

Aus der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
der Ludwig-Maximilians-Universität München

Direktor: Prof. Dr. med. H.-J. Möller

**Suizidalität bei Alkoholabhängigkeit –
Assoziation mit Persönlichkeitsstörungen**

Dissertation

zum Erwerb des Doktorgrades der Zahnheilkunde
an der Medizinischen Fakultät der
Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Markus Christian Eikmeier

aus

Füssen

2006

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter: Prof. Dr. med. M. Soyka

Mitberichterstatter: Prof. Dr. Th. Gilg

Mitbetreuung durch die
promovierte Mitarbeiterin: Dr. med. G. Koller

Dekan: Prof. Dr. med. D. Reinhardt

Tag der mündlichen Prüfung: 21.06.2006

Danksagung

Herrn Professor Dr. med. Hans-Jürgen Möller gilt mein besonderer Dank für die Möglichkeit an der Psychiatrischen Klinik der LMU München meine Arbeit anfertigen zu können. Herrn Professor Dr. med. Michael Soyka möchte ich an dieser Stelle meinen Dank aussprechen für die Bereitstellung des Themas und für die hervorragende Betreuung und Unterstützung.

Bei Frau Dr. med. Gabriele Koller bedanke ich mich herzlich für die intensive Betreuung der Arbeit, sowie die konstruktive Kritik bei der Zusammenstellung und der Ausarbeitung der Dissertation. Außerdem danke ich PD Dr. med. Ulrich Preuss für einige sachbezogene Hilfestellungen.

Auch möchte ich mich bei allen auf der Station C4 Tätigen für die tatkräftige Unterstützung, für die freundliche Zusammenarbeit, die nützlichen Ratschläge und das hervorragende Arbeitsklima bedanken.

Zuletzt möchte ich mich noch bei meinen Eltern bedanken, die mir erst ermöglicht haben dieses Studium zu absolvieren. Außerdem danke ich meiner Frau für die Geduld und Unterstützung während der letzten Jahre.

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis	6
Abkürzungsverzeichnis	8
1. Einleitung	10
1.1. Allgemeine Einführung.....	10
1.2. Alkoholismus	12
1.2.1. Definitionen	12
1.2.2. Ursachen	14
1.2.3. Verlaufsstadien und Typologien	16
1.2.4. Folgen des Alkoholkonsums.....	18
1.2.5. Epidemiologie	19
1.3. Suizidalität	20
1.3.1. Definitionen.....	20
1.3.2. Begriffsbestimmung	21
1.3.3. Ursachen und Risikofaktoren	22
1.3.4. Epidemiologie	23
1.4. Persönlichkeitsstörungen.....	25
1.4.1. Definitionen.....	25
1.4.2. Ätiologie und Pathogenese.....	27
1.4.3. Formen der Persönlichkeitsstörung.....	27
1.4.4. Einteilung der Persönlichkeitsstörungen nach ICD-10 und DSM-IV (Hoffmann, 2002)	29
1.4.5. Epidemiologie und Prognose.....	30
1.5. Fragestellung	31
2. Material und Methoden	32
2.1. Vorgehensweise.....	32
2.2. Erhebungszeitraum und Selektionskriterien	33
2.3. Ausschlusskriterien.....	34
2.4. Untersuchungsinstrumente	35
2.4.1. SSAGA	35
2.4.2. SKID-II	35
2.4.3. NEO-FFI	36
2.4.4. TCI	38
2.5. Statistisches Verfahren	40

3. Ergebnisse	41
3.1. Soziodemographische Daten der Patienten	41
3.2. Untersuchung der Alkoholabhängigkeit	46
3.3. Untersuchung der Suizidalität	47
3.4. Untersuchung der SKID-II-Persönlichkeitsstörungen	51
3.4.1. Gesamter Patientenpool.....	51
3.4.2. Nicht suizidal vorbelastete Patienten.....	53
3.4.3. Suizidal vorbelastete Patienten	55
3.4.4. Signifikanz der SKID-II-Persönlichkeitsstörungen.....	58
3.5. Auswertung des NEO-FFI	59
3.6. Auswertung des TCI	61
4. Diskussion	64
4.1. Suizidalität bei Alkoholabhängigkeit	64
4.2. Suizidalität bei Alkoholabhängigkeit und die Assoziation mit Persönlichkeitsstörungen	67
4.2.1. Assoziation mit SKID-II-Persönlichkeitsstörungen	68
4.2.2. Assoziation mit den Persönlichkeitsskalen des NEO-FFI	71
4.2.3. Assoziation mit den Persönlichkeitsskalen des TCI	75
4.3. Methodendiskussion	79
5. Zusammenfassung	81
Literaturverzeichnis	84
Lebenslauf	99

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Geschlechtsverteilung	41
Tabelle 2:	Altersverteilung	41
Tabelle 3:	Familienstand gesamt	42
Tabelle 4:	Familienstand Männer.....	42
Tabelle 5:	Familienstand Frauen.....	43
Tabelle 6:	Durchschnittlich besuchte Unterrichtsjahre	43
Tabelle 7:	Schulabschluss der Männer	44
Tabelle 8:	Schulabschluss der Frauen.....	44
Tabelle 9:	Berufliche Situation der männlichen Patienten.....	45
Tabelle 10:	Berufliche Situation der weiblichen Patienten	45
Tabelle 11:	Tägliche Trinkmenge Alkohol (Gramm).....	46
Tabelle 12:	Ersterkrankungsalter (Jahre).....	46
Tabelle 13:	Dauer der Abhängigkeit (Jahre)	47
Tabelle 14:	Suizidversuche.....	47
Tabelle 15:	Durchschnittsalter beim Erstversuch	48
Tabelle 16:	Häufigkeit der Suizidversuche gesamt	48
Tabelle 17:	Häufigkeit der Suizidversuche bei Männern	49
Tabelle 18:	Häufigkeit der Suizidversuche bei Frauen.....	49
Tabelle 19:	Vorgehensweise beim Suizidversuch.....	50
Tabelle 20:	Auftreten von SKID-II-Persönlichkeitsstörungen beim gesamten Patientenpool.....	51
Tabelle 21:	Auftreten von SKID-II-Persönlichkeitsstörungen bei den männlichen Patienten	52
Tabelle 22:	Auftreten von SKID-II-Persönlichkeitsstörungen bei den weiblichen Patienten.....	53
Tabelle 23:	Auftreten von SKID-II-Persönlichkeitsstörungen bei den nicht suizidal vorbelasteten Patienten	53
Tabelle 24:	Auftreten von SKID-II-Persönlichkeitsstörungen bei den nicht suizidal vorbelasteten Patienten – männliche Patienten.....	54
Tabelle 25:	Auftreten von SKID-II-Persönlichkeitsstörungen bei den nicht suizidal vorbelasteten Patienten – weibliche Patienten	55

Tabelle 26:	Auftreten von SKID-II-Persönlichkeitsstörungen bei den suizidal vorbelasteten Patienten.....	56
Tabelle 27:	Auftreten von SKID-II-Persönlichkeitsstörungen bei den suizidal vorbelasteten Patienten – männliche Patienten	57
Tabelle 28:	Auftreten von SKID-II-Persönlichkeitsstörungen bei den suizidal vorbelasteten Patienten – weibliche Patienten	57
Tabelle 29:	Vergleich der SKID-II-Persönlichkeitsstörungen in Abgängigkeit von der Zuordnung zu "nicht suizidal vorbelastete Patienten" und "suizidal vorbelastete Patienten" – gesamt, männlich, weiblich	59
Tabelle 30:	NEO-FFI-Mittelwerte: gesamter Patientenpool, nicht suizidal vorbelastete Patienten und suizidal vorbelastete Patienten.....	60
Tabelle 31:	Vergleich der NEO-FFI-Dimensionen in Abhängigkeit von der Zuordnung zu "nicht suizidal vorbelastete Patienten" und "suizidal vorbelastete Patienten" – gesamt, männlich, weiblich	61
Tabelle 32:	TCI-Mittelwerte: gesamter Patientenpool, nicht suizidal vorbelastete Patienten und suizidal vorbelastete Patienten	62
Tabelle 33:	Vergleich der TCI-Dimensionen in Abgängigkeit von der Zuordnung zu "nicht suizidal vorbelastete Patienten" und "suizidal vorbelastete Patienten" – gesamt, männlich, weiblich	63
Tabelle 34:	Normstichprobe nach Borkenau und Ostendorf (1993)	72
Tabelle 35:	Mittelwerte und Standardabweichungen () von drei TCI-Untersuchungen	76

Abkürzungsverzeichnis

Abk.	Abkürzung
Aufl.	Auflage
Bd	Band
BRD	Bundesrepublik Deutschland
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
CO	Cooperativeness
COGA	Collaborative Study on the Genetics of Alcoholism
d. h.	das heißt
DSM	Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen der American Psychiatric Association
Dt.	deutsch
eds	editors
et al.	und andere
EX	Extraversion
f.	für
GEW	Gewissenhaftigkeit
HA	Harm avoidance
Hrsg	Herausgeber
ICD-10	International statistical classification of diseases and health disorders, 10 th reversion
lat.	lateinisch
LMU	Ludwig-Maximilians-Universität
lt.	laut
mind.	mindestens
Mio.	Millionen
ml	Milliliter
n	Stichzahl
NCS	National Comorbidity Survey
NEO-FFI	NEO Five-Factor Inventory
NEU	Neurotizismus

NS	Novelty seeking
n.s.	nicht signifikant
OE	Offenheit für Erfahrungen
P	Persitence
P.	Persönlichkeitsstörungen
RD	Reward dependence
SD	Self-directedness
sd	Standardabweichung
SKID-II	Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV, Achse II: Persönlichkeitsstörungen
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
SSAGA	Semi-Structured Assessment on the Genetics in Alco- holism
ST	Self-transcendence
TACOS	Transition in Alcohol Consumption and Smoking
TCI	Temperament and Character Inventory
v. Chr.	vor Christus
VER	Verträglichkeit
vgl.	vergleiche
vol.	volume
WHO	Weltgesundheitsorganisation
z. B.	zum Beispiel
§	signifikant
§§	hoch signifikant

1. Einleitung

1.1. Allgemeine Einführung

Der Wunsch des Menschen, der Wirklichkeit und den Ängsten des Alltagslebens wenigstens für kurze Zeit zu entfliehen, dürfte so alt sein wie die Menschheitsgeschichte. Schon vor ca. 9000 Jahren waren die Sumerer in Mesopotamien mit der Zubereitung von Bier vertraut. Zur Verarbeitung von Weintrauben kam es bereits vor 8000 Jahren. Eine altägyptische Schrift um 1500 v. Chr. belegt, dass die Wirkungen des Alkohols zur damaligen Zeit wohl bekannt waren. Dieser Wunsch blieb über die Jahrhunderte hin erhalten. Beim Umgang mit Alkohol ist in allen Kulturkreisen, die nicht aus weltanschaulichen oder religiösen Gründen zur Abstinenz verpflichtet sind, eine konflikthafte Ambivalenz zwischen der sozial gebotenen Selbstkontrolle einerseits und dem lustvoll besetzten, aber nicht ungefährlichen Trinken andererseits nachzuweisen. Die Attraktivität des psychotropen Effektes resultiert dabei nicht nur aus dem entspannenden Potenzial, sondern auch aus dem anthropologisch verstehbaren Drang, den Rausch als Befreier aus unerträglicher Enge mit der Möglichkeit neuer Kreativität zu verstehen (Möller, Laux und Deister, 2001).

