer SPTBS nach *DSM-IV* (bei den Probanden ohne SPTBS nach *DSM-IV* sind es 41 %, die sich in der Normalbevölkerung stärker belastet fühlen) (Fydrich et al., 2007). Dieser Wert entspricht ca. einer halben Standardabweichung. Die Skala umfasst die wahrgenommene Ablehnung, Einengung und Kritik von anderen (Fydrich et al., 2007). Dies könnte auch, wie im Theorieteil beschrieben (King et al., 2006), daran liegen, dass sich bei den Probanden mit einer SPTBS nach *DSM-IV* aus der PTBS-Symptomatik heraus interpersonelle Probleme ergeben, die das Gefühl der Ablehnung, Einengung und Kritik erzeugen. Dieses Ergebnis aus der Korrelationsanalyse hinsichtlich der Schwere einer SPTBS-Symptomatik ist konsistent mit dem Ergebnis von Wilcox (2010), wonach mehr soziale Unterstützung mit weniger PTBS-Symptomatik assoziiert war.

Betrachtet man die deskriptive Auswertung des Soziale-Wertschätzung-Fragebogen (Maercker & Müller, 2004) und vergleicht die Mittelwerte der Suizidenten mit denen der Kriminalitätsoffer (Müller et al., 2008) ergibt sich folgendes Bild: In der Subskala „Anerkennung“ (Maercker & Müller, 2004, S. 349 aus dem Englischen) sind die Werte um mehr als die Hälfte geringer bei den Suizidenten. Diese Skala umfasst Items der Anerkennung durch das erweiterte soziale Umfeld (Maercker & Müller, 2004). Der geringe Wert spiegelt wahrscheinlich, die in der Gesellschaft vorhandene Tabuisierung und Schuldvermutung für den Suizidenten wider (vgl. z.B. Bronisch, 2007). Der Wert bei den Suizidenten in der Subskala „generelles Unverständnis“ (Maercker und Müller, 2004, S.349 aus dem Englischen) ist um mehr als 50 % geringer, als bei Kriminalitätsoffern (Müller et al., 2008). Dies könnte daran liegen, dass Suizidenten aufgrund der Tabuisierung (vgl. z.B. Bronisch, 2007) weniger Verständnis einfordern, v.a. auf breiter Ebene als Kriminalitätsoffer und deshalb weniger Unverständnis wahrnehmen. Wohingegen der Unterschied zwischen den beiden Gruppen auf der Subskala „familiäres Unverständnis“ (Maercker & Müller, 2004, S.349 aus dem Englischen) gering ausfällt. Dies spricht für ein ähnliches Empfinden des entgegengebrachten Verständnisses für die eigene Lage seitens der Familie.

Im Vergleich der Probanden mit und ohne SPTBS sowohl nach *ICD-10* als auch nach *DSM-IV* ergibt sich kein bedeutsamer Unterschied. Allerdings ergeben sich signifikante Korrelationen mit der Schwere der SPTBS-Symptomatik. Je schwerer die SPTBS-Symptomatik ist, desto weniger „Anerkennung“ (Subskala des Soziale Wertschätzung Fragebogens Maercker & Müller, 2004, S.349 aus dem Englischen) und desto weniger

„generelles Unverständnis“ (Subskala des Soziale Wertschätzung Fragebogens Maercker & Müller, 2004, S.349 aus dem Englischen) berichten die Probanden. Letzteres entspricht dem Ergebnis von Müller et al. (2008) inkl. vergleichbarer Höhe der Korrelation. Die Gründe hierfür könnten den o.g. entsprechen. Ebenso ergibt sich ein Trend für die gesamte Skala: Je stärker die SPTBS-Symptomatik ist, desto weniger ist die soziale Wertschätzung insgesamt. Bei Müller et al. (2008) war die soziale Wertschätzung ebenso ein signifikanter Prädiktor für die Traumaschwere. In der vorliegenden Studie ergeben sich keine multivariaten Zusammenhänge.

Im multivariaten Vergleich ergeben sich keine signifikanten Werte bei den Skalen für soziale Unterstützung oder sozialer Wertschätzung. Dies spricht möglicherweise wiederum dafür, dass deren Varianzanteil in den signifikanten Variablen bereits aufgeht.

Bei der Auswertung der PTBS-relevanten Kognitionen fällt auf, dass die Werte im Vergleich mit Probanden mit einem Unfall und Probanden mit interpersoneller Gewalt bei der Skala „negative Gedanken über die Welt“ (Ehlers, 1999, S.94) bei den Suizidenten geringer ausfallen (Werte verglichen mit Müller et al., 2010). Dieses Ergebnis scheint vor dem Hintergrund plausibel, daß Suizidenten selbst Auslöser für das traumatische Ereignis sind und somit nicht die Erfahrung haben, dass ein sehr aversives Ereignis von außen auf sie zukommt. Dazu passt ebenso, dass Suizidenten bei der Subskala „Selbstvorwürfe“ (Ehlers, 1999, S.94) deutlich höher scoren, als die beiden anderen Gruppen (im Vergleich mit Müller et al., 2010). Das lässt möglicherweise darauf schließen, dass sie sich selbst auch als „Verursacher“ des Suizidversuchs wahrnehmen. Bei der Subskala „Negative Gedanken zum Selbst“ (Subskala des *PTCI*; Ehlers, 1999, S.94) ergeben sich bei den Suizidenten ähnlichere Werte zu den Probanden mit einem interpersonellen Trauma (Müller et al., 2010). Die Items zu dieser Subskala spiegeln negative Veränderungen durch das Trauma im Hinblick auf das eigene Selbst wider (Ehlers & Boos, 1999). Interessant wäre dabei mit Blick auf die Suizidenten, ob dies einen Zusammenhang mit dem Suizidversuch an sich hat. Ein Hinweis darauf könnte sein, dass die Suizidenten der vorliegenden Stichprobe zwar in einer Subskala vergleichbare und in einer anderen höhere Werte aufweisen, als Probanden, die ein im *DSM-IV* definiertes Trauma erlitten, die *PTCI*-Werte aber beim Vergleich der Probanden mit und ohne SPTBS kein signifikantes Ergebnis ergeben. Möglicherweise liegt das auch an der bedeutsamen Korrelation des *PTCI* mit Angst und Depressivität (Müller et al., 2010). Angst und Depressivität liegen bei den meisten Probanden unmittelbar nach dem Suizidversuch vor. Allerdings ändert sich dieses Bild etwas, wenn die Schwere einer SPTBS-Symptomatik

dimensional betrachtet wird. Dabei ergeben sich sowohl unmittelbar nach dem Suizidversuch als auch zum Katamnesezeitpunkt signifikant positive Korrelationen mit den „Negativen Gedanken zum Selbst“ (Subskala des *PTCI*; Ehlers, 1999, S.94). Im multivariaten Vergleich ergibt sich daraus ein signifikanter Prädiktor für die SPTBS-Schwere. Dieses Ergebnis ist konsistent mit dem im Theorieteil berichteten Ergebnis von O’Donnell et al. (2007; bezogen auf die PTBS-Schwere) und Lancaster et al. (2011; bezogen auf PTBS-Symptomen), die v.a. einen Zusammenhang mit der Subskala „negative Gedanken zum Selbst“ (Ehlers, 1999, S.94) und der Schwere bzw. den Symptomen einer PTBS finden konnten. Der geringe Zusammenhang der SPTBS-Schwere mit der Subskala „Selbstvorwürfe“ (*PTCI*; Ehlers, 1999, S.94) zeigt sich z.T. auch den im Theorieteil berichteten Studien (Müller et al., 2010; Beck et al., 2004).

Betrachtet man die Ergebnisse zum Coping der Probanden, fallen bereits in der deskriptiven Auswertung diverse augenfällige Unterschiede zur Validierungsveröffentlichung des *SVF78* (Ising et al., 2001) auf. Möglicherweise ist das ein Hinweis darauf, dass die Suizidenten der vorliegenden Studie Stress anders begegnen, als Probanden ohne Suizidversuch. Unterschiede im Copingverhalten zwischen Probanden mit vs. ohne Suizidversuch zeigen sich, wie im Theorieteil beschrieben, auch in anderen Studien (z.B. Pollock & Williams, 2004; Linehan et al., 1987). Vorstellbar ist auch, dass ein Teil der unterschiedlichen Werte auf Probanden mit einer SPTBS zurückzuführen sind. So zeigen sich in der Analyse der Probanden mit vs. ohne einer SPTBS nach *ICD-10* immerhin 5 signifikante Unterschiede. Die Probanden mit einer SPTBS nach *ICD-10* benutzen mehr stressvermehrnde Strategien. So werden auch zwei Subtests dieser negativen Stressverarbeitungsstrategien bedeutsam. Probanden mit einer SPTBS nach *ICD-10* neigen im Trend dazu, aus Belastungssituationen zu fliehen. Gleichzeitig haben sie die Neigung (mehr als Probanden ohne SPTBS nach *ICD-10*), sich selbst die Schuld für Dinge zu geben, die sie als belastend empfinden (Inhalt der Skalen nach Erdmann & Janke, 2008). Dazu passt gut, dass die Probanden mit einer SPTBS nach *ICD-10* im Vergleich zu Probanden ohne SPTBS nach *ICD-10* mehr dazu neigen, Situationen nicht in ihrem Sinne zu kontrollieren. Der Grund hierfür könnte sein, dass sie sich selbst für weniger „...Kompetenz- und Kontrollvermögen „zusprechen““ (Erdmann und Janke, 2008, S.91), als Probanden ohne SPTBS-nach *ICD-10*. Ein Hinweis dafür ist, dass Probanden mit SPTBS nach *ICD-10* weniger „positive Selbstinstruktion“ (Erdmann & Janke, 2008, S.91) ausüben, als Probanden ohne eine SPTBS nach *ICD-10*. Dazu kommt, dass die Probanden mit eine

SPTBS nach *ICD-10* weniger dazu neigen, Situationen kognitiv umzudeuten oder abzuwerten. Zusammengenommen spricht dies alles dafür, dass Probanden mit einer SPTBS nach *ICD-10* mehr, als Probanden ohne SPTBS nach *ICD-10* Probleme nicht aktiv angehen und nicht versuchen, diese handlungsorientiert zu lösen. Sie neigen eher dazu, Belastungen aus dem Weg zu gehen und weniger kognitive stressreduzierende Copingstrategien einzusetzen. Die Ursache dafür könnte in der mangelnden Kompetenzerwartung liegen. Im multivariaten Vergleich der Probanden mit vs. ohne SPTBS nach *ICD-10* zeigt sich, dass die verminderte Analyse und handlungsorientierte Kontrolle von belastenden Situationen als Prädiktor in der Regressionsgleichung enthalten ist (Inhalte der Skalen nach Erdmann & Janke, 2008).

Bei dem Vergleich der Probanden mit vs. ohne SPTBS nach *DSM-IV* zeigen sich weniger Unterschiede in den untersuchten Copingstrategien, trotz der augenscheinlichen Unterschiede in den Scores. Dies könnte u.a. an der geringen Zahl an Probanden mit einer SPTBS nach *DSM-IV* liegen. Dennoch zeigen sich zwei bedeutsame Unterschiede: Probanden mit einer SPTBS nach *DSM-IV* neigen im Trend mehr dazu, belastenden Situationen aus dem Weg zu gehen oder sie erst gar nicht entstehen zu lassen. Ebenso neigen sie weniger dazu, Situationen und Reaktionen zu kontrollieren und sich selbst dafür auch für kompetent zu erachten (Inhalte der Skalen nach Erdmann & Janke, 2008). Dies spricht ebenso, wie bei den Probanden mit einer SPTBS nach *ICD-10*, für eine geringere handlungsorientierte und positiv selbstinstruierende Copingstrategie. Beides entspricht den im Theorieteil genannten Ergebnissen (Odenwald, 1999 zitiert nach Erdmann & Janke, 2008; King et al., 1999; Beaton et al., 1999, Johnson et al., 2002).

Im Zusammenhang mit der Schwere einer SPTBS ergeben sich eine bedeutsame positive Korrelationen mit den negativen stressvermehrenden Copingstrategien, eine bedeutsame negative Korrelation mit der Subskala des *SVF78* „Herunterspielen“ und eine bedeutsame negative Korrelation mit der Subskala des *SVF78* „positive Selbstinstruktion“ (Erdmann & Janke, 2008, S.91). Demnach besteht ein Zusammenhang von zunehmender SPTBS-Schwere mit Copingstrategien, die eigenen Stress weniger gering einschätzen als fremden, sich selbst weniger Kontrolle und Kompetenz über die Situation zuschreiben (Erdmann & Janke, 2008) und „emotionales Betroffensein“ und „Rückzug und Resignation“ (Erdmann & Janke, 2008, S. 90) stärker vorhanden ist. Dieser Zusammenhang mit Der SPTBS-Schwere und dem z.T. vermeidenden Copingstil ist konsistent mit den Ergebnissen von Pineles et al. (2011). Ebenso fanden Littleton et al. (2011) einen Zusammenhang mit maladaptiven Coping,

konnten dies aber auf das Ausmaß an PTBS-Symptomen zurückführen. Dies dürfte bei der vorliegenden Studie nicht der Fall sein, da die Copingvariablen zum ersten Datenerhebungszeitpunkt erfasst wurden.

Betrachtet man die Ergebnisse der Datenerhebung im Hinblick auf die Offenlegung des Suizidversuchs im sozialen Umfeld, dann fällt auf, dass die Suizidenten deutlich weniger häufig und intensiv von dem Suizidversuch erzählen und mehr Gründe haben zu schweigen im Vergleich zu den Werten aus der Studie mit Kriminalitätsoptionen (Müller & Maercker, 2006). Wenn sie aber dennoch darüber erzählen, dann zeigen die Suizidenten weniger emotionale und körperliche Reaktionen, als die Kriminalitätsoptionen (Skalen nach Müller et al., 2000). Dabei kann nicht festgestellt werden, ob diese Unterschiede bedeutsam sind. Im Vergleich der Probanden mit vs. ohne SPTBS werden keine *Disclosure*-Subskalen bzw. der Gesamtscore signifikant. Möglicherweise ist der ermittelte Skalenwert ein für den Suizidversuch spezifischer Wert und nicht für die SPTBS. Gesellschaftlich betrachtet ist der Suizidversuch ein Tabuthema (z.B. Bronisch, 2007). Man kann vermuten, dass das Erzählen von dem Suizidversuch durch die gesellschaftliche Tabuisierung Scham- und Schuldgefühle auslöst (Bronisch, 2007). Die Summenscores beim Vergleich der Probanden mit und ohne SPTBS (sowohl nach *ICD-10* als auch nach *DSM-IV*) zeigen konsistent, dass Probanden mit einer SPTBS weniger häufig und weniger intensiv von dem Suizidversuch erzählen, mehr Gründe haben nichts zu erzählen und stärkere emotionale Reaktionen zeigen, wenn sie von dem Suizidversuch berichten. Bei größeren Stichproben könnten diese Werte mit vs. ohne einer SPTBS-Diagnose signifikant werden. Bei Betrachtung der Schwere einer SPTBS-Symptomatik wird einer dieser Werte, nämlich eine verstärkte „emotionale Reaktion“ (Subskala des Fragebogens zur Offenlegung traumatischer Erfahrungen (Müller et al., 2000, S. 420) im Trend signifikant. Das bedeutet, dass mit zunehmender SPTBS-Schwere die emotionalen und körperlichen Reaktionen auf das Erzählen über den Suizidversuch zunehmen. Vermutlich sind die damit verbundenen und erzählten Emotionen negativ. Dies wäre konsistent mit den Ergebnissen von Hoyt et al. (2010). Der Rest des Fragebogens zur Offenlegung traumatischer Erfahrungen zeigt keinen Zusammenhang mit der Schwere der SPTBS-Symptomatik. Dies wiederum ist konsistent mit Sloan et al. (2011). Inhalt der *Disclosure* Skalen nach Müller et al. (2000).

Die Ergebnisse zur posttraumatischen Reifung zeigen, dass Reifung nach einem Suizidversuch möglich ist. Im Mittel werden die Items überwiegend zwischen „ein wenig“ und „ziemlich“ angekreuzt.

Beim Vergleich von Patienten mit vs. ohne SPTBS nach *ICD-10* zeigt sich sowohl zu Ersterhebungszeitpunkt, als auch in der Katamnese folgender Trend: Je mehr Patienten positive Veränderungen in ihrem religiösem Verständnis und/oder in der Stärke ihres religiösem Glaubens wahrnehmen, desto häufiger hatten sie eine SPTBS nach *ICD-10*. Ebenso ergibt sich ein signifikanter Zusammenhang in der Korrelationsanalyse und im multivariaten Vergleich mit der SPTBS-Schwere. (Inhalt der *PTR*-Skala nach Maercker & Langner, 2001). Diese Zusammenhänge könnten daran liegen, dass Patienten mit einer SPTBS nach *ICD-10* und mit zunehmender SPTBS-Schwere ihre Religion als Kompensationsstrategie für die SPTBS-Symptomatik verwenden und dies als positiv erleben. Helgeson et al. (2006) haben ebenso, wie im Theorieteil, berichtet einen Zusammenhang von Reifung mit PTBS-Symptomen gefunden. Geht man von der Definition für posttraumatische Reifung nach Zöllner und Maercker (2006) aus, dann sind die religiösen Veränderungen im Rahmen der posttraumatischen Reifung als positiv einzuordnen. In diesem Sinne könnte das Ergebnis der Studie von Gerber et al. (2011) widersprechen, die einen positiven Zusammenhang mit negativem religiösem Coping und PTBS-Symptomatik gefunden haben.

Beim Vergleich der Probanden mit vs. ohne SPTBS nach *DSM-IV* ergeben sich signifikante Effekte mit der posttraumatischen Reifung erst zum Katamnesezeitpunkt. Dabei zeigt sich ebenso ein positiver Zusammenhang mit einer SPTBS. Es ergibt sich ein Zusammenhang mit dem Gesamtwert und mit den beiden Subskalen „neue Möglichkeiten“ und „persönliche Stärken“ (Maercker & Langner, 2001, S. 156). Daraus lässt sich schließen, dass Probanden mit einer SPTBS nach *DSM-IV* die Erfahrung machen, dass es weitere, vor dem Suizidversuch nicht bedachte Möglichkeiten gibt. Dieser Faktor zeigt auch in der multivariaten Analyse einen bedeutsamen Zusammenhang mit einer SPTBS nach *DSM-IV*. Das spricht dafür, dass der Prädiktor „neue Möglichkeiten“ (Maercker & Langner, 2001, S. 156) eine in den anderen Prädiktoren nicht enthaltene eigene Vorhersagekraft besitzt. Im Hinblick auf den signifikanten Zusammenhang „persönliche Stärken“ (Maercker & Langner, 2001, S. 156) zeigt sich, dass Probanden mit einer SPTBS nach *DSM-IV* sich der eigenen Stärken mehr bewusst werden und neue Stärken entwickeln im Vergleich zu Probanden ohne SPTBS nach *DSM-IV*. Schließlich haben sie zusätzlich zu der zum Suizidversuch führenden Situation SPTBS-Symptome zu verkraften. (Inhalte der *PTR*-Subskalen nach Maercker & Langner, 2001). Insgesamt zeigen die bedeutsamen Ergebnisse zu posttraumatischer Reifung

positive Zusammenhänge mit einer SPTBS. Dies ist konsistent mit der im Theorieteil beschriebenen Studie von Dekel et al. (2012).

Vergleicht man die Kriterien einer PTBS nach *ICD-10* mit den Kriterien nach *DSM-IV*, fällt auf, dass das *ICD-10* weniger Kriterien für eine Diagnose erfordert, als das *DSM-IV* (vgl. Saß et al., 2003; Dilling & Freyberger, 2006). Zudem wurde in dieser Arbeit für die Berechnung der SPTBS nach *ICD-10* Symptome auch als vorhanden gewertet, wenn deren Intensität mit 1 geratet waren (um möglichst praxisnah zu bleiben). Im Gegensatz dazu wurde bei der Berechnung der SPTBS nach *DSM-IV* ein Symptom als vorhanden gewertet, wenn es mindestens mit einer Intensität von 2 geratet wurde (analog Weathers et al., 1999). In der vorliegenden Studie führt dies alles zunächst dazu, dass mehr Probanden eine SPTBS nach *ICD-10*, als nach *DSM-IV* haben. Bei der Auswertung der signifikanten Variablen, die im Zusammenhang mit der Diagnose SPTBS stehen, fällt auf, dass es bis auf das Ausmaß an Depressivität keine Überschneidungen gibt bei einer SPTBS nach *ICD-10* vs. *DSM-IV*. Daraus könnte man schließen, dass die SPTBS-Diagnosen nach *ICD-10* vs. *DSM-IV* zwei unterschiedliche Konstrukte sind, und nicht, wie die Unterschiede zwischen den Diagnosekriterien vermuten lassen, die Diagnose nach *ICD-10* eine abgeschwächte Form der *DSM-IV*-Diagnose darstellt (siehe Saß et al., 2003; Dilling & Freyberger, 2008). Dagegen spricht, dass teilweise Subskalen derselben Skala signifikant werden, wie der *SVF78*, der *F-SozU* und bei Einbeziehung der Trends ebenso die posttraumatische persönliche Reifung (*PTR*). Ebenso könnte ein wichtiger Aspekt für diesen Unterschied die Diskrepanz in der Stichprobengröße sein. Dabei spielt auch eine Rolle, dass bei den 7 Probanden mit einer SPTBS nach *DSM-IV* Ausreisserwerte eine größeres Gewicht haben, als bei den 19 Probanden mit einer PTBS nach *ICD-10*. Möglicherweise liegt ein Grund für den Unterschied ebenso in der unterschiedlichen Wertung für das Vorhandensein eines Symptoms bei SPTBS nach *DSM-IV* vs. *ICD-10*.

Der Schweregrad einer SPTBS hängt aufgrund der hohen Ähnlichkeit des Konstrukts und demselben Erhebungsinstrument eng mit der Diagnose einer SPTBS zusammen. Dennoch erlaubt er aufgrund der dimensional Betrachtung eine feinere Abstufung. Dies zeigt sich in der größeren Fülle der signifikanten Werte bei der univariaten Auswertung im Vergleich zu den univariaten Auswertungen der beiden SPTBS-Diagnosen. Bei der multivariaten Auswertung ergibt sich das Problem von einigen fehlenden Werten, die mit den Mittelwerten der übrigen Probanden ausgefüllt werden mussten. Ansonsten wären nur

24 Probanden in dieser Analyse enthalten gewesen. Dadurch wird der Mittelwert bedeutsamer und die anderen Werte bekommen weniger Gewicht.

Insgesamt betrachtet lassen sich die vorliegenden SPTBS-Ergebnisse im Allgemeinen in bereits bestehende PTBS-Ergebnisse einordnen. Dies spricht abseits von übereinstimmenden diagnostischen Kriterien für die Ähnlichkeit des traumatischen Ereignisses „Suizidversuch“ mit bisher bekannten traumatischen Ereignissen. Zudem zeigen die Ergebnisse Implikationen für die praktisch therapeutische Arbeit im Bereich des Coping, im Bereich von posttraumatischen Kognitionen und im Bereich der Aktivierung von sozialen Ressourcen. Interessant in diesem Zusammenhang ist ebenso, dass ein Suizidversuch nicht nur negative Folgen nach sich zieht, sondern ebenso in der vorliegenden Studie mit Reifung in Verbindung gebracht werden konnte.

VIII GRENZEN DER STUDIE UND IMPLIKATIONEN FÜR ZUKÜNFTIGE STUDIEN

Die Schwächen der vorliegenden Studie liegen in folgenden Bereichen:

Die Anzahl an Probanden ist zu gering, um eine allgemeingültige Aussage treffen zu können. Ebenso ist die Anzahl an Probanden zu gering, um valide multivariate Zusammenhänge aufdecken zu können (vgl. z.B. Howell, 2010). Auch zeigen einige Variablen Tendenzen in eine bestimmte Richtung, wie beispielsweise die Subskalen des *SVF78*. Mit mehr Probanden würden sich dort wahrscheinlich mehr bedeutsame Zusammenhänge ergeben.

Gut wäre ebenso die Erfassung der Art der Behandlung von Probanden zum ersten Datenerhebungszeitpunkt und zwischen den beiden Datenerhebungszeitpunkten. Möglicherweise zeigen dabei einige Variablen einen Zusammenhang, z.B. könnte die posttraumatische Reifung zum Katamnesezeitpunkt bei Probanden mit einer SPTBS ein Effekt von psychotherapeutischer Behandlung sein. Ebenso wäre die medikamentöse Behandlung der Probanden von Interesse sowohl für den ersten Datenerhebungszeitpunkt (z.B. Ausmaß an Benzodiazepinen), als auch zwischen den beiden Datenerhebungszeitpunkten. Allerdings würde dieses Vorgehen zur Bildung von Gruppen von Probanden für die Auswertung führen. Dafür wiederum ist die Stichprobengröße zu gering.