Ebenfalls seit Jahrtausenden bekannt ist die Suizidalität (Definitionen vgl. Punkt 1.3.1.). Ein Mensch kann suizidal werden, wenn er einer ihm unerträglichen oder unlösbar erscheinenden Situation nur dadurch glaubt entrinnen zu können, dass er sich dem Leben entzieht. Gründe für diese scheinbar unlösbaren Situationen sind bei diesen Personen häufig Enttäuschung, vor allem in den zwischenmenschlichen Beziehungen, oder soziale und/oder wirtschaftliche Belastungen. Auch die Angst, insbesondere vor einer drohenden Gefahr, vor einem gesundheitlichen Leiden, vor dem Tode, vor der Entdeckung einer Schuld oder vor dem Ausbruch einer Geisteskrankheit kann für suizidale Handlungen verantwortlich sein. Gemeinsam ist allen Suizidsituationen die Hoffnungslosigkeit. Dabei handelt es sich oft um Kurzschlussreaktionen, bei denen die Möglichkeiten späterer Bewältigung oder Anpassung nicht bedacht werden können. Meist beträgt die Zeitspanne zwischen dem ersten Gedanken an Suizid bis zur Ausführung weniger als einen Tag, die Zeit vom Entschluss bis zur Tat weniger als einen halben Tag. Dieses Verhalten findet man häufig bei Suiziden im Zusammenhang mit anderen psychischen

Erkrankungen (Tölle und Windgassen, 2003). Anders ist dies beim Bilanzsuizid. Hier korreliert eine länger andauernde Suizidabsicht mit sorgfältiger Vorbereitung und radikaler Durchführung (zuweilen mit mehreren Methoden zugleich). Insbesondere stellt der Suizidant sicher, dass er möglichst spät aufgefunden wird und in der ersten Zeit nicht vermisst wird. Dadurch soll das Gelingen sichergestellt und verhindert werden, dass Dritte helfend einschreiten. Ein Bilanzsuizid hat anders als ein Suizidversuch nicht die Zielsetzung, auf die verzweifelte Situation aufmerksam zu machen und einen Hilferuf abzugeben, sondern soll ganz bewusst dem Leben und dem darin wahrgenommenen Leiden ein Ende setzen. Er wird häufig bei schweren als unheilbar diagnostizierten Krankheiten verübt, um dem erwarteten eigenen Leiden zu entgehen oder das empfundene Leiden abzukürzen. Auch massive soziale und/oder wirtschaftliche Belastungen können Ursache eines Bilanzsuizides sein (Universitätsklinikum Münster, 2005). Häufiger aber wird ein Suizidversuch ohne genauen Plan durchgeführt, so dass in vielen Fällen die Rettung möglich oder sogar wahrscheinlich ist. Nicht wenige suchen sofort nach dem Suizidversuch Hilfe, insbesondere nach der Selbstvergiftung mit Schlaftabletten (Tölle und Windgassen, 2003).

Auch bei der Persönlichkeitsforschung gibt es eine historische Entwicklung. So wurden schon von Hippokrates (ca. 400 v. Chr.) nach der „Säfte-Lehre“ vier Temperamente unterschieden: Sanguiniker, Melancholiker, Choliker und Phlegmatiker. Eine andere wichtige Theorie stammt von Ernst Kretschmer (1888-1964). Nach seiner Konstitutionslehre werden drei Körperbautypen unterschieden: Pykniker, Leptosomer und athletischer Typ. Eine den heutigen Ansichten schon sehr ähnliche Auffassung wurde durch Kurt Schneider (1887-1967) vertreten. Er unterschied folgende Typen der „Psychopathie“: hyperthymisch, depressiv, selbstunsicher, fanatisch, geltungsbedürftig, stimmungs-labil, explosibel, gemütlos, willenlos und asthenisch (vgl. Möller, Laux und Deister, 2001). Die Persönlichkeitsforschung hat versucht mit unterschiedlichen Methoden und an ganz unterschiedlichen Untersuchungspopulationen die einzelnen Dimensionen, die in ihrer Gesamtheit die Persönlichkeit ausmachen, zu identifizieren. Dies ist bis heute nicht vollständig gelungen. Störungen der Persönlichkeit können sehr vielgestaltig und heterogen sein. Mit diesem Begriff werden Extremvarianten einer bestimmten seelischen Wesensart, also extreme Ausprägungen von bestimmten Persönlichkeitszügen

beschrieben. Ein wesentliches Kriterium für die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung ist also zunächst die Ausprägung und die Dominanz eines bestimmten Persönlichkeitsmerkmals, das auch mehr oder weniger allgemein menschlich ist. Eine zweite wesentliche Bedingung für die Annahme einer Persönlichkeitsstörung besteht darin, dass durch diese auffälligen Persönlichkeitszüge das subjektive Befinden, die soziale Anpassung oder die berufliche Leistungsfähigkeit relevant eingeschränkt sind. Darüber hinaus wird vorausgesetzt, dass diese Verhaltensmuster meist stabil sind und sich auf vielfältige Bereiche von Verhalten und psychischen Funktionen beziehen (Möller, Laux und Deister, 2001).

1.2. Alkoholismus

1.2.1. Definitionen

Unter dem Begriff Alkoholismus versteht man eine chronische Verhaltensstörung, die sich in einem wiederholten exzessiven Konsum alkoholischer Getränke manifestiert, der weit über dem der Normalbevölkerung liegt und die Gesundheit sowie die sozialen und die beruflichen Leistungen des Trinkers schädigt (Keller, 1962). Im alltäglichen Sprachgebrauch werden von dem Begriff Alkoholismus zwei Phänomene umfasst, die voneinander getrennt werden müssen. Zum einen der Alkoholmissbrauch und zum anderen die Alkoholabhängigkeit. Diese beiden Begriffe werden entscheidend durch die Krankheitsklassifikationssysteme ICD-10 (International statistical classification of diseases and health disorders, 10th revision) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und durch das US-Amerikanische DSM-IV System (Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen der American Psychiatric Association) geprägt. In der nachfolgenden Übersicht sind die Kriterien für Abhängigkeit und für Missbrauch (lt. DSM-IV) bzw. für schädlichen Gebrauch (lt. ICD-10) zusammengefasst (Tölle und Doppelfelder, 2005).

Kriterien für Missbrauch und Abhängigkeit nach DSM-IV und ICD-10

DSM-IV	ICD-10
<p>Kriterien für Missbrauch:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vernachlässigung von Pflichten • Alkohol trotz körperlicher Risiken • Alkohol trotz Problemen mit der Polizei • Alkohol trotz psychosozialer Probleme <p>Kriterien für Abhängigkeit (mind. drei von sieben müssen erfüllt sein):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Toleranzentwicklung, definiert durch eines der folgenden Kriterien: <ul style="list-style-type: none"> - Verlangen nach ausgeprägter Dosissteigerung, um einen Intoxikationszustand oder erwünschten Effekt herbeizuführen. - Deutlich verminderte Wirkung bei fortgesetzter Einnahme derselben Dosis. • Entzugssymptome <ul style="list-style-type: none"> - Charakteristisches Entzugssyndrom der jeweiligen Substanz. - Die gleiche oder eine ähnliche Substanz wird eingenommen, um Entzugssymptome zu lindern oder zu vermeiden. • Die Substanz wird häufig in größeren Mengen oder länger als beabsichtigt eingenommen. • Anhaltender Wunsch oder erfolgloser Versuch, den Substanzgebrauch zu verringern oder zu kontrollieren. • Viel Zeit für Aktivitäten, um die Substanz zu beschaffen, sie zu sich zu nehmen oder sich von ihrer Wirkung zu erholen. • Wichtige soziale, berufliche oder Freizeitaktivitäten werden aufgrund des Substanzmissbrauchs aufgegeben oder eingeschränkt. • Fortgesetzter Substanzmissbrauch trotz Kenntnis eines anhaltenden oder wiederkehrenden körperlichen oder psychischen Problems, das wahrscheinlich durch den Substanzmissbrauch verursacht oder verstärkt wurde. 	<p>Kriterien für schädlichen Gebrauch:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Schädigung der psychischen oder physischen Gesundheit. <p>Kriterien für Abhängigkeit (mind. drei von sechs müssen erfüllt sein):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nachweis einer Toleranzentwicklung (gesteigerte Drogenaufnahme bei gleicher Wirkung). • Ein körperliches Entzugssyndrom bei Beendigung oder Reduktion des Konsums. • Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums (unzureichende Kontrolle). • Ein starker Wunsch, oder eine Art Zwang, psychotrope Substanzen zu konsumieren (Suchtverlangen). • Fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügen oder Interessen zu Gunsten des Substanzkonsums (Eingengung des Verhaltens auf den Substanzkonsum). • Anhaltender Substanzkonsum trotz eindeutig schädlicher Folgen im körperlichen, psychischen oder sozialen Bereich.

Hinsichtlich der Definition des schädlichen Gebrauchs bzw. Missbrauchs von Alkohol ist die Übereinstimmung zwischen den beiden Klassifikationssystemen deutlich geringer als hinsichtlich der Abhängigkeitsdefinition. Schädlicher Gebrauch gemäß ICD-10 meint nicht eine einmalige Schädigung durch Alkoholkonsum, sondern eine wiederholte Schädigung im psychischen oder körperlichen Bereich. Die Übereinstimmung der Klassifikationssysteme bezüglich der Kriterien für eine Abhängigkeitsdiagnose ist deutlich höher als die für eine Missbrauchsdiagnose (Hiller, 1989).

1.2.2. Ursachen

Die Entwicklung des Alkoholismus hat eine multifaktorielle Genese, d. h. man geht davon aus, dass neben den Faktoren wie z. B. bestimmten Persönlichkeitsstrukturen (geringes Selbstwertgefühl, Neigung zu affektiven Psychosen) und kulturellen oder sozialen Einflüssen (Einstellung und Verhalten des sozialen Umfeldes) vor allem genetische Faktoren bei der Abhängigkeitsentstehung eine Rolle spielen (Blum et al., 1990, Vega et al., 1993, Wu et al., 1996).

Besonders bei der Alkoholabhängigkeit belegen Familienstudien zweifelsfrei die familiäre Häufung der Erkrankung. So besteht z. B. für Geschwister alkoholabhängiger Patienten ein drei- bis achtfach erhöhtes Risiko, im Laufe ihres Lebens selbst alkoholabhängig zu werden. Ein noch höheres Risiko ergibt sich für Kinder alkoholabhängiger Eltern und hierbei insbesondere für Söhne alkoholabhängiger Väter (Maier, 1996, Reich et al., 1998).

Das Risiko bzw. die Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen von Alkoholismus ist sicherlich in der Bevölkerung nicht gleich verteilt, sondern in den verschiedenen Krankheits-, Kultur- und Sozialgruppen unterschiedlich groß (Renn, 2002). Der Kulturkreis, die nationale Herkunft und ethnische Faktoren haben einen starken Einfluss auf das Trinkverhalten in der Gesellschaft. Während bei Weißen, Farbigen und Lateinamerikanern das Alkoholkonsumverhalten recht ähnlich ist, zeigen Asiaten einen signifikant niedrigeren Alkohol-pro-Kopf-Verbrauch (Klatsky et al., 1983). Daneben sind die soziale Schichtzugehörigkeit und der ausgeübte Beruf von Bedeutung. Bestimmte Berufsgruppen scheinen für die Entwicklung eines Alkoholismus besonders gefährdet, z. B. Berufe mit traditionellem Alkoholkonsum

bereits während der Arbeitszeit (Faust, 1995). Auch die Arbeitslosigkeit spielt eine Rolle. In klinischen Studien zur stationären Behandlung von Alkoholkranken hat sich gezeigt, dass Arbeitslosigkeit als Risikofaktor zu einer erhöhten Rückfallquote nach stationärer Behandlung beiträgt (Küfner, 1989). Im Allgemeinen kann man sagen, dass der kausale Zusammenhang zwischen sozialen Faktoren und Alkoholkonsum von der Verfügbarkeit, der Griffnähe von Alkohol, den sozialen Lebenslagen sowie Geschlecht und Alter, beruflicher Tätigkeit oder regionaler Zugehörigkeit (z. B. Stadt, Land) und der psychischen Belastung abhängt (Renn, 2002). Neben diesen Faktoren wurde in der Vergangenheit auch immer wieder darauf hingewiesen, dass die Abhängigkeit von psychotropen Substanzen, wie z. B. Alkohol, im Allgemeinen auf dem Boden einer spezifischen Persönlichkeitsstruktur entsteht: „Wir nehmen an, dass die Entwicklung eines späteren Alkoholikers auf der oralen Stufe fixiert bleibt. Diese Fixierung erklärt die infantilen und abhängigen Charakterzüge wie z. B. Narzissmus, egoistisches Verhalten, Passivität und Abhängigkeit“ (Zimberg, 1985). Heute besteht dahingehend Übereinstimmung, dass es eine zur Entwicklung von süchtigem Verhalten prädisponierende „Alkoholikerpersönlichkeit“ – im Sinne einer eigenen Psychodynamik – nicht gibt. Allerdings zeigten sich neurobiologisch gut validierte dimensionale Maße allgemeiner Persönlichkeitseigenschaften (Temperamente), die mit Alkoholismus assoziiert sind. Dabei kommt insbesondere dem erhöhten Maß an „novelty-seeking“ und der verminderten „harm avoidance“ eine Bedeutung zu (Cloninger et al., 1998, Howard et al., 1997). Ein erhöhtes Risiko scheint auch bei „antisozialen Persönlichkeiten“, mit aggressivem und impulsivem Verhalten und mit mangelnder Fähigkeit, sich in soziale Strukturen einzuordnen, vorzuliegen.

Abschließend kann man nochmals wiederholen, dass die Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit immer von mehreren Faktoren ausgelöst und beeinflusst wird. Bei der Suche nach der Ursache müssen deshalb stets alle Faktoren in Betracht gezogen werden.

1.2.3. Verlaufsstadien und Typologien

Verlaufsstadien:

Bei der Erfassung des Krankheitsverlaufes des Alkoholismus hilft die Einteilung nach Jellinek (1962). Er unterteilte ihn in vier Phasen, wobei es nicht zwangsläufig der Fall sein muss, dass jeder Patient jede dieser Phasen durchläuft.

1. **Präalkoholische Phase** (Stadium des progredienten Erleichterungstrinkens): Sie ist weithin sozial motiviert und geht der eigentlichen Abhängigkeitsphase voraus.
2. **Prodromalphase** (Stadium der Toleranzsteigerung): Sie ist gekennzeichnet durch vermehrtes Denken an Alkohol, heimliches oder gieriges Trinken, Schuldgefühle, Rausche mit Erinnerungslücken und Vermeiden von Anspielungen auf Alkohol.
3. **Kritische Phase** (Stadium des Zwangstrinkens): Sie entwickelt sich nach ca. 6 Monaten bis 5 Jahren und zeichnet sich aus durch Kontrollverlust, erfolglose Abstinenzversuche, Widerstand gegen Vorhaltungen, Verlust an Interessen, großspuriges und aggressives Benehmen, Selbstmitleid, Verlust stabiler sozialer Beziehungen, übersteigerte Eifersuchtshaltung, Libidoreduktion und Entwicklung von Partnerschaftskrisen, häufig Aufgabe des Arbeitsplatzes, Bestreben, den Alkohol „zu sichern“, Vernachlässigung der Ernährung, regelmäßiges morgendliches Trinken, körperliche Beschwerden und körperliche Abhängigkeit.
4. **Chronische Phase** (Stadium der Sensibilisierung): Hier dominieren die Zeichen der voll ausgeprägten Alkoholabhängigkeit mit Alkoholtoleranzminderung und verlängerten, tagelangen Rauschen. Es bestehen Beeinträchtigungen des Denkens, passagere alkoholische Psychosen, Angstzustände, eine psychomotorische Hemmung, eine reduzierte Hirnleistung und es kommt zu einem Abbau ethischer Werte.

Typologien:

Seit die Alkoholabhängigkeit ein anerkanntes Krankheitsbild ist, versuchte man immer wieder die verschiedenen Erscheinungsbilder und Typen zu klassifizieren. Eine einheitliche Einteilung oder eine allgemeingültige Typenbezeichnung für den täglichen, klinischen Gebrauch konnte sich allerdings bis heute noch nicht durch-

setzen. Auf Grund der Vielfalt der Einteilungsschemata werden hier lediglich drei Typologien beispielhaft aufgeführt.

Neben der Einteilung der Verlaufsstadien entwickelte Jellinek (1962) auch ein Typologieschema zur Einteilung des Alkoholismus. Hierbei werden fünf Typen unterschieden.

1. **Alpha-Typ:** Konflikttrinker mit psychischer Abhängigkeit
2. **Beta-Typ:** Gelegenheitstrinker mit soziokultureller Abhängigkeit
3. **Gamma-Typ:** süchtiger Trinker, zuerst mit Zeichen der psychischen, dann der physischen Abhängigkeit
4. **Delta-Typ:** Gewohnheitstrinker mit physischer Abhängigkeit
5. **Epsilon-Typ:** episodischer Trinker mit psychischer Abhängigkeit (Schmidt, 1995).

Einen anderen typologischen Ansatz stellt die Einteilung nach Cloninger (1987) dar. Er unterscheidet dabei zwei Alkoholiker-Typen.

Typ-I-Alkoholiker: Es liegt ein später Beginn der Abhängigkeit vor, es besteht eine niedrige genetische Belastung, es liegt keine Geschlechtspräferenz vor, der Verlauf der Krankheit ist eher milder und mit relativ günstiger Prognose.

Typ-II-Alkoholiker: Der Beginn der Abhängigkeit liegt vor dem 25. Lebensjahr, es besteht eine hohe genetische Belastung (Vererbung vom Vater auf den Sohn), er tritt überwiegend beim männlichen Geschlecht auf, der Verlauf der Krankheit ist eher schwerer und mit einer schlechteren Prognose, außerdem treten häufig Züge einer antisozialen Persönlichkeit auf.

Das dritte, hier aufgeführte Typologieschema entwickelte die Arbeitsgruppe um Babor (1992). Hierbei konnten zwei Typen klassifiziert werden.

Typ A: Die Erkrankung beginnt nach dem 30. Lebensjahr und es existieren wenige Risikofaktoren in der Kindheit. Der Grad der Abhängigkeit ist weniger stark ausgeprägt, mit wenigen körperlichen und sozialen Folgeschäden und einer geringen Komorbidität mit anderen psychiatrischen Krankheiten. Belastungsfaktoren in der Familie und im beruflichen Umfeld spie-

len eine geringe Rolle und insgesamt ist die therapeutische Prognose gut.

Typ B: Der Beginn der Abhängigkeit liegt vor dem 21. Lebensjahr mit Risikofaktoren in der Kindheit und in der Familie. Es handelt sich um eine starke Ausprägung der Abhängigkeit, häufig besteht ein polytoxikomanes Verhalten mit einem zusätzlichen Konsum von anderen psychotropen Substanzen und eine hohe Komorbidität mit anderen psychiatrischen Erkrankungen. Es kommt zu ausgeprägten sozialen und körperlichen Folgeschäden. Zusätzlich spielen Belastungsfaktoren im familiären und beruflichen Umfeld eine entscheidende Rolle für die schlechten Behandlungsmöglichkeiten und die schlechte Prognose.

1.2.4. Folgen des Alkoholkonsums

Werden die Folgen des Alkoholkonsums betrachtet, so muss dies auf mehreren Ebenen geschehen. Neben schweren und oftmals irreversiblen körperlichen Schäden, die fast alle Organe des menschlichen Körpers betreffen können, liegt das Augenmerk auch auf einer großen Anzahl an psychischen und sozialen Folgen, welche mit dem Alkoholkonsum einhergehen können.

Vermehrter Alkoholkonsum ist für eine Vielzahl von körperlichen Schäden verantwortlich. Er ist ein Risikofaktor für Herz-Kreislauf-Erkrankungen (z. B. Kardiomyopathie, Schlaganfall, Bluthochdruck), gastrointestinale Störungen (z. B. Gastritis, Leberzirrhose, chronische Pankreatitis), Stoffwechselstörungen (z. B. Diabetes mellitus) und Erkrankungen des Nervensystems (z. B. Hirnatrophie, Wernicke-Enzephalopathie, Tremor, Epilepsie) (Seitz, 1995, Singer, 1999 und 2001). Der Alkoholismus birgt außerdem ein erhöhtes Risiko, an bestimmten Karzinomen zu erkranken (z. B. Mundhöhlen-, Larynx-, Pharynx-, Ösophagus- oder Leberkarzinom) (Ringborg, 1998). Hervorzuheben ist auch die Alkoholembryopathie (fötales Alkoholsyndrom) als einer der wichtigsten und vermeidbaren Faktoren für angeborene Schäden (Missbildungen und körperliche sowie geistige Retardierungen) beim Säugling (Tölle und Doppelfeld, 2005). Dieses Syndrom ist durch Wachstumsverzögerung, geistige Unterentwicklung, typische Fazies, Extremitätenanomalien, Herzfehler und Verlangsamung der motorischen Entwicklung gekennzeichnet (Allebeck und Olsen, 1998). Weiterhin kann es zu entzugsbedingten Stö-

rungen wie einem akuten oder protrahierten Entzugssyndrom oder einem Delirium tremens (Alkoholentzugsdelir) kommen (Möller, Laux und Deister, 2001).

Neben diesen körperlichen Schäden kann Alkoholkonsum auch psychische und soziale Folgen haben. Bei den psychischen Beeinträchtigungen kann es zu Alkoholhalluzinosen, alkoholischem Eifersuchtswahn, alkoholischen Dämmerzuständen und einem Korsakow-Syndrom, eine Demenz mit Betonung der Gedächtnisstörungen, kommen. Außerdem können auch Persönlichkeitsveränderungen auftreten, die sich durch Aggressivität, Affektlabilität, emotionale Abstumpfung, Gereiztheit und ethische Niveausenkung äußern. Die Folgen dieser psychischen Veränderungen sind oft soziale Schwierigkeiten. Dabei kommt es meist zu Problemen mit der Familie oder mit Freunden, zum Verlust des Arbeitsplatzes oder zu Verkehrs-, Gewalttätigkeits- und Sittlichkeitsdelikten (Tölle und Windgassen, 2003).

1.2.5. Epidemiologie

Angaben zur Häufigkeit von Alkoholmißbrauch und -abhängigkeit in der Gesamtbevölkerung hängen entscheidend von den eingesetzten Diagnose- und Untersuchungsinstrumenten ab. Dabei liegen sowohl indirekte Schätzungen zur Häufigkeit von Alkoholabhängigkeit in der Bevölkerung etwa aus dem Alkoholkonsum/Kopf, als auch aussagekräftigere, epidemiologisch konzipierte Feldstudien vor. Bezüglich der Gesamtzahl der in Deutschland lebenden Alkoholabhängigen gehen die entsprechenden Schätzungen ungewöhnlich weit auseinander. In der wissenschaftlichen Literatur wurden dabei meist Schätzungen zwischen 2,5 bis 4 Mio. abgegeben (Soyka, 1999, Feuerlein, 1998). Diese Schätzungen werden auch durch die Ergebnisse der Oberbayern-Studie gestützt, bei der mit differenzierter Diagnostik 2,1 Prozent der Befragten innerhalb der letzten sieben Tage einen behandlungsbedürftigen Alkoholismus aufwiesen und weitere 2,3 Prozent einen Alkoholismus mit geringem Schweregrad (Dilling, 1984). Die im Jahr 2001 veröffentlichte Bundesdrogenstudie 2000, basierend auf dem DSM-IV System, kam zu einem anderen Ergebnis. Untersucht wurden in Deutschland lebende Probanden zwischen dem 18. und 59. Lebensjahr. Das Ergebnis lautete: in der BRD gibt es 3,1% (1,5 Mio.) Alkoholabhängige, davon 4,8% Männer und 1,3% Frauen, und 3,3% (1,6 Mio.) mit Alkoholmissbrauch, davon 5,4% Männer und 1,2% Frauen

(Kraus, 2001). Im selben Jahr wurde eine Hochrechnung, basierend auf der Bundesdrogenstudie aus dem Jahr 1997 und der Lübecker TACOS-Studie („Transitions in Alcohol Consumption and Smoking“) veröffentlicht. Diese bezog sich auf Erwachsene ab dem 18. Lebensjahr, was in Deutschland etwa 66 Millionen Personen entsprach. Das Ergebnis zeigte, dass in der BRD 1,6 Mio. Menschen (entspricht 2,4%) unter Alkoholabhängigkeit und 2,6 Mio. Menschen (entspricht 4,0%) unter Alkoholmissbrauch leiden (Bühringer et al., 2000). Allgemein kann man sagen, dass Alkoholismus bei Männern wesentlich häufiger anzutreffen ist als bei Frauen, jedoch sind alkoholbedingte Schäden beim weiblichen Geschlecht weit- aus gravierender. So beträgt bei Frauen der Zeitraum vom Beginn des Miss- brauchs bis zur manifesten Abhängigkeit durchschnittlich nur 3 Jahre. Des Weite- ren zeichnet sich die Tendenz ab, dass Alkoholkonsum bei Jugendlichen und jün- geren Frauen deutlich zunimmt (Walter, 2004).