Bei den Probanden mit einer SPTBS nach *DSM-IV* zeigt sich, dass diese signifikant häufiger eine PTBS aufgrund eines anderen traumatischen Ereignissen zum ersten Datenerhebungszeitpunkt hatten, als Probanden ohne SPTBS nach *DSM-IV* (beim Vergleich der Probanden mit vs. ohne SPTBS nach *ICD-10* ergibt sich hier noch ein $p=.10$). Dadurch ist es möglicherweise schwierig, vorhandene SPTBS-Symptome zum Katamnesezeitpunkt von bereits vorhandenen PTBS-Symptomen abzugrenzen. Bei der Befragung wurde darauf geachtet, nur Symptome zu erfassen, die seit dem Suizidversuch neu hinzugekommen sind. Dennoch kann eine Abgrenzung aufgrund mangelnder Erinnerung und/oder Wahrnehmung problematisch sein.

In der vorliegenden Stichprobe wurden die Persönlichkeitsstörungen nicht anhand eines diagnostischen Instruments erfasst. Ebenso sind sie nicht als Einflussfaktoren in die Berechnung eingeflossen. Bei zukünftigen Arbeiten wäre dies ein weiterer interessanter Aspekt.

Zum zweiten Datenerhebungszeitpunkt wurde lediglich das Ausmaß an Depressivität und das Ausmaß an transsituationale Angstbereitschaft erfasst (Beck & Steer, 1987; Laux et al., 1981). Es wurde aber nicht nochmals der *M-CIDI* durchgeführt. Somit kann keine diagnostische Aussage über weitere mögliche suizidversuchsassoziierte Störungen getroffen werden.

Aufgrund des zweiten Datenerhebungszeitpunktes kann lediglich eine Aussage über das Vorhandensein einer SPTBS sechs Monate nach dem Suizidversuch getroffen werden. Sicher wäre auch interessant, ob innerhalb der 6 Monate eine SPTBS vorlag und ob sich nach den sechs Monaten eine SPTBS entwickelt. So berichteten Probanden während des *CAPS*-Interviews einige Male bei Symptomen des Wiedererlebens, dass diese wieder verschwunden seien. Würde man Probanden öfter und zu unterschiedlichen Zeitpunkten nach dem Suizidversuch nach SPTBS-Symptomen befragen, ließen sich der Verlauf rekonstruieren. Ebenso könnte dann auch eine Verbindung zu Faktoren geschaffen werden, die mit einer Besserung der Symptomatik im Zusammenhang stehen.

IX LITERATUR

- Backhaus, K., Erichson, B., Plinke, W. & Weiber, R. (2010). *Multivariate Analysemethoden: Eine Anwendungsorientierte Einführung* (13. überarbeitete Aufl.). Berlin: Springer.
- Beaton, R., Murphy, S., Johnson, C., Pike, K. & Corneil, W. (1999). Coping responses and posttraumatic stress symptomatology in urban fire service personnel. *Journal of Traumatic Stress, 12*, 293-308.
- Beck, A.T. & Steer, R.A. (1987). *Beck Depression Inventory – Manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Beck, J.G., Coffey, S.F., Palyo, S.A., Gudmundsdottir, B., Miller, L.M. & Colder, C.R. (2004). Psychometric properties of the Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI): A replication with motor vehicle accident survivors. *Psychological Assessment, 16*, 289-298.
- Berzewski, H. & Brauns, M.L. (1992). Stressfull events, coping strategies and personality characteristics of suicide attempters. In G.E. Kühne (Hrsg.), *Aktuelle Aspekte der Psychiatrie* (S. 194 – 200). Jena: Universitätsverlag.
- Bill, B. (2008). *Posttraumatische Belastungsstörung nach Suizidversuch bei Patienten mit depressiver Primärerkrankung*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Ludwig-Maximilians-Universität München.
- Bille-Brahe, U., Schmidtke, A., Kerkhof, A.J.F.M., De Leo, D., Lonnqvist, J. & Platt, S. (1994). Background and introduction to the study. In A.J.F.M. Kerkhof, A. Schmidtke, U. Bille-Brahe, D. De Leo & J. Lonnqvist (Eds.), *Attempted Suicide in Europe. Findings from the Multicentre Study on Parasuicide by the WHO regional office for Europe* (pp. 3-15). Leiden: DSWO Press.
- Bille-Brahe, U., Schmidtke, A., Kerkhof, A.J.F.M., De Leo, D., Lönqvist, J., Platt, S., Sampaio Faria, J. (1995). Background and introduction to the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. *Crisis, 16*, 72-84.
- Blake, D.D., Weathers, F.W., Nagy, L.N., Klaoupek, D.G., Klauminzer, G., Charney, D.S. & Keane, T.M. (1990). A clinician rating scale for assessing current and lifetime PTBS: The CAPS-I. *The Behavior Therapist, 18*, 187-188.
- Blake, D. D., Weathers, F.W., Nagy, L.M., Kaloupek, D.G., Gusman, F.D., Charney, D.S. & Keane, T.M. (1995). The Development of a Clinician-Administered PTSD Scale. *Journal of Traumatic Stress, 8*, 75-90.
- Blanchard, E.B., Hickling, E.J., Vollmer, A.J., Loos, W.R., Buckley, T.C. & Jaccard, J.J. (1995). Short-term follow-up of post-traumatic stress symptoms in motor vehicle accident victims. *Behaviour Research and Therapy, 33*, 369-377.
- Bleich, A., Koslowsky, M., Dolev, A. & Lerer B. (1997). Post-traumatic stress disorder and depression. An analysis of comorbidity. *British Journal of Psychiatry, 170*, 479 – 482.

- Breslau, N., Kessler, R.C., Howard, D., Chilcoat, H.D., Schultz, L.R., Davis, G.C. & Andreski, P. (1998). Trauma and posttraumatic stress disorder in the community. The 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Arch Gen Psychiatry*, 55, 626-632.
- Breslau, N., Chilcoat, H.D., Kessler, R.C., Peterson, E.L. & Lucia, V.C. (1999). Vulnerability to assaultive violence: further specification of sex difference in post-traumatic stress disorder. *Psychological Medicine*, 29, 813-821.
- Brewin, C.R., Andrews, B. & Valentine J.D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 748-766.
- Bronisch, T. (1999). Erkennen von Suizidalität. *Psychotherapie*, 4, 141-144.
- Bronisch, T. & Brunner, J. (2002). Neurobiologie. In T. Bronisch, P. Götze, A. Schmidtke & M. Wolfersdorf (Hrsg.), *Suizidalität Ursachen Warnsignale therapeutische Ansätze* (S. 25-47). Stuttgart: Schattauer GmbH.
- Bronisch, T., Brunner, J., Bondy, B., Rujescu, D., Bischof, G., Heuser, I., Müller-Oerlinghausen, B., Hawellek, B., Maier, W., Rao, M. L., Felber, W., Lewitzka, U., Oehler, M., Broocks, A., Hohagen, F. & Lauterbach E. (2005). A Multicenter Study about Neurobiology of Suicidal Behavior: Design, development and Preliminary Results. *Archives of Suicide Research*, 9, 19-26.
- Bronisch, T. (2007). *Der Suizid. Ursachen, Warnsignale, Prävention* (5., neu bearbeitete Aufl.). München: Beck.
- Brunet, A., Weiss, D.S., Metzler, T.J., Best, S.R., Neylan, T.C., Rogers, C., Fagan, J. & Marmar, C.R. (2001). The Peritraumatic Distress Inventory: a proposed measure of PTSD Criterion A2. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1480-1485.
- Bryant, R.A., Moulds, M.L. & Guthrie, R.M. (2000). Acute Stress Disorder Scale: A self-report measure of acute stress disorder. *Psychological Assessment*, 12, 61-68.
- Bryant, R.A. (2003). Early Predictors of Posttraumatic Stress Disorder. *Biological Psychiatry*, 53, 789 – 795.
- Bryant, R.A., Creamer, M., O'Donnell, M.L., Silove, D. & McFarlane, A.C. (2008). A Multisite Study of the Capacity of Acute Stress Disorder Diagnosis to Predict Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69, 923 – 929.
- Bui, E., Joubert, S., Manetti, A., Camassel, C., Charpentier, S., Ribereau-Gayon, R., Schmitt, L., Aouizerate, B., Brunet, A., Birmes, P. & Arbus, C. (2010). Peritraumatic distress predicts posttraumatic stress symptoms in older people. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 25, 1306 – 1310.
- Bühner, M. (2006). *Einführung in die Test- und Fragebogenkonstruktion* (2., aktualisierte und erweiterte Aufl.). München: Pearson.
- Bühner, M. & Ziegler, M. (2009). *Statistik für Psychologen und Sozialwissenschaftler*. München: Pearson.

- Butollo, W., Hagl, M. & Krüsmann, M. (2003). *Kreativität und Destruktion posttraumatischer Bewältigung* (2., um ein Nachwort erweiterte Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Carlier, I.V.E. & Gersons, B.P.R. (1995). Partial posttraumatic stress disorder (PTSD): The issue of psychological scars and the occurrence of PTBS symptoms. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 183, 107-109.
- Chang, S.M. & Cho, M.J. (2007). Partial versus full PTBS in the Korean community: prevalence, duration, correlates, comorbidity, and disfunctions. *Depression and Anxiety*, 24, 577-585.
- Christl, B., Wittchen, H.-U., Pfister, H., Lieb, R. & Bronisch T. (2006) The accuracy of prevalence estimations for suicide attempts. How reliably do adolescents and young adults report their suicide attempts? *Archives of Suicide Research*, 10, 253-263.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the BEAHVIORAL SCIENCES* (2th ed.). San Diego, CA: Academic Press.
- Dekel, S. Ein-Dor, T. & Solomon, Z. (2012). Posttraumatic Growth and Posttraumatic Distress: A Longitudinal Study. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4, 94–101.
- De Kloet, C.S., Vermetten, E., Geuze, E., Kavelaars, A., Heijnen, C.J. & Westenberg, H.G.M. (2006). Assessment of HPA-axis function in posttraumatic stress disorder: Pharmacological and non-pharmacological challenge tests, a review. *Journal of Psychiatric Research*, 40, 550-567.
- De Leo, D., Burgis, S., Bertolote, J.M., Kerkhof, A. & Bille-Brahe, U. (2004). Definitions of suicidal behavior. In D. De Leo, U. Bille-Brahe, A. Kerkhof & A. Schmidtke (Eds.), *Suicidal behaviour: Therapies and research findings* (pp. 17-39). Göttingen: Hogrefe & Huber.
- De Leo, D., Burgis, S., Bertolote, J.M., Kerkhof, A. & Bille-Brahe, U. (2006). Definitions of Suicidal Behavior. Lessons Learned from the WHO/EURO Multicentre Study. *Crisis*, 27, 4-15.
- Dilling, H. & Freyberger, H.J. (Hrsg.) (2008). *Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen. Mit Glossar und Diagnostischen Kriterien ICD-10: DCR-10 und Referenztabellen ICD-10 v.s. DSM-IV-TR*. Nach dem englischsprachigen Pocket Guide von J.E.Cooper (4., überarbeitete Aufl. unter Berücksichtigung der German Modification (GM) der ICD-10). Bern: Hans Huber.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M.H. (Hrsg.) (2005). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch diagnostische Leitlinien* (5., durchgesehene und ergänzte Aufl.). Bern: Hans Huber.
- Ditlevsen, D.N. & Elklit, A. (2010). The combined effect of gender and age on post traumatic stress disorder: do men and women show differences in the lifespan distribution of the disorder? *Annals of General Psychiatry*, 9, 32 – 44.