Auch bei Morbidität und Mortalität spielt der Alkoholkonsum eine Rolle. Alkohol beeinflusst mehr als 60 verschiedene, in der ICD-10 definierte Krankheiten. So- wohl durchschnittliche Trinkmenge als auch Trinkmuster beeinflussen diese Er- krankungen, wobei konzeptionelle Trinkmuster zumindest bei kardiovaskulären Krankheiten, Unfällen und Verletzungen als Moderatorvariable zwischen Trink- menge und Erkrankung fungieren. Insgesamt waren im Jahr 2000 weltweit 3,2% der Mortalität und 4,0% der gesamten Krankheitsbelastung alkoholbedingt (Rehm et al., 2003).

1.3. Suizidalität

1.3.1. Definitionen

Unter Suizid (Selbsttötung) versteht man die absichtliche Selbstschädigung mit tödlichem Ausgang (Möller, Laux und Deister, 2001).

Suizidalität ist die Summe aller Denk- und Verhaltensweisen von Menschen oder Gruppen von Menschen, die in Gedanken durch aktives Handeln, Handeln lassen oder passives Unterlassen den eigenen Tod anstreben bzw. als mögliches Ergeb- nis einer Handlung in Kauf nehmen (Wolfersdorf, 2000).

Unter Suizidversuch versteht man die absichtliche Selbstschädigung mit dem Ziel und, im weiteren Sinn, mit der Möglichkeit des tödlichen Ausgangs (Möller, Laux und Deister, 2001).

Eine parasuizidale Handlung ist eine Handlung mit nicht tödlichem Ausgang, bei der ein Individuum absichtlich ein nicht habituelles Verhalten beginnt, das ohne Intervention von dritter Stelle eine Selbstschädigung bewirken würde oder absichtlich eine Substanz in einer Dosis einnimmt, die über die verschriebene oder im allgemeinen als therapeutisch angesehene Dosis hinausgeht. Das Ziel dieser Handlung ist, durch die aktuellen und erwarteten Konsequenzen Veränderungen zu bewirken (Bille Brahe, 1997).

1.3.2. Begriffsbestimmung

Im alltäglichen Gebrauch wird häufig von „Selbstmord“ oder auch von „Selbstmordversuch“ gesprochen. Diese Begriffe werden von fachlicher Seite, aber auch von Angehörigen von Suizidopfern, meist abgelehnt, impliziert der Begriff „Mord“ doch Heimtücke, Vorsatz und Hinterhältigkeit und zeigt die enge Assoziation zu „Sünde“, die Jahrhunderte lang bestand. Der lateinische Begriff „Suizid“ (lat. *cadere*: töten; *suis*: selbst) oder „Selbsttötung“ beinhaltet dagegen kein moralisches Urteil.

Suizidalität ist nicht per se als Krankheit zu sehen, sondern ein grundsätzlich bei allen Menschen mögliches Phänomen (Wolfersdorf, 2000). Todeswünsche und Suizidideen erlebt auch ein erheblicher Anteil nicht psychiatrisch erkrankter Menschen im Laufe des Lebens (z. B. im Rahmen von schweren Verlusterlebnissen oder Krisensituationen). So zeigt eine Studie von Renberg (2001) eine Lebenszeitprävalenz von 52%. Andererseits wurde wiederholt gezeigt, dass suizidales Handeln im engeren Sinn (Suizidversuch und Suizide) meist im Kontext von schweren psychosozialen Krisen und vor dem Hintergrund psychischer Erkrankungen stattfinden (Lönqvist, 2000).

Der Begriff Parasuizid deckt sich zum Teil mit dem traditionellen Begriff Suizidversuch, impliziert aber nicht die Selbsttötungsmöglichkeit bzw. -intention und ist insofern wesentlich weiter gefasst. Dieser erweiterte Begriff beschreibt besser, was

in der klinischen Versorgungssituation unter der Bezeichnung Suizidversuch subsummiert wird, denn bei vielen dieser „Suizidversuche“ besteht keine Selbsttötungsintention bzw. diese steht nicht im Vordergrund. Vielmehr sind der Wunsch nach Veränderungen von Lebenssituationen oder vermehrter Zuwendung durch die Umgebung (appellativer Suizidversuch, parasuizidale Geste) sowie das Bedürfnis nach Ruhe oder einer Pause (parasuizidale Pause) ausschlaggebend (Möller, Laux und Deister, 2001).

1.3.3. Ursachen und Risikofaktoren

Suizidalität ist ein multifaktoriell bedingtes Verhalten bei dem mehrere Ursachen nebeneinander eine Rolle spielen. Zum einen muss hier an affektiv-kognitive Faktoren, wie z. B. psychische Erkrankungen (z. B. Depression, Sucht, Schizophrenie oder andere Persönlichkeitsstörungen) und zum anderen an psychosoziale Faktoren, wie Arbeitslosigkeit, Schulden, Vereinsamung oder Trennung, gedacht werden (Möller, Laux und Deister, 2001). Auch eine Reihe von demographischen und biopsychosozialen Risikofaktoren wird allgemein als beständige Prädiktoren für vollendete Suizide genannt. Darunter zählen männliches Geschlecht, höheres Lebensalter, Verlust eines Lebenspartners, eingeschränkter Gesundheitszustand – insbesondere Erkrankungen, die mit starken Schmerzen einhergehen – sowie mangelnde soziale Unterstützung (Maris, 2000, Lambert und Fowler, 1997, Fischer et al., 2001, Ikeda et al., 2001). Als weitere Gruppe sind noch die biologischen Risikofaktoren zu nennen. Adoptions- und Familienstudien deuten darauf hin, dass suizidale Verhaltensweisen familiär gehäuft auftreten und somit möglicherweise einen genetischen Anteil haben (Preuss et al., 2004). So konnte z. B. in Zwillingsstudien eine höhere Konkordanzrate der Suizidalität bei monozygoten gegenüber dizygoten Paaren (13,2% gegenüber 0,7%) gezeigt werden. Selbsttötungsversuche zeigten sogar eine Konkordanzrate von 38%, die sehr viel höher ist, als die des vollendeten Suizides. Dies ist ein Hinweis darauf, dass auch diese Art der Suizidalität genetischen Einflüssen unterliegt (Roy, 1993, Statham et al., 1998). Alle diese Faktoren, meist ist es eine Kombination aus mehreren (z. B. hohes Lebensalter, Depression und Alkoholabhängigkeit), können eine Krise bei der betroffenen Person auslösen. Als Krise wird eine Situation beschrieben, in der ein Mensch aus unterschiedlichen Gründen Ereignisse nicht adäquat bewältigen kann und damit der Gefahr einer psychopathologischen Entwicklung ausgesetzt ist. Die

Folge einer solchen Krise kann der Suizid oder der Suizidversuch sein (Möller, Laux und Deister, 2001).

Auch die Alkoholabhängigkeit spielt bei der Suizidalität eine Rolle. Gesundheitsstatistiken und epidemiologische Studien weisen auf eine verkürzte Lebenserwartung von Alkoholkranken hin (Vaillant, 2003). Dies ist nicht nur auf die körperlichen Folgeschäden langjährigen Alkoholkonsums zurückzuführen, sondern auch durch eine deutlich erhöhte Suizidalität dieser Personengruppe zu erklären (Murphy et al., 1979, 1992, Murphy und Wetzel, 1990, Roy, 2001, 2002). So hat z. B. eine Alkoholabhängigkeit im Mittel eine verkürzte Lebenserwartung von etwa 12 bis 20 Jahren zur Folge (Poldrugo et al., 1993). Die Risikofaktoren bei Alkoholabhängigen sind, den oben bereits beschriebenen, sehr ähnlich (Beautrais et al., 1996). Allerdings werden Suizidversuche bei Alkoholabhängigen signifikant häufiger von Frauen als von Männern begangen (Preuss et al., 2002). Personen, die allein leben, getrennt oder geschieden sind, haben ein deutlich erhöhtes Risiko für suizidale Handlungen. Ebenso weisen, auch bei den Alkoholabhängigen, Menschen mit geringem Bildungsgrad, Arbeitslosigkeit und der Vorgeschichte einer psychiatrischen Behandlung eine erhöhte Wahrscheinlichkeit auf (van Kerkhof, 2000). Auch in der Prognose zukünftigen suizidalen Verhaltens haben zusätzlich bereits stattgefundene Suizidversuche einen signifikanten Einfluss. So ist das Risiko für einen weiteren Suizidversuch bei Alkoholkranken um das 3,3fache erhöht (Preuss et al., 2003, Demirbas et al., 2003).

1.3.4. Epidemiologie

Derzeit sterben jährlich weltweit rund 1 Mio. Menschen durch Suizid. Im Jahr 2020 werden es nach Schätzungen über 1,5 Mio. sein. Damit sterben weltweit mehr Menschen durch Selbsttötung als durch Unfälle, Krieg und Mord zusammen (Bertolote, 2001). In Deutschland starben laut Statistischem Bundesamt im Jahr 2003 11.150 Personen durch Suizid, was einer Rate von 1,3% gemessen an allen Todesursachen entsprach. Das waren ca. 12 Suizide pro 100.000 Einwohner im Jahr. Dabei wurden 73,4% (8.179 Personen) dieser Suizide von Männern und 26,6% (2.971 Personen) von Frauen verübt (Statistisches Bundesamt Deutschland, 2004a). Vergleicht man diese Zahlen mit den Zahlen von 1982, so erkennt man, dass die Suizidalität in den letzten 20 Jahren zurückgegangen ist. Damals

waren es noch 18.711 Fälle, was etwa 23 Suizide pro 100.000 Einwohner im Jahr entsprach. 1982 war auch die Verteilung auf Männer (65,6%) und Frauen (34,4%) anders als 2003. Man erkennt, dass der Großteil der Suizide zwar von Männern verübt wird, doch während es 1982 noch ein Verhältnis von 2:1 war, lag das Verhältnis 2003 mit 3:1 noch deutlicher auf der Seite der Männer (Statistisches Bundesamt Deutschland, 2004b). Neben der geschlechtlichen Differenzierung gibt es allerdings auch noch andere markante Unterschiede. So ist z. B. die Suizidrate im großstädtischen höher als im ländlichen Milieu. Auch gibt es epochale Schwankungen, so nimmt z. B. die Zahl der Suizide in Kriegszeiten ab, in Zeiten wirtschaftlichen Niedergangs dagegen zu (Möller, Laux und Deister, 2001). Bei allen Untersuchungen ist jedoch unklar, wie hoch die Dunkelziffer an nicht aufgeklärten Selbsttötungen ist.

Bei den Suizidversuchen ist die Erfassung genauer Zahlen noch schwieriger als bei den vollendeten Suiziden. Hier werden nur wenige Fälle aktenkundig und die tatsächliche Zahl der Suizidversuche kann nur geschätzt werden. Seit 1989 werden im Rahmen der European Study on Parasuicide durch die WHO die Suizidversuchsdaten für 16 Untersuchungsregionen in ganz Europa erfasst. Der Durchschnittswert aller Zentren betrug 1996 für Frauen 186 pro 100.000 Einwohner und für Männer 136 pro 100.000 Einwohner. Damit wurde gezeigt, dass Suizidversuche häufiger von Frauen unternommen werden als von Männern (Schmidtke et al., 1996).

Seit langem ist bekannt, dass auch die Alkoholabhängigkeit ein Hauptrisikofaktor für alle Formen von Suizidalität darstellt, d. h. Suizidgedanken, Suizidhandlungen und vollendete Suizide (Driessen, 2004). Bei über 90% der vollendeten Suizide wird eine psychiatrische Störung vermutet (Zilberman et al., 2003). Obwohl der größte Teil der vollendeten Suizide mit depressiven Störungen assoziiert ist, ist davon auszugehen, dass Alkohol- und Substanzmittelkonsum bei Adoleszenten und jungen Erwachsenen der zweithäufigste zu Grunde liegende Faktor bei vollendeten, wie auch versuchten Suiziden ist (Henriksson et al., 1995). In der Altersgruppe der 10- bis 19jährigen ist der vollendete Suizid in diesem Zusammenhang die dritthäufigste Todesursache (Borowsky et al., 1988). Im Jahr 1995 war es so, dass von den rund 11.000 vollendeten Suiziden in Deutschland 2950 von Männern

und 723 von Frauen im Kontext von Alkoholabhängigkeit, -missbrauch oder -intoxikation geschahen. Somit beträgt der Anteil dieser Todesfälle rund ein Drittel der vollendeten Suizide (Preuss et al., 2004). Es existieren Artikel, die bei Alkoholabhängigkeit oder -missbrauch ein 4,5fach erhöhtes Risiko für vollendeten Suizid angeben (Harris und Barraclough, 1997). Betrachtet man das Alter der Alkoholkranken, so findet man Artikel, die zwischen 40 und 60 Jahren sogar ein 12,8fach erhöhtes Risiko gegenüber 4,5fach in jüngeren Jahren angeben (Rossow und Amundsen, 1995).

Zusammenfassend kann man sagen, dass epidemiologische Studien durchgehend davon berichten, dass vollendete Suizide etwa drei- bis viermal häufiger von Männern begangen werden. Demgegenüber dominieren Frauen in der Häufigkeit bei Krankenhausaufnahmen wegen Selbsttötungsversuchen (Cantor, 2000). Außerdem belegen epidemiologische Daten und Untersuchungen an größeren Stichproben, dass eine Alkoholabhängigkeit, häufig in Verbindung mit dem Gebrauch anderer Substanzen, möglicherweise einen erheblichen Einfluss auf psychiatrische Komorbidität und suizidales Verhalten besitzen, die bei diesem Personenkreis überproportional häufig auftreten (Preuss, 2004).

1.4. Persönlichkeitsstörungen

1.4.1. Definitionen

Die individuelle Persönlichkeit zeichnet sich durch das Bestehen unterschiedlicher Persönlichkeitszüge aus und kann als ein Muster von charakteristischen Gedanken, Gefühlen und Verhaltensweisen, die eine Person von einer anderen unterscheiden und die über Zeit und Situation fortauern, verstanden werden (Möller, Laux und Deister, 2001).

Von Persönlichkeitsstörung spricht man, wenn eine Persönlichkeitsstruktur durch starke Ausprägung bestimmter Merkmale so akzentuiert ist, dass sich hieraus ernsthafte Leidenszustände und/oder Konflikte ergeben. Die Abweichung vom gesunden Seelenleben besteht weniger in dem Merkmal an sich, als in dessen Prägnanz und Dominanz. Selbstunsicherheit ist z. B. kaum einem Menschen fremd, sie ist eine ubiquitäre psychische Erscheinung und in gewissem Maße dem Men-

schen an sich gemäß. In extremer Ausprägung jedoch macht sie sich hinderlich und störend bemerkbar. Man spricht dann von selbstunsicherer oder sensitiver Persönlichkeitsstörung (Tölle und Windgassen, 2003).

Die Definition von Persönlichkeitsstörungen modifiziert nach ICD-10 stimmt weitgehend mit der Definition nach DSM-IV überein. Sie entspricht der Definition von K. Schneider (1923), der die statistische Norm und sowohl das Leiden des Betroffenen als auch das Leiden der Umwelt an dem Betroffenen hervorhob. Definition von Persönlichkeitsstörungen nach ICD-10 (Bronisch, 2003):

1. Die charakteristischen und dauerhaften inneren Erfahrungs- und Verhaltensmuster des Betroffenen weichen insgesamt deutlich von kulturell erwarteten und akzeptierten Vorgaben („Normen“) ab. Diese Abweichung äußert sich in mehr als einem der folgenden Bereiche:
 - Kognition,
 - Affektivität,
 - zwischenmenschliche Beziehungen und die Art des Umganges mit ihnen.
2. Die Abweichung ist so ausgeprägt, dass das daraus resultierende Verhalten in vielen persönlichen und sozialen Situationen unflexibel, unangepasst oder auch auf andere Weise unzweckmäßig ist (nicht begrenzt auf einen speziellen „triggernden“ Stimulus oder eine bestimmte Situation).
3. Persönlicher Leidensdruck, nachteiliger Einfluss auf die soziale Umwelt oder beides sind deutlich dem unter 2. beschriebenen Verhalten zuzuschreiben.
4. Nachweis, dass die Abweichung stabil, von langer Dauer ist und im späten Kindesalter oder der Adoleszenz begonnen hat.
5. Die Abweichung kann nicht durch das Vorliegen oder die Folge einer anderen psychischen Störung des Erwachsenenalters erklärt werden. Es können aber episodische oder chronische Zustandsbilder der Kapitel F0 bis F7 neben dieser Störung existieren oder sie überlagern.
6. Eine organische Erkrankung, Verletzung oder deutliche Funktionsstörung des Gehirns müssen als mögliche Ursache für die Abweichung ausgeschlossen werden (falls eine solche Verursachung nachweisbar ist, soll die Kategorie F07 verwendet werden).

1.4.2. Ätiologie und Pathogenese

Zur Ätiologie und Pathogenese ist nur wenig bekannt. Die erste Lehre von den „psychopatischen Minderwertigkeiten“ (der psychiatrischen Degenerationslehre nahe stehend) postulierte eine Anlage, die genetisch gemeint war. Demgegenüber vertraten psychoanalytische Schulen die Auffassung einer entwicklungs- und konfliktpsychologischen Entstehungsweise. In jüngerer Zeit wurden neurobiologische Untersuchungen in den Vordergrund gerückt. Keiner der genannten Ansätze führte bisher zu einer abgerundeten Theorie, sondern jeweils nur zu Einzelbefunden (Tölle und Windgassen, 2003).

1.4.3. Formen der Persönlichkeitsstörung

Die Einteilung der Persönlichkeitsstörungen in Gruppen oder Schweregrade kann von Diagnosesystem zu Diagnosesystem variieren. Das Vorhandensein der verschiedenen Formen der Persönlichkeitsstörungen in diesen Diagnosesystemen ist jedoch relativ ähnlich. Hier sollen die wichtigsten Persönlichkeitsstörungen, wie sie im ICD-10 und im DSM-IV vorkommen, kurz beschrieben werden.

1. **Paranoide Persönlichkeitsstörung:** Charakterisiert Menschen mit ausgeprägtem Misstrauen und Argwohn, verbunden mit der durchgehenden Tendenz, die Motive anderer als bedrohlich, feindselig und zurückweisend zu interpretieren (Herpertz und Wenning, 2003a).
2. **Schizoide Persönlichkeitsstörung:** Beschreibt Personen mit distanziert-kühlen, schroffen und einzelgängerischen Verhaltensweisen, die über eine nur eingeschränkte emotionale Erlebnis- und Ausdrucksfähigkeit verfügen (Herpertz und Wenning, 2003b).
3. **Dissoziale (antisoziale) Persönlichkeitsstörung:** Die Bandbreite des devianten Verhaltens variiert zwischen kleinen, lässlichen Lügen und Betrug in großem Stil, Manipulationen und Ausbeutung, kleinen Sticheleien über Bedrohung bis zu offenen Tötlichkeiten und brutaler Aggression (Müller-Isberner, Eucker und Herpertz, 2003).
4. **Emotional instabile Persönlichkeitsstörung:** Laut ICD-10 umfasst diese den **Borderline-Typus** und den **impulsiven Typus**. Diese Persönlichkeitsstörung ist durch vier Symptomkomplexe gekennzeichnet: Impulsivität, affektive Insta-

bilität, Instabilität in der Beziehungsgestaltung und Identitätsstörung (Herpertz und Wenning, 2003c).

5. **Histrionische Persönlichkeitsstörung:** Hauptmerkmale dieser Persönlichkeitsstörung sind die hohe Abhängigkeit von äußerer Aufmerksamkeit, Bestätigung und Anerkennung, die Suggestibilität und Neigung zu affektiver Labilität und rasch wechselndem, oberflächlichen Gefühlsausdruck (Herpertz und Wenning, 2003d).
6. **Anankastische (zwanghafte) Persönlichkeitsstörung:** Hauptmerkmale der anankastischen bzw. zwanghaften Persönlichkeitsstörung sind Gewissenhaftigkeit, Perfektionismus, Rigidität, Genussunfähigkeit und Normentreue (Herpertz und Wenning, 2003e).
7. **Selbstunsichere (ängstliche (vermeidende)) Persönlichkeitsstörung:** Sie beschreibt Menschen, die ein chronisches und durchgängiges Muster von Hemmungen in sozialen Situationen, von Minderwertigkeitsgefühlen und extremer Empfindlichkeit gegenüber negativer Bewertung zeigen (Wälte, 2003).
8. **Dependente (abhängige (asthenische)) Persönlichkeitsstörung:** Führendes Merkmal dieser Persönlichkeitsstörung ist die Überzeugung, das eigene Leben nicht selbständig führen zu können und inständig der Unterstützung anderer zu bedürfen (Herpertz und Wenning, 2003f).
9. **Schizotypische Persönlichkeitsstörung:** Sie beschreibt sonderlinghafte Menschen mit erheblichen sozialen und zwischenmenschlichen Defiziten und extremer sozialer Ängstlichkeit, die einen fließenden Übergang zu paranoiden Befürchtungen zeigt (Herpertz, 2003).
10. **Narzisstische Persönlichkeitsstörung:** Diese Personen zeichnen sich durch Gefühle der Großartigkeit, der Überlegenheit und des strotzenden Selbstbewusstseins aus, sind aber gleichzeitig in hohem Maße kränkbar und haben Angst vor negativer Beurteilung (Herpertz und Wenning, 2003g).
11. **Depressive Persönlichkeitsstörungen:** Depressionen gehören zu den affektiven Störungen. Hauptsymptome sind gedrückte Stimmung, Hemmung von Denken und Antrieb und körperlich-vegetative Störungen (Möller, Laux und Deister, 2001).

1.4.4. Einteilung der Persönlichkeitsstörungen nach ICD-10 und DSM-IV (Hoffmann, 2002)

Laut ICD-10 werden die oben beschriebenen Persönlichkeitsstörungen in „schwerere“ und „leichtere“ Persönlichkeitsstörungen eingeteilt.

1. „**schwerere**“ **Persönlichkeitsstörungen**

- Paranoide Persönlichkeitsstörung
- Schizoide Persönlichkeitsstörung
- Dissoziale Persönlichkeitsstörung
- Emotional instabile Persönlichkeitsstörung
 - Impulsiver Typus
 - Borderline-Typus

2. „**leichtere**“ **Persönlichkeitsstörungen**

- Histrionische Persönlichkeitsstörung
- Anankastische Persönlichkeitsstörung
- Ängstlich (vermeidende) Persönlichkeitsstörung
- Abhängige Persönlichkeitsstörung

Betrachtet man das DSM-IV, so werden die Persönlichkeitsstörungen (Achse II des DSM-IV) in drei Cluster eingeteilt.

1. **Cluster A – „odd-eccentric“**

- Paranoide Persönlichkeitsstörung
- Schizoide Persönlichkeitsstörung
- Schizotypische Persönlichkeitsstörung

2. **Cluster B – „dramatic-emotional“**

- Antisoziale Persönlichkeitsstörung
- Borderline-Persönlichkeitsstörung
- Histrionische Persönlichkeitsstörung
- Narzisstische Persönlichkeitsstörung

3. **Cluster C – „anxious-fearful“**

- Vermeidende Persönlichkeitsstörung
- Abhängige Persönlichkeitsstörung
- Zwanghafte Persönlichkeitsstörung

1.4.5. Epidemiologie und Prognose

In der unausgelesenen Gesamtbevölkerung liegt die Häufigkeit von Menschen, die die diagnostischen Kriterien einer Persönlichkeitsstörung erfüllen, bei 3-10% (Reich et al., 1989, Zimmermann und Coryll, 1990, Maier et al., 1992). Nach Saß (2000) treten Persönlichkeitsstörungen häufiger in der Stadtbevölkerung als in ländlichen Populationen auf und sind eher in sozial schwächeren Schichten anzutreffen. Es gibt keine Geschlechtspräferenz hinsichtlich der Gesamtheit der Persönlichkeitsstörungen, allerdings gibt es einige, zum Teil widersprüchliche Daten zur geschlechtsspezifischen Prävalenzverteilung bei einzelnen Persönlichkeitsstörungen. In unausgelesenen psychiatrischen Populationen werden Prävalenzraten von 40-60% angegeben (Mellsop et al., 1982, Saß und Mende, 1990, Oldham et al., 1992). Unter forensisch-psychiatrischen Patienten finden sich Prävalenzraten von bis zu 80% (Merikangas und Weissman, 1986, Saß, 1986). Die wohl repräsentativste Studie über Prävalenzraten bei psychiatrischen Patienten wurde von der WHO durchgeführt (Loranger et al., 1994). In dieser Studie erfüllten 39,5% der 716 untersuchten ambulanten und stationären psychiatrischen Patienten die Kriterien mindestens einer Persönlichkeitsstörung nach ICD-10.