- Dougall, A.L., Ursano, R.J., Posluszny, D.M., Fullerton, C.S. & Baum, A. (2001). Predictors of Posttraumatic Stress Among Victims of Motor Vehicle Accidents. *Psychosomatic Medicine*, 63, 402-411.
- Ehlers, A. (1999). *Posttraumatische Belastungsstörung*. Göttingen: Hogrefe.
- Ehlers, A. & Boos, A. (1999). Fragebogen zu Gedanken nach traumatischen Erlebnissen (PTCI). In A. Ehlers (Hrsg.), *Posttraumatische Belastungsstörung* (S. 92-93). Göttingen: Hogrefe
- Ehlers, A. & Clark, D.M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 319 – 345.
- Elklit, A. & Christiansen, D.M. (2010) ASD and PTSD in Rape Victims. *Journal of Interpersonal Violence*, 25, 1470 – 1488.
- Erdmann, G. & Janke, W. (2008). *SVF-Stressverarbeitungsfragebogen Stress, Stressverarbeitung und ihre Erfassung durch ein mehrdimensionales Testsystem* (4., überarbeitete und erweiterte Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Foa, E.B. & Riggs, D.S. (1993). Post-traumatic stress disorder in rape victims. In J. Oldham, M.B. & A. Tasman (Eds.), *American Psychiatric Press review of psychiatry* (Vol. 12, pp.273 – 303). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Foa, E.B. & Rothbaum, B.O. (1998). *Treating the trauma of rape: Cognitive behavioral therapy for PTBS*. New York: Guilford Press..
- Foa, E.B., Ehlers, A., Clark, D.M., Tolin, D.F. & Orsillo, S.M. (1999). The Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI): Development and Validation. *Psychological Assessment*, 11, 303-314.
- Franklin, C.L. & Zimmermann, M. (2001). Posttraumatic Stress Disorder and Major Depressive Disorder: Investigating the Role of Overlapping Symptoms in Diagnostic Comorbidity. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 189, 548 – 551.
- Franko, D.L., Thompson, D., Barton, B.A., Dohm, F.-A., Kraemer, H.C., Iachan, R., Crawford, P.B., Schreiber, G.B., Daniels, S.R. & Striegel-Moore, R.H. (2005). Prevalence and comorbidity of major depressive disorder in young black and white women. *Journal of Psychiatric Research*, 39, 275 – 283.
- Fromm, S. (2005). Binäre logistische Regressionsanalyse. Eine Einführung für Sozialwissenschaftler mit SPSS für Windows. In G. Schulze & L. Akremi (Hrsg.), *Bamberger Beiträge zur empirischen Sozialforschung*: Zugriff am 22.04.2011 http://www.uni-bamberg.de/fileadmin/uni/fakultaeten/sowi_lehrstuehle/empirische_sozialforschung/pdf/bambergerbeitraege/Log-Reg_BBES.pdf
- Fydrich, T., Sommer, G. & Brähler, E. (2007). *F-SozU Fragebogen zur Sozialen Unterstützung Manual*. Göttingen: Hogrefe.
- Gabert-Quillen, C.A., Fallon, W. & Delahanty, D.L. (2011). PTSD after Traumatic Injury: An Investigation of the Impact of Injury severity and Peritraumatic Moderators. *Journal of Health Psychology*, 16, 678 – 687.

- Gerber, M.M., Boals, A. & Schuettler, D. (2011). The Unique Contributions of Positive and negative Religious Coping to Posttraumatic Growth and PTSD. *Psychology of Religion and Spirituality*, 3, 298-307.
- Ginzburg, K., Ein-Dor, T. & Solomon, Z. (2010). Comorbidity of posttraumatic stress disorder, anxiety and depression: A 20-year longitudinal study of war veterans. *Journal of Affective Disorders*, 123, 249 – 257.
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology Neurosurgery and Psychiatry*, 23, 56-62.
- Hapke, U., Schumann, A., Rumpf, H.-R., John, U. & Meyer, C. (2006). Post-traumatic stress disorder. The role of trauma, pre-existing psychiatric disorders, and gender. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256, 299-306.
- Hautzinger, M., Bailer, M., Worall, H. & Keller, F. (1995). *Beck-Depressions-Inventar (BDI)*. Testhandbuch (2.Aufl.). Bern: Huber.
- Hautzinger, M. (2003). *Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen* (6., neu bearbeitete Aufl.). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Helgeson, V.S., Reynolds, K.A. & Tomisch, P.L. (2006). A Meta-Analytic Review of Benefit Finding and Growth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 797 – 816.
- Hennings, J.M., Owashi, T., Binder, E.B., Horstmann, S., Menke, A., Kloiber, S., Dose, T., Wollweber, B., Spieler, D., Messer, Th., Lutz, R., Künzel, H., Bierner, Th., Pollmächer, Th., Pfister, H., Nickel, Th., Sonntag, A., Uhr, M., Ising, M., Holsboer, F. & Lucae, S. (2008). Clinical characteristics and treatment outcome in a representative sample of depressed inpatients – Findings from the Munich Antidepressant Response Signature (MARS) project. *Journal of Psychiatric Research*, 43, 215 – 229.
- Heuser, I., Yassouridis, A. & Holsboer, F. (1994). The combined Dexamethason/CRH test: a refined laboratory test for psychiatric disorders. *Journal of Psychiatric Research*, 28, 341-356.
- Hjelmeland, H., Hawton, K., Nordvik, H., Bille-Brahe, U., De Leo, D., Fekete, S., Grad, O., Haring, C., Kerkhof, A.J.F.M., Lönnqvist, J., Michel, K., Salander Renberg, E., Schmidtke, A., Van Heeringen, K. & Wasserman, D. (2002). Why people engage in parasuicide: A cross-cultural study of intentions. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 32, 380 – 393.
- Holsboer, F. (2000). The corticosteroid receptor hypothesis of depression. *Neuropsychopharmacology*, 23, 477-501.
- Howell, D.C. (2010). *Statistical Methods for Psychology* (International ed of 7th revised ed). Independence: Cengage Learning Services.
- Hoyt, T., Pasupathi, M., Smith, B.W., Yeater, E.A., Kay, V.S. & Tooley, E. (2010). Disclosure of Emotional Events in Groups at Risk for Posttraumatic Stress Disorder. *International Journal of Stress Management*, 17, 78-95.

- Ising, M., Weyers, P., Janke, W. & Erdmann, G. (2001). Die Gütekriterien des SVF78 von Janke und Erdmann, einer Kurzform des SVF120. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 22, 279-289.
- Jeon, H.j., Suh, T., Lee, H.J., Hahm, B-J., Lee, J-Y., Cho, S-J., Lee, Y.R., Chang, S.M. & Cho, M.J. (2007). Partial versus full PTSD in the Korean community: Prevalence, Duration, Correlates, Comorbidity and Dysfunctions. *Depression and Anxiety*, 24, 577-585.
- Jones, B., Müller, J. & Maercker, A. (2006). Trauma and Posttraumatic Reactions in German Development Aid Workers : Prevalences and Relationship to Social Acknowledgement. *International Journal of Social Psychiatry*, 52, 91-100.
- Johnson, B.H., Eid, J., Laberg, J.C. & Thayer, J.F. (2002): The effect of sensitization and coping style on posttraumatic stress symptoms and quality of life: Two longitudinal studies. *Scandinavian Journal of Psychology*, 43, 181-188.
- Karam, E.G., Andrews, G., Bromet, E., Pethukova, M., Ruscio, A.M., Salamoun, M., Sampson, N., Stein, D.J., Alonso, J., Andrade, L.H., Angermeyer, M., Demyttenaere, K., de Girolamo, G., de Graaf, R., Florescu, S., Gureje, O., Kaminer, D., Kotov, R., Lee, S., Lepine, J-P., Medina-Mora, M.E., Browne, M.A.O., Posada-Villa, J., Sagar, R., Shalev, S.Y., Takeshima, T., Tomov, T. & Kessler, R.C. (2010). The Role of Criterion A2 in the DSM-IV Diagnosis of Posttraumatic Stress Disorder. *Biological Psychiatry*, 68, 465-473.
- Kessler, R.C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M. & Nelson, C.B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-1060.
- Kessler, R.C., Borges, G. & Walters, E.E. (1999). Prevalence of and Risk Factors for Lifetime Suicide Attempts in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 56, 617-626.
- King, D.W., King, L.A., Keane, T.M., Foy, D.W. & Fairbank, J.A. (1999). Posttraumatic Stress Disorder in a National Sample of female and Male Vietnam Veterans: Risk Factors, War-Zone Stressors, and Resilience-Recovery Variables. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 164 – 170.
- King, D.W., Taft, C., King, L.A., Hammond, C. & Stone, E.R. (2006). Directionality of the Association Between Social Support and Posttraumatic Stress Disorder: A Longitudinal Investigation. *Journal of Applied Social Psychology*, 36, 2980 –2992.
- Kolassa, I-T, Ertl, V., Eckart, C, Kolassa, S., Onyut, L.P. & Elbert, T. (2010). Spontaneous Remission From PTSD Depends on the Number of Traumatic Event Types Experienced. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*, 2, 169 – 174.
- Kraemer, B., Wittmann, L., Jenewein, J., Maier, T. & Schnyder, U. (2009). Is the stressor criterion dispensable?: a contribution to the criterion A debate from a Swiss sample of survivors of the 2004 tsunami. *Psychopathology*, 42, 333 – 336.
- Kreitman, N. (1986). Die Epidemiologie des Suizids und des Parasuizids. In K.P. von Kisker, H. Lauter, J.-E. Meyer, C. Müller & E. Strömngren (Hrsg.), *Psychiatrie der*

- Gegenwart. 2. Krisenintervention. Suizid. Konsiliarpsychiatrie* (S. 87 – 106). Berlin: Springer.
- Kumpula, M.J., Orcutt, H.K., Bardeen, J.R. & Varkovitzky, R.L. (2011). Peritraumatic Dissociation and Experiential Avoidance as Prospective Predictors of Posttraumatic Stress Symptoms. *Journal of Abnormal Psychology, 120*, 617 – 627.
- Lancaster, S.L., Rodriguez, B.F. & Weston, R. (2010). Path analytic examination of a cognitive model of PTSD. *Behaviour Research and Therapy, 49*, 194-201.
- Laux, L., Glanzmann, P., Schaffner, P. & Spielberger, C.D. (1981). *Das State-Trait-Angstinventar. Testmappe mit Handanweisung, Fragebogen STAI-G Form XI und Fragebogen STAI-G Form X2*. Weinheim: Beltz.
- Lazarus, R.S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw Hill.
- Lensvelt-Mulders, G., van der Hart, O., van Ochten, J.M., van Son, M.J.M., Steele, K. & Breeman, L. (2008). Relations among peritraumatic dissociation and posttraumatic stress: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 28*, 1138 – 1151.
- Leonhart, R. (2009). *Lehrbuch Statistik. Einstieg und Vertiefung* (2., überarbeitete und erweiterte Aufl.). Bern: Hans Huber.
- Linehan, M.M., Camper, P., Chiles, J.A., Strosahl, K. & Shearin, E. (1987). Interpersonal problem solving and parasuicide. *Cognitive Therapy and Research, 11*, 1-12.
- Littleton, H., Asom, D. & Grills-Taquechel (2011). Longitudinal evaluation of the relationship between maladaptive trauma coping and distress: examination following the mass shooting at Virginia Tech. *Anxiety, Stress & Coping, 24*, 273 – 290.
- Löhr, C. & Schmidtke, A. (2004). Marital Relationships of Suicide Attempters. In DeLeo, D., Bille-Brahe, U., Kerkhof, A. & Schmidtke, A. (Hrsg.), *Suicidal Behaviour Theories and Research Findings* (S.125 - 137). Göttingen: Hogrefe & Huber Publishers.
- Lommen, M.J.J., Sanders, A.J.M.L., Buck, N. & Arntz, A. (2009). Psychological predictors of chronic Post-Traumatic Stress Disorder in Sri Lanka tsunami survivors. *Behaviour Research and Therapy, 47*, 60 – 65.
- Maercker, A. (2001). *Peri-Traumatische Belastung*. Zugriff am 25.06.2009.
<http://www.psychologie.uzh.ch/fachrichtungen/psypath/ForschungTools/Fragebogen/PTSIFragebogen07.pdf>
- Maercker, A. (2005). *Peri-Trauma-Belastungs-Fragebogen*. Zugriff am 24.06.2009.
<http://www.psychologie.uzh.ch/fachrichtungen/psypath/ForschungTools/Fragebogen/PTSITestbeschreibung07.pdf>
- Maercker, A. (2009). *Posttraumatische Belastungsstörungen* (3., vollständig neu bearbeitete und erweiterte Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Maercker, A., Forstmeier, S., Wagner, B., Glaesmer, H. & Brähler, E. (2008). Posttraumatische Belastungsstörungen in Deutschland Ergebnisse einer gesamtdeutschen epidemiologischen Untersuchung. *Der Nervenarzt, 79*, 577 – 586.

- Maercker A. & Langner, R. (2001). Persönliche Reifung (Personal Growth) durch Belastungen und Traumata: Validierung zweier deutschsprachiger Fragebogenversionen. *Diagnostica*, 47, 153 – 162.
- Maercker, A. & Müller, J. (2004). Social Acknowledgment as a Victim or Survivor: A Scale to Measure a Recovery Factor of PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 17, 345 – 251.
- Maercker, A. & Zoellner, T. (2004). The Janus face of self-perceived growth: Toward a two-component model of posttraumatic growth. *Psychological Inquiry*, 15, 41-48.
- Marmar, C.R., Weiss, D.S., Metzler, T.J. & Delucchi, K. (1996b) Characteristics of emergency services personnel related to peritraumatic dissociation during critical incident exposure. *American Journal of Psychiatry*, 153, 94-102.
- Marmar, C.R., Weiss, D.S., Metzler, T.J., Ronfeldt, H.M. & Foreman, C. (1996a). Stress responses of emergency services personnel to the Loma Prieta Earthquake Interstate 880 freeway collapse and control traumatic incidents. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 63–85.
- Marmar, C.R., Weiss, D.S. & Metzler, T.J. (1997). The peritraumatic dissociative experiences questionnaire. In Wilson, J. and Keane (Hrsg.), *Assessing psychological trauma and PTBS* (pp 412-428). New York: The Guilford Press.
- Marmar, C., Weiss, D.S., Schlenger, W.E., Fairbank, J.A., Jordan, B.K., Kulka, R.A. & Hough, R.L. (1994). Peritraumatic dissociation and posttraumatic stress in male Vietnam theatre veterans. *American Journal of Psychiatry*, 151, 902-907.
- Meewisse, M.L., Reitsma, J.B., de Vries, Gersons, B.P. & Olf, M. (2007). Cortisol and post-traumatic stress disorder in adults: systematic review and analysis. *British Journal of Psychiatry*, 191, 387 – 392.
- Misson, H., Mathieu, F., Jollant, F., Yon, L., Guillaume, S., Parmentier, C., Raust, A., Jaussent, I., Slama, F., Leboyer, M., Bellivier, F. & Courtet, P. (2010). Factor analyses of the Suicidal Intent Scale (SIS) and the Risk-Rescue Rating Scale (RRRS): Toward the identification of homogeneous subgroups of suicidal behaviors. *Journal of Affective Disorders*, 121, 80-87.
- Müller, J., Beauducel, A. Raschka, J. & Maercker, A. (2000). Kommunikationsverhalten nach politischer Haft in der DDR – Entwicklung eines Fragebogens zum Offenlegen der Traumaerfahrungen. *Zeitschrift für politische Psychologie*, 8, 413-427.
- Müller J. & Maercker, A. (2006). Disclosure und wahrgenommene gesellschaftliche Wertschätzung als Opfer als Prädiktoren von PTB bei Kriminalitätsoffern. *Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie*, 35, 49-58.
- Müller, J., Moergeli, H. & Maercker, A. (2008). Disclosure and Social Acknowledgement as Predictors of Recovery From Posttraumatic Stress: A Longitudinal Study in Crime Victims. *La Revue canadienne de psychiatrie*, 53, 160-168.
- Müller, J., Orth, U., Wang, J. & Maercker, A. (2009). Disclosure Attitudes and Social Acknowledgement as Predictors of Posttraumatic Stress Disorder Symptom severity in Chinese and German Crime Victims. *La Revue canadienne de psychiatrie*, 54, 547-556.

- Müller, J., Wessa, M., Rabe, S., Dörfel, D., Knaevelsrud, C., Flor, H., Maercker, A. & Karl, A. (2010). Psychometric Properties of the Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI) in a German Sample of Individuals With a History of Trauma. *Psychological Trauma, Theory, Research, Practice and Policy*, 2, 116-125.
- Neuner, F., Schauer, E., Catani, C., Ruf, M. & Elbert, T. (2006). Post-tsunami Stress: A Study of Posttraumatic Stress Disorder in Children Living in Three Severely Affected Regions in Sri Lanka. *Journal of Traumatic Stress*, 19, 339 – 347.
- Nishi, D., Matsuoka, Y., Yonemoto, N., Noguchi, H., Kim, Y. & Kanba, S. (2010). Peritraumatic Distress Inventory as a predictor of post-traumatic stress disorder after a severe motor vehicle accident. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 64, 149-156.
- O'Donnell, M.L., Creamer, M., Bryant, R.A., Schnyder, U. & Shalev, A. (2003). Posttraumatic disorder following injury: an empirical and methodological review. *Clinical Psychology Review*, 23, 587-603.
- O'Donnell, M.L., Elliott, P., Wolfgang, B.J. & Creamer, M. (2007). Posttraumatic Appraisals in the Development and Persistence of Posttraumatic Stress Symptoms. *Journal of Traumatic Stress*, 20, 173 – 182.
- Ozer, E.J., Best, S.R., Lipsey, T.L. & Weiss, D.S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129, 52-73.
- Parto, J.A., Evans, M.K. & Zonderman, A.B. (2011). Symptoms of Posttraumatic Stress Disorder Among Urban Residents. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 199, 436 – 439.
- Perkonig, A., Kessler, R.C., Storz, S. & Wittchen, H-U. (2000). Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101, 46-59.
- Pfennig, A., Künzel, H.E., Kern, N., Ising, M., Majer, M., Fuchs, B., Ernst, G., Holboer, F. & Binder, E.B. (2005). Hypothalamus-pituitary-adrenal system regulation and suicidal behavior in depression. *Biological Psychiatry*, 57, 336-342.
- Pietrzak, R.H., Goldstein, R.B., Southwick, S.M. & Grant, B.F. (2011). Prevalence and Axis I comorbidity of full and partial posttraumatic stress disorder in the United States: Results from Wave 2 of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Anxiety Disorders*, 25, 456 – 465.
- Pineles, S.L., Mostoufi, S.M., Ready, C.B., Street, A.E., Griffin, M.G. & Resick, P.A. (2011). Trauma Reactivity, Avoidant Coping, and PTSD Symptoms: A Moderating Relationship? *Journal of Abnormal Psychology*, 120, 240 – 246.
- Pollock, L.R.I. & Williams, J.M.G. (2004). Problem-solving in suicide attempters. *Psychological Medicine*, 34, 163-167.
- Reed, V., Gander, F., Pfister, H., Steiger, A., Sonntag, H., Trenkwalder, C., Sonntag, A., Hundt, W. & Wittchen, H.-U. (1998). To what degree does the Composite International Diagnostic Interview (CIDI) correctly identify DSM-IV disorders?

- Testing validity issues in a clinical sample. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 7, 142-155.
- Rosenberg, M., Davidson, L., Smith, J., Berman, A., Buzbee, H., Gantner, G., Gay, G.A., Moore-Lewis, B., Mills, D., Muray, D., O'Carroll, P.W. & Jobes, D. (1988). Operational criteria for the determination of suicide. *Journal of Forensic Science*, 33, 1445-1456.
- Rothbaum, B.O., Foa, E.B., Riggs, D.S., Murdock, T. & Walsh, W. (1992). A prospective examination of post-traumatic stress disorder in rape victims. *Journal of Traumatic Stress*, 5, 455-475.
- Rübenach, S.P. (2007). *Todesursache Suizid*. Zugriff am 19.10.2010. Verfügbar unter <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Publikationen/Querschnittsveroeffentlichungen/WirtschaftStatistik/Gesundheitswesen/AktuellSuizid,property=file.pdf>
- Saß, H., Wittchen, H-U., Zaudig, M. & Houben, I. (2003). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – Textrevision- DSM-IV-TR*. Deutsche Bearbeitung und Einführung. Göttingen: Hogrefe.
- Schandry, R. (1998). *Lehrbuch Psychophysiologie*. Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union.
- Schmidtke, A., Bille-Brahe, U., Kerkhof, A.J.F.M. & De Leo, D. (2004). (Hrsg.). *Suicidal Behaviour in Europe. Results from the WHO/Euro Multicentre Study on Suicidal Behaviour*. Göttingen: Hogrefe.
- Schmidtke, A. & Löhr, C. (2004). Socio-Demographic Variables of Suicide Attempters. In DeLeo, D., Bille-Brahe, U., Kerkhof, A. & Schmidtke, A. (Hrsg.), *Suicidal Behaviour Theories and Research Findings* (S.81-91). Göttingen: Hogrefe & Huber Publishers.
- Schmidtke, A., Sell, R., Wohner, J., Löhr, C. & Tatsek, K. (2005). Epidemiologie von Suizid und Suizidversuch in Deutschland. *Suizidprophylaxe*, 32, 87 – 93.
- Schmidtke, A., Weinacker, B. & Löhr, C. (2004). Suicidal behaviour in Germany. In Schmidtke, A., Bille-Brahe, U., DeLeo, D. & Kerkhof, A. (Hrsg.), *Suicidal Behaviour in Europe* (S. 147-155). Göttingen: Hogrefe.
- Schnurr, P.P., Ford, J.D., Friedman, M.J., Green, B.L., Dain, B.J. & Sengupta, A. (2000). Predictors and Outcomes of Posttraumatic Stress Disorder in World War II Veterans Exposed to Mustard Gas. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 258 – 268.
- Schnyder, U. & Moergeli, H. (2002). German Version of Clinician-Administered PTBS Scale. *Journal of Traumatic Stress*, 15, 487-492.
- Schnyder, U., Moergeli, H., Klaghofer, R. & Buddeberg, C. (2001). Incidence and Prediction of Posttraumatic Stress Disorder Symptoms in Severely Injured Accident Victims. *American Journal of Psychiatry*, 158, 594 – 599.

- Scholz, O.B. & Pfeffer, M. (1987). On the relationship between depression, coping behavior and suicide. *Crisis*, 8, 138 – 150.
- Sloan, D.M., Marx, B.P. & Greenberg, E.M. (2011). A test of written emotional disclosure as an intervention for posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 299 – 304.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L. & Lushene, R.E. (1970). *State-Trait Anxiety Inventory, Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto CA: Consulting Psychologist Press.
- SPSS (2010). *IBM SPSS Statistics 18*. Chicago:SPSS.
- Statistisches Bundesamt (2011a). *Todesursachenstatistik*. Statistisches Bundesamt. Zugriff am 24.09.2011
<http://destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Publikationen/Qualitaetsberichte/Gesundheitswesen/Todesursachen,property=file.pdf>
- Statistisches Bundesamt (2011b). *Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Zugriff am 24.09.2011. Verfügbar unter <http://www.gbe-bund.de/>
- Stein, M.B., Walker, J.R., Hazen, A.L. & Forde, D.R.(1997). Full and partial posttraumatic stress disorder: Findings from a community survey. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1114-1119.
- Stein, M.B., McQuaid, J.R., Pedrelli, P., Lenox, R. & McCahill, M.E. (2000). Posttraumatic Stress Disorder in the Primary Care Medical Setting. *General Hospital Psychiatry*, 22, 261 – 269.
- Tedeschi, R.G. & Calhoun, L.G. (1995). *Trauma and Transformation: Growing in the aftermath of suffering*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- Tedeschi, R.G. & Calhoun, L.G. (1996). The posttraumatic growth inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 455-471.
- Tedeschi, R.G. & Calhoun, L.G. (2004). Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence. *Psychological Inquiry*, 15, 1-18.
- Tolin, D.F.& Foa, E.B.(2006). Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder: A qualitative review of 25 years of research. *Psychological Bulletin*, 132, 959-992.
- Tucker, P., Pfefferbaum, B., Nixon, S.J. & Dickson, W. (2000). Predictors of Post-Traumatic Stress Symptoms in Oklahoma City: Exposure, Social Support, Peri-Traumatic Responses. *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 27, 406 – 416.
- Ullman, S.E. & Filipas, H.H. (2001). Predictors of PTBS Symptom severity and Social Reactions in Sexual Assault Victims. *Journal of Traumatic Stress*, 14, 369 – 389.
- Van der Velden, P.G., Kleber, R.J., Christiaanse, B., Gersons, B.P.R., Marcelissen, F.G.H., Drogendijk, A.N., Grievink, L., Olf, M. & Meewisse, M.L.(2006). The Independent Predictive Value of Peritraumatic Dissociation for Postdisaster Intrusions, Avoidance Reactions, and PTSD Symptom Severity: A 4-Year Prospective Study. *Journal of Traumatic Stress*, 19, 493 – 506.