Hinsichtlich der Prognose von Persönlichkeitsstörungen nimmt das Suizidrisiko eine zentrale Rolle ein. Es zeigt in der Gesamtgruppe der persönlichkeitsgestörten Individuen eine dreifache Erhöhung gegenüber der Allgemeinbevölkerung. Betrachtet man die verschiedenen Persönlichkeitsstörungstypen, so findet sich die höchste Suizidrate bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen, die mit 8% angegeben wird (Bronisch, 1995). Des Weiteren ist die Suizidgefahr besonders hoch bei der antisozialen und bei der narzisstischen Persönlichkeitsstörung. Die Bedeutung des Suizidrisikos bei persönlichkeitsgestörten Menschen wird auch bekräftigt durch Studien, die bei ca. einem Drittel der durch Suizid Verstorbenen eine Persönlichkeitsstörung zusätzlich zu einem depressiven Syndrom oder einer Alkoholabhängigkeit diagnostizierten (Herpertz und Saß, 2003). Allgemein kann man sagen, dass die Prognose vom speziellen Typus der Persönlichkeitsstörung, eventueller Komorbiditäten (insbesondere mit Suchtstörungen und depressiven Erkrankungen) sowie vom Schweregrad bestimmt wird (Saß, 2000). Die klinische Erfahrung zeigt, dass Motivation, Vertrauen in andere Menschen, Flexibilität sowie Einsicht in ein eigenes Beteiligtsein an zwischenmenschlichen Schwierigkeiten

prognostisch günstig sind. Demgegenüber zeigen Patienten mit hoher Externalisierungstendenz, geringer Reflexions- und Introspektionsfähigkeit sowie mit schlechtem sozialen Funktionsniveau eine eher ungünstige Prognose (Herpertz und Saß, 2003).

1.5. Fragestellung

In der Literatur werden bestimmte Persönlichkeitseigenschaften oder Persönlichkeitstypen mit der Entstehung und Aufrechterhaltung des Alkoholismus in Beziehung gebracht. Ebenso wird häufig das suizidale Verhalten von Alkoholkranken betrachtet sowie die Korrelation von suizidalem Verhalten und Persönlichkeitsstörungen.

In dieser Arbeit soll ein Beitrag zur Beantwortung der Frage geleistet werden, inwieweit das suizidale Verhalten einer Gruppe von stationär behandelten Alkoholkranken mit bestimmten Persönlichkeitsstörungen assoziiert ist.

2. Material und Methoden

2.1. Vorgehensweise

Die Studie konnte im Juni 1997 beginnen, nachdem sie von der Ethikkommission der Ludwig-Maximilians-Universität München, in Übereinstimmung mit den Prinzipien, die der Helsinki-Deklaration von 1964 zu Grunde liegen, genehmigt wurde.

Die Teilnehmer wurden anhand einer schriftlichen Patientenerklärung vor Beginn der Befragung über die Studie aufgeklärt. Nachdem alle zusätzlichen Fragen von Seiten der Patienten beantwortet wurden, musste jeder mittels Unterschrift erklären, dass er freiwillig und vollständig aufgeklärt an dieser Studie teilnimmt. Hierfür wurde eine schriftliche Einverständniserklärung nach den Empfehlungen des Weltärztebundes (Revidierte Deklaration von Helsinki, in der vom Weltärztebund bei seiner 41. Generalversammlung im September 1989 in Hongkong beschlossenen revidierten Fassung) verwendet (Dt. Ärzteblatt 88(50), 1991).

Die Befragung der Patienten erfolgte durch die folgenden vier Fragebögen:

1. **SSAGA**: Halbstrukturiertes Interview zur Beurteilung der genetischen Übertragbarkeit des Alkoholismus (Semi-Structured Assessment on the Genetics in Alcoholism) (Bucholz et al., 1995, Hesselbrock et al., 1999)
2. **SKID-II**: Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV, Achse II: Persönlichkeitsstörungen (deutsche Version, Wittchen et al., 1997)
3. **Neo-FFI**: Neo-Fünf-Faktoren-Inventar (Borkenau und Ostendorf, 1993)
4. **TCI**: Temperament- und Charakterinventar (Richter et al., 2000)

Die Fragebögen SSAGA und SKID-II wurden in Zusammenarbeit von Patient und Behandelnden als Interview durchgeführt. Die Dauer des Interviews lag im Durchschnitt bei 3 Stunden. Es wurde etwa 14 Tage nach der stationären Aufnahme, nach vollständiger, körperlicher Entgiftung sowie ohne psychopharmakologischen Einfluss durchgeführt. Die beiden anderen Fragebögen, NEO-FFI und TCI, wurden im Anschluss an das Interview und nach ausführlicher Instruktion von den Patienten selbständig ausgefüllt.

Nach der Befragung wurden jedem Patienten ca. 70 ml Blut entnommen. Dieses wurde in das Labor der Psychiatrischen Klinik der Ludwig-Maximilians-Universität

München gegeben. Die daraus gewonnenen Blutzellen wurden dort in einer Zellbank bis zur weiteren Untersuchung der Gene angereichert und gelagert.

2.2. Erhebungszeitraum und Selektionskriterien

Die Rekrutierung der stationär aufgenommenen Patienten aus der Suchtstation C4 der Psychiatrischen Klinik der Ludwig-Maximilians-Universität München begann im Juni 1997. Bis Februar 2005 stimmten 412 Patienten, davon 327 Männer und 85 Frauen, der oben beschriebenen Untersuchung zu. Von den insgesamt 412 Teilnehmern wurden 50 Patienten im Zeitraum von Oktober 2004 bis Februar 2005 von mir persönlich befragt. Die übrigen 362 Probanden nahmen im Zeitraum von Juni 1997 bis September 2004 an der Untersuchung teil und wurden von anderen Studienbeauftragten interviewt. Für die statistische Auswertung wurden die Daten aller 412 Patienten verwendet.

Auf die Selektion der Patienten wurde besonderer Wert gelegt. Hierzu wurden vor der Auswahl der Probanden die Krankenakten, welche zu Beginn der stationären Aufnahme von den behandelnden Ärzten angelegt wurden, eingehend studiert. Es wurde darauf geachtet, dass die Teilnehmer nicht verwandt, deutscher Abstammung und älter als 18 Jahre waren. Das Geschlecht spielte bei der Auswahl keine Rolle. Außerdem mussten die diagnostischen Kriterien für eine Alkoholabhängigkeit nach ICD-10 und DSM-IV vorliegen. Die Ausschlusskriterien sind im Punkt 2.3. zusammengefasst. Die Diagnose „Abhängigkeit“ nach ICD-10 konnte gestellt werden, wenn irgendwann während des letzten Jahres drei oder mehr der folgenden Kriterien gleichzeitig vorhanden waren (Dilling et al., 2000):

1. Ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, psychotrope Substanzen zu konsumieren.
2. Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums.
3. Ein körperliches Entzugssyndrom bei Beendigung oder Reduktion des Konsums, nachgewiesen durch die substanzspezifischen Entzugssymptome oder durch die Aufnahme der gleichen oder einer nahe verwandten Substanz, um Entzugssymptome zu mildern oder zu vermeiden.

4. Nachweis einer Toleranz. Um die ursprünglich durch niedrige Dosen erreichten Wirkungen der psychotropen Substanz hervorzurufen, sind zunehmend höhere Dosen erforderlich.
5. Fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügen oder Interessen zugunsten des Substanzkonsums. Erhöhter Zeitaufwand, um die Substanzen zu beschaffen, zu konsumieren oder sich von den Folgen zu erholen.
6. Anhaltender Substanzkonsum trotz Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen, wie z. B. Leberschädigung durch exzessives Trinken, depressive Verstimmung infolge starken Substanzkonsums oder drogenbedingte Verschlechterung kognitiver Faktoren. Es sollte dabei festgestellt werden, dass der Konsument sich tatsächlich über Art und Ausmaß der schädlichen Folgen im Klaren war oder dass zumindest davon auszugehen ist (Dilling et al., 2000).

Nachdem diese Selektionskriterien anhand der Krankenakten und in Gesprächen mit den behandelnden Ärzten überprüft wurden, wurden die in Frage kommenden Patienten über den Verlauf der Studie aufgeklärt und gebeten daran teilzunehmen. Wichtig war, dass die vorausgewählten Probanden freiwillig zur Teilnahme bereit waren und jederzeit die Chance besaßen die Befragung zu beenden. Alle Patienten hatten die Möglichkeit die Mitarbeit an der Studie ohne die Angabe von Gründen zu verweigern. Wurde dies in Anspruch genommen, wurde der Patient direkt von der Liste der potentiellen Teilnehmer gestrichen.

2.3. Ausschlusskriterien

Als Ausschlusskriterium galt das Vorliegen einer anderen, vom Alkohol unabhängigen, schweren psychischen Erkrankung, wie z. B. eine schizophrene Psychose. Auch Patienten mit schweren somatischen Erkrankungen oder zeitlich und räumlich desorientierte Patienten wurden nicht in die Studie mit einbezogen. Außerdem besaßen alle Teilnehmer zu jeder Zeit die Möglichkeit die Mitwirkung an der Befragung zu verweigern.

2.4. Untersuchungsinstrumente

2.4.1. SSAGA

Das SSAGA – Semi-Structured Assessment on the Genetics in Alcoholism (Bucholz et al., 1995, Hesselbrock et al., 1999) ist ein halbstrukturiertes Interview, bei dem es während der Befragung möglich ist, die gestellten Fragen umzuformulieren und dem Patienten zu erklären, so dass dieser eine korrekte Antwort geben kann. Dieser Fragebogen wurde für die COGA-Studie (Collaborative Study on the Genetics of Alcoholism) entworfen (Begleiter et al., 1995). Es ist ein polydiagnostisches Instrument, mit dem die folgenden Themenbereiche untersucht werden können: somatische Erkrankungen, Schweregrad, Verlauf, Folgeschäden und familiäre Belastung der Alkoholabhängigkeit, Marijuana- und Drogenmissbrauch bzw. -abhängigkeit, Depressionen, manische und wahnhaftige Störungen, Agoraphobie, Panikstörungen, Soziophobie, Zwangsgedanken und -handlungen, antisoziale Persönlichkeitsstörungen, Anorexie und Bulimie. Außerdem können mit diesem Fragebogen auch der Tabakkonsum, die medizinische Vergangenheit, die sozialen Umstände und das suizidale Verhalten der Patienten erfasst werden (Bucholz et al., 1995, Hesselbrock et al., 1999). Bei der Befragung wird jeder der genannten Themenbereiche strukturiert abgehandelt. Es werden Fragen über den Beginn, den Verlauf, die körperlichen, psychischen und sozialen Folgen und die eventuell bereits erfolgten Therapieversuche gestellt. Die meisten Fragen werden mit „ja“ oder „nein“ beantwortet. Es gibt bei diesem Bogen jedoch auch offene Fragen, die vom Patienten in eigenen Worten beantwortet werden müssen. Außerdem werden Fragen nach dem Alter der Patienten in bestimmten Situationen der einzelnen Themenbereiche gestellt, um einen zeitlichen Verlauf der Probleme zu erhalten.

Die Dauer der Befragung ist patientenabhängig und liegt deshalb zwischen 45 Minuten und 4 Stunden (Samet et al., 2004).