- Van der Velden & Wittmann (2008). The independent predictive value of peritraumatic dissociation for PTSD symptomatology after type I trauma: A systematic review of prospective studies. *Clinical Psychology Review*, 28, 1009 – 1020.
- Weathers, F.W., Ruscio, A.M. & Keane, T.M. (1999). Psychometric Properties of Nine Scoring Rules for the Clinician-Administered Posttraumatic Stress Disorder Scale. *Psychological Assessment*, 11, 124-133.
- Weathers, F.W., Keane, T.M. & Davidson, J.R.T. (2001). Clinician-Administered PTSD Scale: A Review of the First Ten Years of Research. *Depression and Anxiety*, 13, 132 – 156.
- Weisman, A.D. & Worden, J.W. (1972). Risk-Rescue Rating in suicide assessment. *Archives of General Psychiatry*, 26, 553-560.
- Weiss, D.S., Marmar, C.R., Schlenger, W.E., Fairbank, J.A., Jordan, B.K., Hough, R.L. & Kulka, R.A. (1992). The prevalence of lifetime and partial post-traumatic stress disorder in Vietnam theatre veterans. *Journal of Traumatic Stress*, 5, 365-376.
- Weltärztebund (2008). *Deklaration von Helsinki. Ethische Grundsätze für die medizinische Forschung am Menschen*. Deutsches Ärzteblatt. Zugriff am 29.04.2011
<http://www.aerzteblatt.de/v4/plus/down.asp?typ=PDF&id=5324>
- Weyer, G. (2005). *Internationale Skalen für Psychiatrie*. In Collegium Internationale Psychiatriae Salarum (Hrsg.) (5., vollständig überarbeitete und erweiterte Aufl.). Göttingen: Beltz Test GmbH.
- Wilcox, S. (2010). Social Relationship and PTSD Symptomatology in Combat Veterans. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*, 2, 175 – 182.
- Wittchen, H.-U. & Pfister, H. (1997). *Instruktionsmanual zur Durchführung von DIA-X-Interviews*. Frankfurt: Swets & Zeitlinger B.V..
- Wittchen, H.-U., Lachner, G., Wunderlich, U. & Pfister H. (1998). Test-retest reliability of the computerized DSM-IV version of the Munich-Composite International Diagnostic Interview (M-CIDI). *Social Psychiatry and psychiatric Epidemiology*, 33, 568-578.
- Zoellner, T. & Maercker, A. (2006). Posttraumatic growth in clinical psychology – A critical review and introduction of a twocomponent model. *Clinical Psychology Review*, 26, 626-653.
- Zlotnick, C., Franklin, C.L. & Zimmermann, M. (2002). Does „subthreshold“ posttraumatic stress disorder have any clinical relevance? *Comprehensive Psychiatry*, 43, 413-419.

XI ABBILDUNGSSVERZEICHNIS

<i>Abbildung 1.</i> Standardisierte Sterbeziffern im Zeitvergleich zwischen 1980 bis 2010 (Rübenach, 2007; Statistisches Bundesamt, 2011b).....	14
<i>Abbildung 2.</i> Rahmenmodell der Entstehung von Folgen auf traumatische Ereignisse aus <i>Posttraumatische Belastungsstörung</i> , Maercker A., 2009, Heidelberg, Springer. Abgedruckt mit Erlaubnis des Autors.	23
<i>Abbildung 3.</i> Zeitlicher Ablauf der Studie mit den dazu erhobenen Daten.....	58
<i>Abbildung 4.</i> Häufigkeit und Vorkommen unterschiedlicher Schweregrade einer SPTBS in der vorliegenden Stichprobe gemessen anhand des Gesamtscores des <i>CAPS</i>	74
<i>Abbildung 5.</i> Verteilung der Häufigkeiten für die Gefährlichkeit/Letalität des Suizidversuchs in der vorliegenden Stichprobe gemessen mit der <i>RRS</i>	76
<i>Abbildung 6.</i> Regressionsgerade mit den tatsächlich gemessenen und geschätzten Werten.....	130
<i>Abbildung 7.</i> Histogramm der Störgrößen im Vergleich zu einer Normalverteilung	131
<i>Abbildung 8.</i> Streudiagramm zur Überprüfung der Modellvoraussetzung Homoskedastizität.....	132
<i>Abbildung 9.</i> Zusammenhang SPTBS nach <i>DSM-IV</i> mit Traitangst (X2) (<i>STAI</i> , Laux et al., 1981)	169
<i>Abbildung 10.</i> Zusammenhang SPTBS nach <i>DSM-IV</i> mit der Anzahl Diagnosen zum ersten Datenerhebungszeitpunkt	169
<i>Abbildung 11.</i> Zusammenhang SPTBS nach <i>DSM-IV</i> mit <i>SVF78</i> „Kontrollstrategien“ (Erdmann & Janke, 2008, S.101)	170
<i>Abbildung 12.</i> Zusammenhang SPTBS nach <i>DSM-IV</i> mit <i>PTR</i> Gesamtwert Katamnese (Maercker & Langner, 2001)	170
<i>Abbildung 13.</i> Zusammenhang SPTBS nach <i>DSM-IV</i> mit der <i>PTR</i> -Subskala „neue Möglichkeiten“ (Maercker & Langner, 2001, S.156)	171
<i>Abbildung 14.</i> Zusammenhang SPTBS nach <i>DSM-IV</i> mit der <i>PTR</i> -Subskala „persönliche Stärken“ (Maercker & Langner, 2001, S.156)	171
<i>Abbildung 15.</i> Zusammenhang SPTBS nach <i>DSM-IV</i> mit der <i>F-SozU</i> -Subskala „Soziale Belastung“ (Fydrich et al., 2007, S.33).....	172
<i>Abbildung 16.</i> Zusammenhang SPTBS nach <i>ICD-10</i> mit Geschlecht	172
<i>Abbildung 17.</i> Zusammenhang SPTBS nach <i>ICD-10</i> mit dem Alter.....	173
<i>Abbildung 18.</i> Zusammenhang SPTBS nach <i>ICD-10</i> mit dem Ausmaß an akuter Belastungsreaktion	173
<i>Abbildung 19.</i> Zusammenhang SPTBS nach <i>ICD-10</i> mit „Negativ-Strategien“ (Erdmann & Janke, 2008, S.101)	174
<i>Abbildung 20.</i> Zusammenhang SPTBS nach <i>ICD-10</i> mit <i>SVF78</i> „Um- und Abwertungsstrategien“ (Erdmann & Janke, 2008, S.101)	174

<i>Abbildung 21. Zusammenhang SPTBS nach ICD-10 mit der SVF78 Subskala „Situationskontrolle“ (Erdmann & Janke, 2008, S.91)</i>	175
<i>Abbildung 22. Zusammenhang SPTBS nach ICD-10 mit der SVF78 Subskala „Positive Selbstinstruktion“ (Erdmann & Janke, 2008, S.91)</i>	175
<i>Abbildung 23. Zusammenhang SPTBS nach ICD-10 mit der SVF78 Subskala „Selbstbeschuldigung“ (Erdmann & Janke, 2008, S. 91)</i>	176

XII TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1	<i>Prävalenz einer PTBS in Abhängigkeit des zugrundeliegenden Ereignisses.</i>	28
Tabelle 2	<i>Soziodemografische und biologische Charakteristik der Stichprobe</i>	56
Tabelle 3	<i>Verwandte Ratings mit ihrem Verwendungszeitpunkt in der vorliegenden Studie</i>	58
Tabelle 4	<i>Anzahl der Missing Values bezogen auf das jeweilige Selbstrating aufgeteilt auf die Ersterhebung und den Katamnesezeitpunkt</i>	60
Tabelle 5	<i>Häufigkeit von DSM-IV Diagnosen in der Stichprobe gemessen mit dem M-CIDI</i>	69
Tabelle 6	<i>Häufigkeit der Anzahl an gleichzeitig vorhandenen DSM-IV-Diagnosen zum ersten Datenerhebungszeitpunkt</i>	70
Tabelle 7	<i>Häufigkeiten einer SPTBS nach DSM-IV und ICD-10, einer subsyndromalen SPTBS und Erfüllung der einzelnen PTBS-Kriterien nach dem DSM-IV</i>	72
Tabelle 8	<i>Schweregrad der Symptomatik einer SPTBS, einer subsyndromalen SPTBS und ohne SPTBS</i>	73
Tabelle 9	<i>Häufigkeit einzelner Symptome in Prozent bezogen auf die 36 Probanden mit einem CAPS inkl. Mittelwert und Standardabweichung der Häufigkeit und des Schweregrads (bezogen auf die Probanden bei denen das Symptom vorliegt)</i>	75
Tabelle 10	<i>Gefährlichkeit des Suizidversuchs bei Probanden mit einer SPTBS nach DSM-IV vs. ICD-10</i>	77
Tabelle 11	<i>Häufigkeit der Anzahl an Suizidversuchen inklusive dem aktuellen Suizidversuch</i>	77
Tabelle 12	<i>Häufigkeit an Suizidversuchsmethoden mit den in der Stichprobe vorkommenden Kombinationen</i>	78
Tabelle 13	<i>Kreuztabelle zwischen einer akuten Belastungsstörung als dichotome Variable und einer SPTBS nach ICD-10 bzw. DSM-IV</i>	82
Tabelle 14	<i>Mittelwert und Standardabweichung des Gesamtscores des STAIX2 zu beiden Datenerhebungszeitpunkten getrennt nach Männern und Frauen</i>	83
Tabelle 15	<i>Gesamtscore und Subskalen der Posttraumatischen Persönlichen Reifung (PTR) zu den beiden Messzeitpunkten</i>	84
Tabelle 16	<i>Gesamtscore und Werte der Subskalen des PTCI zu beiden Messzeitpunkten</i>	85
Tabelle 17	<i>Mittelwert und Standardabweichung der Skalen des SVF78 (Copingstrategien) in der Gesamtstichprobe</i>	86
Tabelle 18	<i>Gesamtscore und Subskalen des Soziale Wertschätzung Fragebogen (SAQ)</i>	88
Tabelle 19	<i>Gesamtscore und Subskalen des Fragebogens zur Sozialen Unterstützung (F-SozU)</i>	89
Tabelle 20	<i>Gesamtscore und Werte der Subskalen des Fragebogens zur Offenlegung traumatischer Erfahrungen (Disclosure)</i>	90

Tabelle 21 <i>Chi²-Test zum Vergleich von Probanden mit und ohne CAPS und den Probanden mit und ohne Katamneseelbstrating in der Variable Geschlecht</i>	91
Tabelle 22 <i>U-Test zum Vergleich von Probanden mit und ohne CAPS in der Variable Schweregrad an Depressivität (BDI), Anzahl der Achse-I-Störungen zum ersten Datenerhebungszeitpunkt (Anzahl Diagnosen) und dem Alter</i>	91
Tabelle 23 <i>U-Test zum Vergleich von Probanden mit und ohne Katamneseelbstrating in der Variable Schweregrad an Depressivität (BDI), Anzahl der Achse-I-Störungen zum ersten Datenerhebungszeitpunkt (Anzahl Diagnosen) und Alter</i>	92
Tabelle 24 <i>T-Test für den Schweregrad einer SPTBS zwischen Probanden mit und ohne je einer SPTBS nach DSM-IV, nach ICD-10, einer subsyndromalen SPTBS nach Blanchard et al. (1995) und einer subsyndromalen SPTBS nach Stein et al. (1997)</i>	93
Tabelle 25 <i>Cohen's d bezogen auf den Schweregrad einer SPTBS im Vergleich von Probanden mit und ohne den Diagnosen SPTBS nach DSM-IV, nach ICD-10, der subsyndromalen SPTBS nach Blanchard et al. (1995) und der subsyndromalen SPTBS nach Stein et al. (1997)</i>	94
Tabelle 26 <i>Kreuztabelle der beiden abhängigen Variablen SPTBS nach DSM-IV und SPTBS nach ICD-10</i>	94
Tabelle 27 <i>Zusammenhang des Geschlechts, des sozioökonomischen Status (SES), der Diagnose Depression unmittelbar vor dem Suizidversuch, der akuten Belastungsstörung als dichotome Variable, der Diagnose PTBS aufgrund eines anderen traumatischen Ereignisse, einer SPTBS nach ICD-10, einer subsyndromalen SPTBS nach Blanchard et al. (1995) und einer subsyndromalen SPTBS nach Stein et al. (1997) mit einer SPTBS nach DSM-IV</i>	95
Tabelle 28 <i>Kreuztabelle zwischen einer zum Zeitpunkt der ersten Datenerhebung bestehenden PTBS aufgrund eines anderen traumatischen Ereignisses und einer SPTBS nach DSM-IV</i>	96
Tabelle 29 <i>Kreuztabelle zwischen einer subsyndromalen SPTBS nach Blanchard et al. (1995) und einer SPTBS nach DSM-IV</i>	97
Tabelle 30 <i>Kreuztabelle zwischen einer subsyndromalen SPTBS nach Stein et al. (1997) und einer SPTBS nach DSM-IV</i>	97
Tabelle 31 <i>Einfluss von Alter, Gefährlichkeit des Suizidversuchs, der Anzahl der Suizidversuche in der Vorgeschichte, von Depressivität, von Ängstlichkeit, der Anzahl komorbider Achse-I-Störungen, des A2-Kriteriums einer PTBS nach DSM-IV, der peritraumatischen Dissoziationen, einer akuten Belastungsstörung, von posttraumatischen kognitiven Veränderungen, von posttraumatischer Reifung, des Copingverhalten, des Schweregrad einer SPTBS, von sozialer Wertschätzung, von Disclosure und sozialer Unterstützung auf das Vorhandensein einer SPTBS nach DSM-IV inklusive Katamnese</i>	98
Tabelle 32 <i>Zusammenhang des Geschlechts, des sozioökonomischen Status (SES), der Diagnose Depression unmittelbar vor dem Suizidversuch, der akuten Belastungsstörung als dichotome</i>	

<i>Variable, der Diagnose PTBS aufgrund eines anderen traumatischen Ereignisses, einer subsyndromalen SPTBS nach Blanchard et al. (1995) und einer subsyndromalen SPTBS nach Stein et al. (1997) mit einer SPTBS nach ICD-10</i>	104
Tabelle 33 <i>Kreuztabelle zwischen Geschlecht und einer SPTBS nach ICD-10</i>	105
Tabelle 34 <i>Kreuztabelle zwischen einer PTBS aufgrund eines anderen Ereignisses zum Zeitpunkt der ersten Datenerhebung und einer SPTBS nach ICD-10</i>	105
Tabelle 35 <i>Kreuztabelle zwischen einer subsyndromalen SPTBS nach Blanchard et al. (1995) und einer SPTBS nach ICD-10</i>	106
Tabelle 36 <i>Kreuztabelle zwischen einer subsyndromalen SPTBS nach Stein et al. (1997) und einer SPTBS nach ICD-10</i>	106
Tabelle 37 <i>Einfluss von Alter, Gefährlichkeit des Suizidversuchs, der Anzahl der Suizidversuche in der Vorgeschichte, von Depressivität, von Ängstlichkeit, der Anzahl komorbider Achse-I-Störungen, des A2-Kriteriums einer PTBS nach DSM-IV, der peritraumatischen Dissoziationen, einer akuten Belastungsstörung, von posttraumatischen kognitiven Veränderungen, von posttraumatischer Reifung, des Copingverhalten, des Schweregrad einer SPTBS, von sozialer Wertschätzung, von Disclosure und sozialer Unterstützung auf das Vorhandensein einer SPTBS nach ICD-10 inklusive Katamnese</i>	107
Tabelle 38 <i>Zusammenhang von Geschlecht, sozioökonomischer Status, akute Belastungsstörung als dichotomes Merkmal, Depression vor dem Suizidversuch und einer PTBS aufgrund eines anderen Ereignisses mit dem Schweregrad der SPTBS-Symptomatik</i>	114
Tabelle 39 <i>Produkt-Moment-Korrelation zwischen dem Schweregrad einer SPTBS und dem Alter zum Zeitpunkt des Suizidversuchs, der Gefährlichkeit des Suizidversuchs, der Anzahl an Suizidversuchen in der Vorgeschichte, der Depressivität, der Ängstlichkeit, der Anzahl der komorbid vorhandener Achse-I-Störungen, des A2-Kriteriums einer PTBS nach DSM-IV, peritraumatischen Dissoziationen, einer akuten Belastungsstörung, den posttraumatischen kognitiven Veränderungen, der posttraumatischen Reifung, des Copingverhaltens, der sozialen Wertschätzung, Disclosure und sozialer Unterstützung inklusive Katamnese</i>	117
Tabelle 40 <i>Friedman-Test (SPTBS nach ICD-10) zum Vergleich der Veränderung folgender Variablen zwischen den beiden Messzeitpunkten: Ausmaß an Depressivität (BDI), Ausmaß an transsituationaler Angstbereitschaft (Traitangst STAI), posttraumatische kognitive Veränderungen (PTCI) und posttraumatischer Reifung (PTR)</i>	121
Tabelle 41 <i>Friedman-Test (SPTBS nach DSM-IV) zum Vergleich der Veränderung folgender Variablen zwischen den beiden Messzeitpunkten: Ausmaß an Depressivität (BDI), Ausmaß an transsituationaler Angstbereitschaft (Traitangst STAI), posttraumatische kognitive Veränderungen (PTCI) und posttraumatischer Reifung</i>	122

Tabelle 42 <i>Logistische Regression (Methode „vorwärts schrittweise“) zur abhängigen Variable SPTBS nach DSM-IV mit den Prädiktoren: Anzahl der komorbid vorhandenen Achse-I-Störungen zum Zeitpunkt des Suizidversuchs (Anzahl Diagnosen) und die Subskala der posttraumatischen Reifungsskala (PTR) „neue Möglichkeiten“^a zum Katamnesezeitpunkt</i>	125
Tabelle 43 <i>Logistische Regression (Methode „vorwärts schrittweise“) zur abhängigen Variable SPTBS nach ICD-10 mit den Prädiktoren Alter zum Zeitpunkt des Suizidversuchs, akute Belastungsstörung (ASDS) und Subskala „Situationskontrolle“^a des SVF78.....</i>	127
Tabelle 44 <i>Multiple Regression (Methode „vorwärts schrittweise“) zur abhängigen Variable Schweregrad einer SPTBS mit den Prädiktoren: die Subskala des PTCI „negative Gedanken zum Selbst“^a unmittelbar nach dem Suizidversuch und die Subskala des PTR „religiöse Veränderungen“^b zum Katamnesezeitpunkt</i>	129

XIII ANHANG

Anhang 1: Grafiken

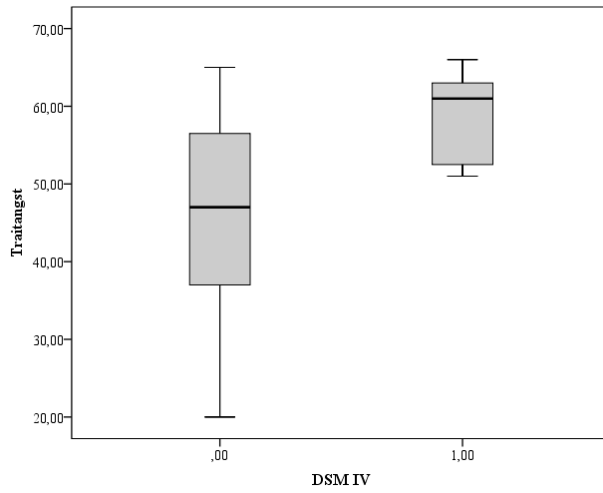


Abbildung 9. Zusammenhang SPTBS nach *DSM-IV* mit Traitangst (*STAI*, Laux et al., 1981)

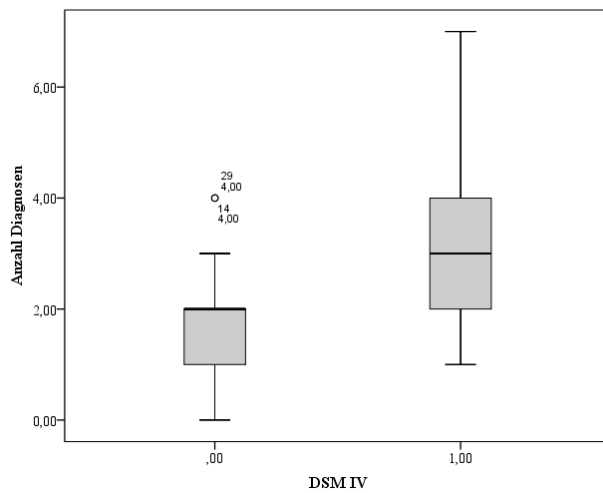


Abbildung 10. Zusammenhang SPTBS nach *DSM-IV* mit der Anzahl Diagnosen zum ersten Datenerhebungszeitpunkt

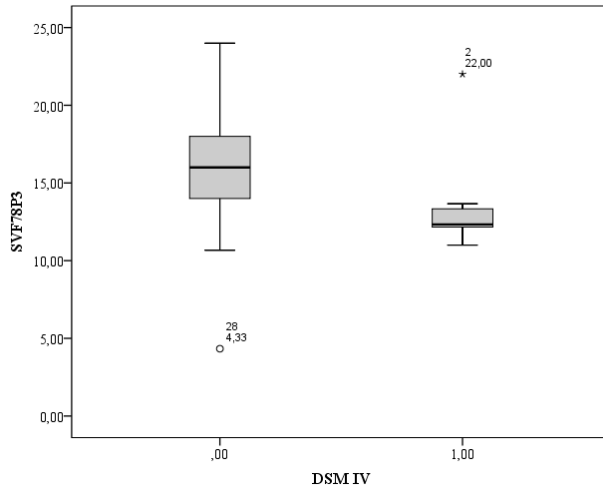


Abbildung 11. Zusammenhang SPTBS nach *DSM-IV* mit SVF78 „Kontrollstrategien“ (Erdmann & Janke, 2008, S.101)

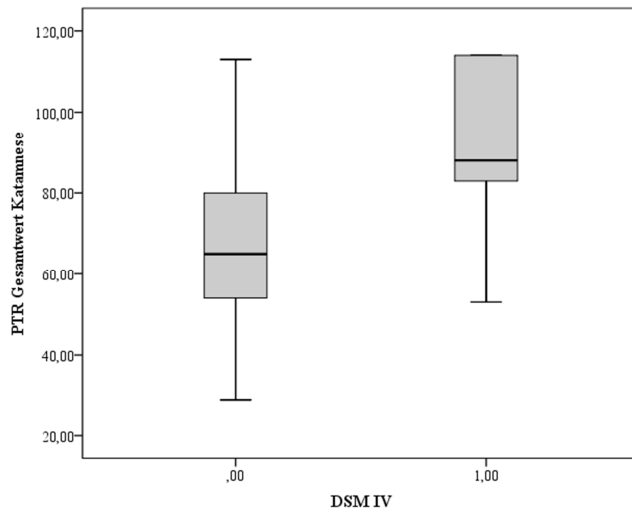


Abbildung 12. Zusammenhang SPTBS nach *DSM-IV* mit PTR Gesamtwert Katamnese (Mayercker & Langner, 2001)

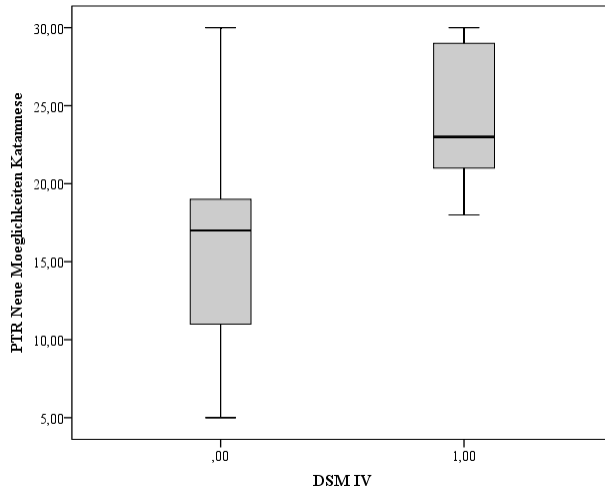


Abbildung 13. Zusammenhang SPTBS nach *DSM-IV* mit der *PTR*-Subskala „neue Möglichkeiten“ (Maercker & Langner, 2001, S.156)

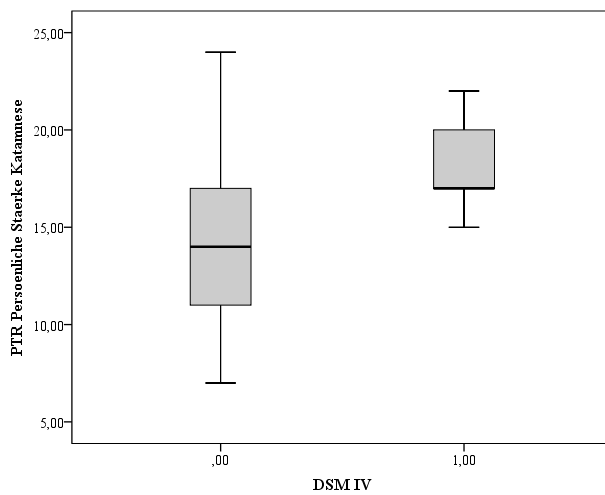


Abbildung 14. Zusammenhang SPTBS nach *DSM-IV* mit der *PTR*-Subskala „persönliche Stärken“ (Maercker & Langner, 2001, S.156)