2.4.2. SKID-II

Das SKID-II: Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV, Achse II: Persönlichkeitsstörungen (deutsche Version, Wittchen et al., 1997a), das seit 1997 in Verwendung ist (Testkatalog, 2004/2005), wird ebenfalls als Interview mit dem Patien-

ten durchgeführt. Auch hierbei ist es möglich, auf Unklarheiten von Seiten des Teilnehmers einzugehen und diese aus dem Weg zu räumen (Samet, 2004). Der Fragebogen umfasst insgesamt 131 Fragen, die jeweils mit „Kriterium wird nicht erfüllt“, „Kriterium wird teilweise erfüllt“ oder mit „Kriterium wird erfüllt“ beantwortet werden können. Die Beurteilung obliegt in diesem Fall dem Interviewer. Er entscheidet anhand der Erzählungen und Beispiele des Patienten, ob das jeweilige Item auf den Patienten zutrifft, teilweise zutrifft oder nicht zutrifft. Die Fragen sind in Form von Aussagen zu Verhaltens-, Erlebnis- und Einstellungsweisen formuliert. Der Teilnehmer soll sich dabei auf die letzten 5 bis 10 Jahre beziehen und nicht etwa auf die letzten Tage oder Wochen, in der möglicherweise eine akute psychiatrische Symptomatik vorgelegen hat, d. h. er wird instruiert, sich so zu beschreiben wie er im Allgemeinen ist (Wittchen et al., 1997b). Der Bogen, dessen Items die Kriterien des DSM-IV repräsentieren, dient als Screening für die Merkmale der zwölf erfassten Persönlichkeitsstörungen (Testkatalog, 2004/2005). Diese zwölf Persönlichkeitsstörungen sind:

1. **Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung**
2. **Dependente Persönlichkeitsstörung**
3. **Zwanghafte Persönlichkeitsstörung**
4. **Negativistische Persönlichkeitsstörung**
5. **Depressive Persönlichkeitsstörung**
6. **Paranoide Persönlichkeitsstörung**
7. **Schizotypische Persönlichkeitsstörung**
8. **Schizoide Persönlichkeitsstörung**
9. **Histrionische Persönlichkeitsstörung**
10. **Narzisstische Persönlichkeitsstörung**
11. **Borderline-Persönlichkeitsstörung**
12. **Antisoziale Persönlichkeitsstörung**

Die Durchführungszeit bei diesem Fragebogen ist ebenfalls patientenabhängig und liegt im Durchschnitt bei 30 Minuten.

2.4.3. NEO-FFI

Anfang der achtziger Jahre entwickelten Costa und McCrae den Persönlichkeitsfragebogen NEO-Inventory. Sie benannten ihn nach den jeweiligen Anfangsbuch-

staben der Faktoren die er beschrieb: „Neurotizismus“, „Extraversion“ und „Offenheit für Erfahrung“ (McCrae und Costa, 1983). Im Jahre 1985 wurde das NEO-Inventory um die Faktoren „Verträglichkeit“ und „Gewissenhaftigkeit“ erweitert. Dieser neue Fragebogen, der als NEO-Personality-Inventory (NEO-PI) bezeichnet wurde (Amelang und Bartussek, 1990), ist 1991 nochmals überarbeitet worden und wurde 1992 unter dem Namen „Revised NEO-Personality-Inventory“ (NEO-PI-R) veröffentlicht (Costa und McCrae, 1991). Dieser Bogen enthält insgesamt 240 Items. Aus dem NEO-PI wurde eine 60 Items enthaltende Kurzfassung, das Neo-Five-Factor-Inventory (NEO-FFI), entwickelt. Dieses wurde 1993 von Borkenau und Ostendorf ins Deutsche übersetzt (Borkenau und Ostendorf, 1993). Je 12 der insgesamt 60 Fragen des Inventars beziehen sich auf die fünf, oben genannten Merkmalsbereiche, welche sich wie folgt beschreiben lassen:

1. Probanden mit hohen Werten in **Neurotizismus** neigen dazu, nervös, ängstlich, traurig, unsicher und verlegen zu sein und sich Sorgen um ihre Gesundheit zu machen. Sie neigen zu unrealistischen Ideen und sind weniger in der Lage, ihre Bedürfnisse zu kontrollieren und auf Stresssituationen angemessen zu reagieren.
2. Probanden mit hohen Werten in **Extraversion** sind gesellig, gesprächig, personenorientiert, herzlich, optimistisch und heiter. Sie mögen Anregungen und Aufregungen.
3. Probanden mit hohen Werten bezüglich **Offenheit für Erfahrung** zeichnen sich durch eine hohe Wertschätzung für neue Erfahrungen aus, sie bevorzugen Abwechslung, sind wissbegierig, kreativ, phantasievoll und unabhängig in ihrem Urteil. Sie haben vielfältige kulturelle Interessen und interessieren sich für öffentliche Ereignisse.
4. Probanden mit hohen Werten in der Skala **Verträglichkeit** sind altruistisch, mitfühlend, verständnisvoll und wohlwollend. Sie neigen zu zwischenmenschlichem Vertrauen, zur Kooperativität, zur Nachgiebigkeit, und sie haben ein starkes Harmoniebedürfnis.
5. Die Skala **Gewissenhaftigkeit** schließlich unterscheidet ordentliche, zuverlässige, hart arbeitende, disziplinierte, pünktliche, penible, ehrgeizige und systematische von nachlässigen und gleichgültigen Personen (Borkenau und Ostendorf, 1993).

Die Fragen sind so gestellt, dass der Patient eine persönliche Einschätzung über seine Erlebnis-, Handlungs- und Einstellungsweisen abgeben kann. Dabei muss er zwischen den folgenden fünf Antwortmöglichkeiten wählen: „starke Ablehnung“, „Ablehnung“, „Neutral“, „Zustimmung“ oder „starke Zustimmung“.

Der Fragebogen wird vom Patienten, nach genauer Instruktion selbständig ausgefüllt. Die Bearbeitungsdauer liegt bei 10-15 Minuten (Weyers et al., 1995). Der Bogen wurde den Teilnehmern nach der Bearbeitung des SSAGA und des SKID-II ausgehändigt.

2.4.4. TCI

Das Temperament and Character Inventory (TCI) wurde 1994 zur Bestimmung von Temperament und Charakter von Personen entwickelt (Cloninger et al., 1994). Die deutsche Übersetzung des TCI stammt von J. Richter aus dem Jahre 2000 (Richter et al., 2000). Der Fragebogen umfasst insgesamt 240 Items, die alle mit „ja“ oder „nein“ beantwortet werden müssen. Er besteht aus Fragen über Vorlieben und Abneigungen, emotionale Reaktionen, Interessen, Einstellungen und Ziele und Werte der betreffenden Person (Richter et al., 1999). Aus den 240 Fragen lassen sich insgesamt sieben Persönlichkeitsdimensionen höherer Ordnung erfassen (vier für das Temperament und drei für den Charakter). Jede der Temperaments- und Charaktereigenschaften ist multidimensional und besteht aus verschiedenen Aspekten oder Komponenten niedrigerer Ordnung (Subskalen). Im TCI werden insgesamt 25 Eigenschaften niedrigerer Ordnung beschrieben (12 für das Temperament und 13 für den Charakter) (Richter et al., 1999).

Die vier Persönlichkeitsdimensionen für das Temperament lauten:

1. **Novelty seeking (NS, Neugierverhalten)** (40 Items): Personen mit hohen Werten im Neugierverhalten neigen dazu, jähzornig, erregbar, untersuchend, neugierig, begeistert, überschwänglich, leicht gelangweilt, impulsiv und unordentlich zu sein.
2. **Harm avoidance (HA, Schadensvermeidung)** (36 Items): Personen mit hohen Schadensvermeidungswerten neigen dazu vorsichtig, angespannt, besorgt, nervös, schüchtern, zweifelnd, mutlos, unsicher, passiv, negativistisch oder pessimistisch zu sein sogar in solchen Situationen, die andere Menschen

nicht beunruhigen. Sie tendieren dazu, in den meisten sozialen Situationen gehemmt und scheu zu sein.

3. **Reward dependence (RD, Belohnungsabhängigkeit)** (24 Items): Personen mit hohen Werten in diesem Bereich neigen dazu, gutmütig, liebevoll und herzlich, feinfühlig, sich hingebend, abhängig und gesellig zu sein.
4. **Persitence (P, Beharrungsvermögen)** (8 Items): Dieser Personenkreis neigt dazu, ungeachtet von Enttäuschung und Ermüdung, fleißig, hart arbeitend, beharrlich und stabil zu sein. Sie sind ehrgeizig, leistungsorientiert und bereit, große Opfer für einen Erfolg zu bringen.

Die drei Dimensionen für den Charakter lauten:

1. **Self-directedness (SD, Selbstlenkungsfähigkeit)** (44 Items): Diese Personen werden als reif, stark, selbstgenügsam, verantwortlich, zuverlässig, zielgerichtet, konstruktiv und gut integriert beschrieben, wenn sie selbst die Gelegenheit zur persönlichen Mitbestimmung haben.
2. **Cooperativeness (CO, Kooperativität)** (42 Items): Personen mit hohen Werten werden als einfühlsame, tolerante, mitleidvolle, unterstützende, gerechte und prinzipienfeste Menschen beschrieben, die gern anderen zu Diensten sind und so viel als möglich mit anderen zusammenarbeiten.
3. **Self-transcendence (ST, Selbsttranszendenz)** (33 Items): Diese Personen werden bei hohen Werten als bescheiden, erfüllt, geduldig, kreativ, selbstlos und geistreich beschrieben.

Bei niedrigen Werten in den jeweiligen Temperament- und Charakterdimensionen werden die Personen gegenteilig, von den hier aufgezeigten Eigenschaften beschrieben (Richter et al., 1999).

Dieser Fragebogen wird ebenfalls vom Teilnehmer, nach genauer Instruktion selbstständig ausgefüllt. Die Bearbeitungsdauer liegt im Durchschnitt bei 30 Minuten. Die Patienten bekamen ihn zusammen mit dem NEO-FFI ausgehändigt.

2.5. Statistisches Verfahren

Die Ergebnisse der statistischen Auswertung wurden alle mit dem Statistikprogramm „Statistical Package for Social Sciences“ (SPSS Inc., Version 12.0G, Chicago, 2003) berechnet. Zur Errechnung von Häufigkeits- und Prozentverteilungen wurden Verfahren der deskriptiven Statistik angewandt. Außerdem wurden für einzelne Eigenschaften und Skalen Mittelwerte und deren Standardabweichung berechnet. Der Vergleich zwischen „suizidal vorbelasteten Patienten“ und „nicht suizidal vorbelasteten Patienten“ bei der Auswertung der Persönlichkeitsfragebögen SKID-II, TCI und NEO-FFI wurde mit Hilfe eines nichtparametrischen Tests für zwei unabhängige Stichproben durchgeführt. Statistische Signifikanz wurde definiert mit einem p-Wert < 0.05 , Hochsignifikanz mit einem p-Wert < 0.01 .

3. Ergebnisse

Bei der Beschreibung aller Tabellen gilt: **n** ist die Anzahl der Patienten, die bei der Erhebung der Tabelle eine brauchbare bzw. eine positive Aussage im Fragebogen lieferten, **sd** ist die Standardabweichung, **n.s.:** nicht signifikant, **§:** signifikant, **§§:** hoch signifikant

3.1. Soziodemographische Daten der Patienten

Vom Beginn der Studie im Juni 1997 bis zum Februar 2005 nahmen bisher insgesamt 412 Patienten, davon 327 Männer (79,4%) und 85 Frauen (20,6%), an der Untersuchung teil (vgl. Tabelle 1).

Tabelle 1: Geschlechtsverteilung

	n	%
männlich	327	79,4
weiblich	85	20,6

Wie in Tabelle 2 zu sehen ist, lag das Durchschnittsalter der Patienten bei 43,1 Jahren (sd=9,58), wobei die Männer im Mittel leicht unter (43,0 Jahre) und die Frauen leicht über (43,6 Jahre) dem Durchschnitt lagen. Die Standardabweichung war dementsprechend bei den Männern leicht unter (sd=9,51) und bei den Frauen leicht über (sd=9,94) dem Durchschnitt.

Tabelle 2: Altersverteilung

Geschlecht	n	jüngster	Durchschnitt	ältester	sd
gesamt	381	19	43,1	74	9,58
männlich	310	19	43,0	74	9,51
weiblich	71	21	43,6	73	9,94

Zum Zeitpunkt der Befragung waren 27,2% (n=112) der Patienten verheiratet und 30,1% (n=124) noch nie verheiratet. 1,9% (n=8) waren verwitwet und 20,9% (n=86) zu dieser Zeit getrennt lebend. Mindestens eine eheähnliche Beziehung bestand bereits bei 77,4% (n=319) der Befragten. Bei den Scheidungen war es so, dass 27,7% (n=114) einmal und 3,2% (n=13) bereits zum zweiten Mal geschieden waren (vgl. Tabelle 3).