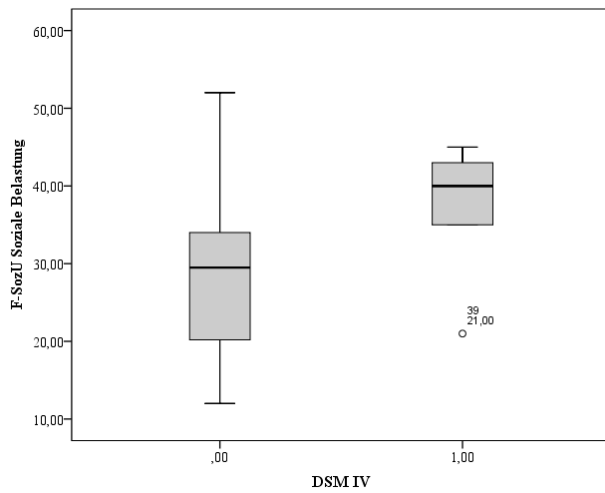


Abbildung 15. Zusammenhang SPTBS nach *DSM-IV* mit der *F-SozU*-Subskala „Soziale Belastung“ (Fydrich et al., 2007, S.33)

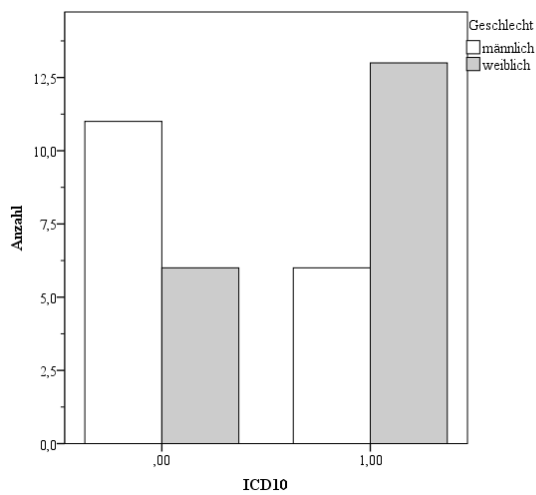


Abbildung 16. Zusammenhang SPTBS nach *ICD-10* mit Geschlecht

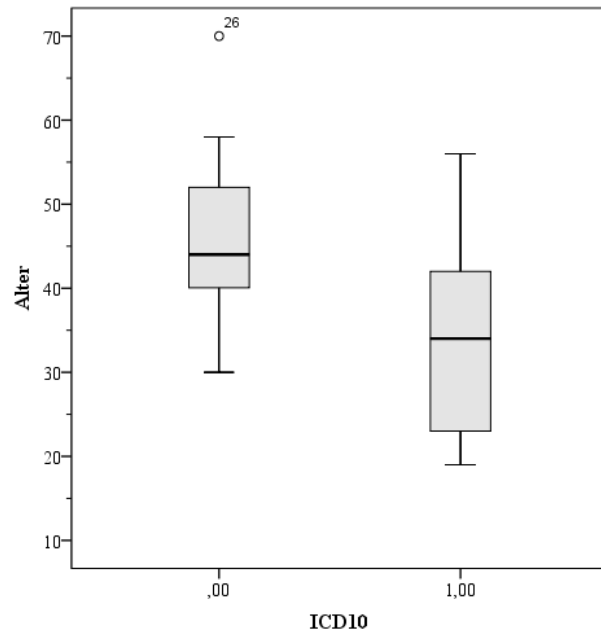


Abbildung 17. Zusammenhang SPTBS nach ICD-10 mit dem Alter

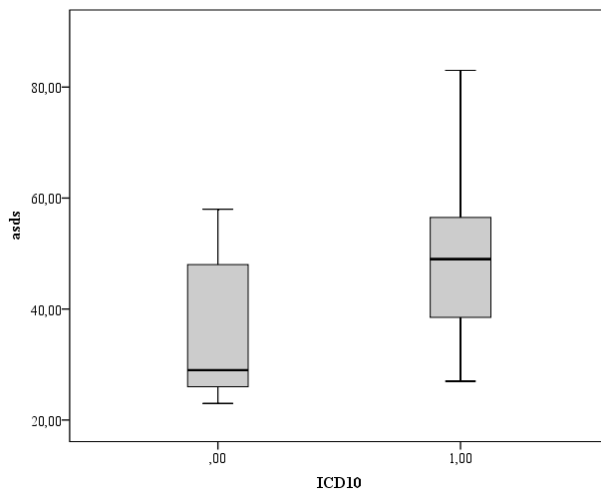


Abbildung 18. Zusammenhang SPTBS nach ICD-10 mit dem Ausmaß an akuter Belastungsreaktion

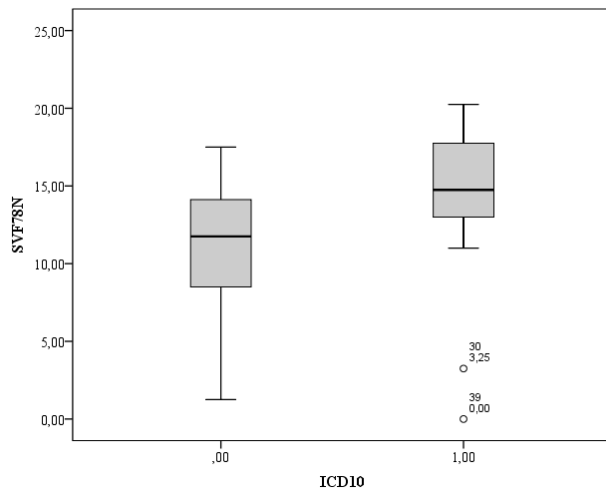


Abbildung 19. Zusammenhang SPTBS nach ICD-10 mit „Negativ-Strategien“ (Erdmann & Janke, 2008, S.101)

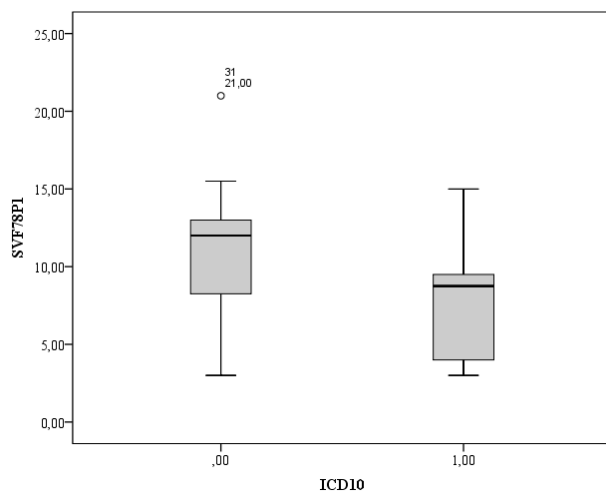


Abbildung 20. Zusammenhang SPTBS nach ICD-10 mit SVF78 „Um- und Abwertungsstrategien“ (Erdmann & Janke, 2008, S.101)

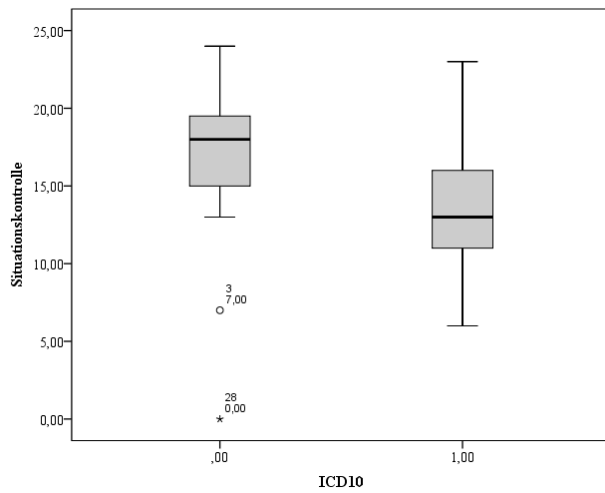


Abbildung 21. Zusammenhang SPTBS nach ICD-10 mit der SVF78 Subskala „Situationskontrolle“ (Erdmann & Janke, 2008, S.91)

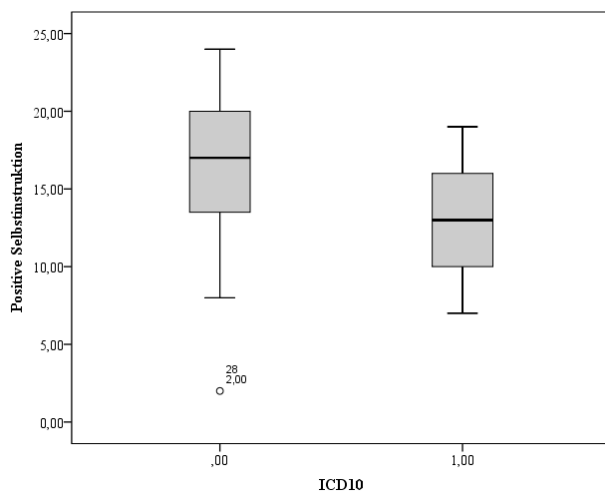


Abbildung 22. Zusammenhang SPTBS nach ICD-10 mit der SVF78 Subskala „Positive Selbstinstruktion“ (Erdmann & Janke, 2008, S.91)

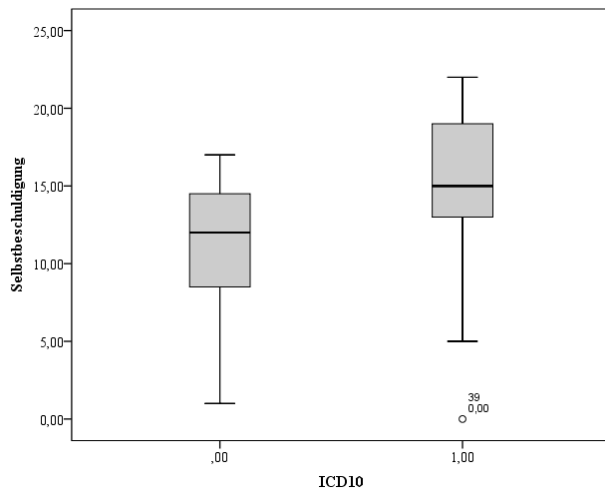


Abbildung 23. Zusammenhang SPTBS nach ICD-10 mit der SVF78 Subskala „Selbstbeschuldigung“ (Erdmann & Janke, 2008, S. 91)

Anhang 2: Lebenslauf

Persönliche Daten:

Name, Vorname	Bill, Birgit
Geburtsdatum	04. Juli 1972
Geburtsort	Augsburg

Schulischer Werdegang:

04/2009 – 02/2012	Promotion an der Ludwig-Maximilians-Universität München, Lehrstuhl für klinische Psychologie und Psychotherapie, Prof. Dr. Rita Rosner zum Thema „Psychologische Einflussfaktoren auf eine Posttraumatische Belastungsstörung infolge eines Suizidversuchs“
10/2004 – 03/2009	Studium der Psychologie an der Ludwig-Maximilians-Universität München
09/1983 – 07/1992	Maria-Ward-Gymnasium Augsburg Abschluss: Allgemeine Hochschulreife

Beruflicher Werdegang:

Seit 05/2009	Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin am IFT-Gesundheitsförderung, München
Seit 10/2011	Wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Katholischen Universität Eichstätt, Lehrstuhl für Biologische und Klinische Psychologie, Prof. Dr. Rita Rosner
10/2009 – 09/2011	Wissenschaftliche Mitarbeiterin und Psychologische Psychotherapeutin in Ausbildung am Max-Planck-Institut für Psychiatrie, München
07/2008 – 07/2009	Tutorin an der Ludwig-Maximilians-Universität München, Lehrstuhl für Organisations- und Wirtschaftspsychologie bei Prof. Dr. Erika Spieß

08/2007 – 06/2008	Gastvertrag am Max-Planck-Institut für Psychiatrie, Arbeitsgruppe Prof. Dr. Thomas Bronisch zur Vorbereitung und Erstellung der Diplomarbeit mit dem Thema „Posttraumatische Belastungsstörung nach Suizidversuch bei Patienten mit depressiver Primärerkrankung“
02/2007 – 03/2007	Praktikum am Bezirkskrankenhaus Günzburg
06/2006 – 10/2006	Forschungspraktikum am Staatsinstitut für Frühpädagogik
06/2000 – 07/2002	Weiterbildung zur Bankfachwirtin IHK
05/1996 – 03/2005	Angestellte in Teilzeit, zuletzt als Kreditsachbearbeiterin im Firmenkundengeschäft bei der Stadtparkasse Augsburg
07/1995 – 01/1996	Angestellte als Kundenberaterin in Vollzeit bei der Stadtparkasse Augsburg
09/1993 – 07/1995	Ausbildung zur Bankkauffrau bei der Stadtparkasse Augsburg
10/1992 – 08/1993	Teilzeitbeschäftigung bei der Stadtparkasse Augsburg als Aushilfsangestellte