Tabelle 3: Familienstand gesamt

	n	%	keine Angabe
verheiratet	112	27,2	35
verwitwet	8	1,9	50
getrennt lebend	86	20,9	75
nie verheiratet	124	30,1	62
mindestens eine eheähnliche Beziehung	319	77,4	37
Scheidungen			57
einmal geschieden	114	27,7	
zweimal geschieden	13	3,2	

In Tabelle 4 ist zu sehen, dass sich die Angaben des Familienstandes bei den Männern in etwa mit den Angaben aus Tabelle 3 (Familienstand gesamt) decken.

Tabelle 4: Familienstand Männer

	n	%	keine Angabe
verheiratet	94	28,7	21
verwitwet	5	1,5	33
getrennt lebend	68	20,8	55
nie verheiratet	104	31,8	45
mindestens eine eheähnliche Beziehung	254	77,7	24
Scheidungen			39
einmal geschieden	89	27,2	
zweimal geschieden	10	3,1	

Anders ist es, wenn man den Familienstand der Frauen gesondert betrachtet und diesen mit Tabelle 3 vergleicht. Dabei fällt auf, dass bei den Frauen zum Zeitpunkt der Erhebung wesentlich weniger verheiratet (21,2% (n=18)) und auch weniger nie verheiratet (23,5% (n=20)) waren. Dies hat zur Folge, dass die Angaben für verwitwet (3,5% (n=3)), getrennt lebend (21,2% (n=18)) und für die Scheidungen (einmal 29,4% (n=25), zweimal 3,5% (n=3)) dementsprechend erhöht waren (vgl. Tabelle 5).

Tabelle 5: Familienstand Frauen

	n	%	keine Angabe
verheiratet	18	21,2	14
verwitwet	3	3,5	17
getrennt lebend	18	21,2	20
nie verheiratet	20	23,5	17
mindestens eine eheähnliche Beziehung	65	76,5	13
Scheidungen			18
einmal geschieden	25	29,4	
zweimal geschieden	3	3,5	

Aus Tabelle 6 lässt sich entnehmen, dass die Teilnehmer im Durchschnitt 13,0 Jahre (sd=3,62) einen Schulunterricht besucht haben. Bei dieser Erhebung war die Art der Schule (z. B. Haupt-, Real-, Fach- oder Hochschule) nicht relevant. Die männlichen Patienten hatten im Schnitt etwas mehr (13,1 Jahre (sd=3,73)) und die weiblichen etwas weniger (12,6 Jahre (sd=3,10)) Unterrichtsjahre als der Gesamtdurchschnitt.

Tabelle 6: Durchschnittlich besuchte Unterrichtsjahre

Geschlecht	n	Jahre	sd
gesamt	377	13,0	3,62
männlich	306	13,1	3,73
weiblich	71	12,6	3,10

In Tabelle 7 kann man erkennen, dass von den Männern 30,9% (n=101) eine Hauptschule, 20,8% (n=68) eine Realschule und 18,7% (n=61) ein Gymnasium besuchten. 42,2% (n=138) besuchten zudem noch eine Fachschule und 14,1% (n=46) eine Hochschule. Von allen befragten Männern haben 85,9% (n=281) einen Schulabschluss und 70,9% (n=232) auch einen Schulabschluss der von ihnen zuletzt besuchten Schule.

Tabelle 7: Schulabschluss der Männer

	n	%	keine Angabe
Hauptschule	101	30,9	83
Realschule	68	20,8	86
Gymnasium	61	18,7	87
Fachschule	138	42,2	64
Hochschule	46	14,1	83
Schulabschluss	281	85,9	25
Schulabschluss der letzten Schule	232	70,9	54

Bei den Frauen kann man feststellen, dass lediglich 22,4% (n=19) eine Hauptschule, jedoch jeweils 23,5% (n=20) eine Realschule oder ein Gymnasium besuchten. Die Fach- bzw. Hochschulen wurden von den Frauen weniger besucht als von den Männern (Fachschule: 35,3% (n=30), Hochschule: 12,9% (n=11)). Zum gleichen Ergebnis kommt man bei Betrachtung des Schulabschlusses (76,5% (n=65)) und des Schulabschlusses der zuletzt besuchten Schule (67,1% (n=57)) (vgl. Tabelle 8).

Tabelle 8: Schulabschluss der Frauen

	n	%	keine Angabe
Hauptschule	19	22,4	24
Realschule	20	23,5	25
Gymnasium	20	23,5	24
Fachschule	30	35,3	22
Hochschule	11	12,9	23
Schulabschluss	65	76,5	14
Schulabschluss der letzten Schule	57	67,1	21

Aus Tabelle 9 kann man die berufliche Situation der männlichen Patienten entnehmen. Die befragten Männer (n=272) haben in den letzten 12 Monaten im Durchschnitt 8,1 Monate gearbeitet. Die Standardabweichung betrug 5,00. 49,8% (n=163) hatten eine Vollzeitbeschäftigung und 47,7% (n=156) waren zum Zeitpunkt der Befragung erwerbstätig. Das durchschnittliche Netto-Einkommen von 297 Befragten betrug zwischen 1400 – 1700 Euro.

Tabelle 9: Berufliche Situation der männlichen Patienten

	n	%	Monate	sd	Euro	keine Angabe
innerhalb der letzten 12 Monate erwerbstätig	272		8,1	5,00		55
Vollzeitbeschäftigung	163	49,8				45
zur Zeit erwerbstätig	156	47,7				22
Durchschnittliches Netto-Einkommen	297				1400-1700	30

Die weiblichen Patienten (n=64) hingegen arbeiteten in den letzten 12 Monaten im Durchschnitt lediglich 6,3 Monate, bei einer Standardabweichung von 5,60. In Vollzeit waren dabei nur 34,1% (n=29) beschäftigt und zum Zeitpunkt der Befragung waren lediglich 37,5% (n=32) erwerbstätig. Das durchschnittliche Netto-Einkommen von 71 Befragten betrug hierbei 1000 – 1400 Euro (vgl. Tabelle 10).

Tabelle 10: Berufliche Situation der weiblichen Patienten

	n	%	Monate	sd	Euro	keine Angabe
innerhalb der letzten 12 Monate erwerbstätig	64		6,3	5,60		21
Vollzeitbeschäftigung	29	34,1				16
zu Zeit erwerbstätig	32	37,6				14
Durchschnittliches Netto-Einkommen	71				1000-1400	14

3.2. Untersuchung der Alkoholabhängigkeit

Wie aus Tabelle 11 zu entnehmen ist, betrug der durchschnittliche Alkoholkonsum von 386 Befragten täglich umgerechnet 290,0g reinen Alkohol in den letzten Wochen bis zum Aufnahmezeitpunkt, die Standardabweichung lag bei 177,24. Bei den männlichen Patienten (n=313) lag die Menge mit durchschnittlich 312,3g (sd=183,92) leicht über und bei den weiblichen Patienten (n=73) mit durchschnittlich 194,4g (sd=99,90) deutlich unter dem Gesamtdurchschnitt.

Tabelle 11: Tägliche Trinkmenge Alkohol (Gramm)

Geschlecht	n	Trinkmenge	sd	keine Angabe
gesamt	386	290,0	177,24	26
männlich	313	312,3	183,92	14
weiblich	73	194,4	99,90	12

Tabelle 12 beschreibt das Ersterkrankungsalter der Alkoholabhängigkeit. Das Durchschnittsalter der insgesamt 387 Patienten betrug 30,8 Jahre, die Standardabweichung lag hier bei 9,35. Die männlichen Patienten (n=314) hatten ein Durchschnittsalter von 30,1 Jahre (sd=9,19) und lagen damit leicht unter dem Gesamtdurchschnitt. Bei den Frauen konnte man beobachten, dass sie mit 33,8 Jahren (sd=9,52) deutlich über dem Gesamtdurchschnittsalter lagen.

Tabelle 12: Ersterkrankungsalter (Jahre)

Geschlecht	n	Alter	sd	keine Angabe
gesamt	387	30,8	9,35	25
männlich	314	30,1	9,19	13
weiblich	73	33,8	9,52	12

Die Dauer der Alkoholabhängigkeit betrug auf dieser Suchtstation im Durchschnitt 12,4 Jahre (sd=7,90). Bei den 307 männlichen Patienten lag sie mit 13,0 Jahren (sd=7,93) leicht über dem Durchschnitt. Bei den weiblichen Probanden (n=70) war die Dauer der Alkoholabhängigkeit mit 9,9 Jahren (sd=7,32) deutlich unter dem Gesamtdurchschnitt (vgl. Tabelle 13).

Tabelle 13: Dauer der Abhängigkeit (Jahre)

Geschlecht	n	Dauer	sd	keine Angabe
gesamt	377	12,4	7,90	35
männlich	307	13,0	7,93	20
weiblich	70	9,9	7,32	15

3.3. Untersuchung der Suizidalität

Bei der Untersuchung der Suizidversuche kann man feststellen, dass von den insgesamt 412 befragten Patienten bereits 23,1% (n=95) mindestens einen Suizidversuch unternommen haben. Betrachtet man Männer und Frauen getrennt, so sieht man, dass die Männer mit 22,9% (n=75) leicht unter und die Frauen mit 23,5% (n=20) leicht über diesem Durchschnitt lagen (vgl. Tabelle 14). Die Art wie der Suizidversuch unternommen wurde bzw. die Einteilung in „harte“ und „weiche“ Suizidversuchsmethoden folgt in Tabelle 19.

Tabelle 14: Suizidversuche

Geschlecht	n	%	keine Angabe
gesamt	95	23,1	24
männlich	75	22,9	12
weiblich	20	23,5	12

Aus Tabelle 15 kann man das durchschnittliche Alter beim ersten Suizidversuch entnehmen. Das Durchschnittsalter aller Befragten (n=84) lag bei 28,9 Jahren. Die Standardabweichung war dabei 10,83. Bei den männlichen Patienten (n=66) war das Alter mit 28,4 Jahren und einer Standardabweichung von 10,21 leicht unter und bei den weiblichen Patienten mit 30,6 Jahren (sd=13,03) etwas über dem Gesamtdurchschnitt.

Tabelle 15: Durchschnittsalter beim Erstversuch

Geschlecht	n	Alter	sd	keine Angabe
gesamt	84	28,9	10,83	11
männlich	66	28,4	10,21	9
weiblich	18	30,6	13,03	2

Bei der Betrachtung der Häufigkeit der Suizidversuche kann man feststellen, dass 57,9% (n=55) lediglich einen Versuch unternommen haben. Zweitversuche mit 12,6% (n=12), Drittversuche mit 10,5% (n=10), Viertversuche mit 5,3% (n=5) und Fünftversuche mit 3,2% (n=3) lagen der Reihe nach dahinter (vgl. Tabelle 16).

Tabelle 16: Häufigkeit der Suizidversuche gesamt

Häufigkeit	n	%
1	55	57,9
2	12	12,6
3	10	10,5
4	5	5,3
5	3	3,2
keine Angabe	10	10,5

Das gleiche Verhältnis spiegelt sich wieder, wenn Männer und Frauen getrennt voneinander betrachtet werden. Auch hier lag der einmalige Versuch mit weitem Abstand vor dem Zweit- und Drittversuch, die wiederum einen kleinen Abstand zum Viert- und Fünftversuch hatten (vgl. Tabelle 17 und 18).

Tabelle 17: Häufigkeit der Suizidversuche bei Männern

Häufigkeit	n	%
1	45	60,0
2	8	10,7
3	6	8,0
4	5	6,7
5	3	4,0
keine Angabe	8	10,7

Tabelle 18: Häufigkeit der Suizidversuche bei Frauen

Häufigkeit	n	%
1	10	50,0
2	4	20,0
3	4	20,0
keine Angabe	2	10,0

In Tabelle 19 wird die Verteilung bei der Vorgehensweise beim Suizidversuch dargestellt. Dabei wird in „harte“ und „weiche“ Suizidversuchsmethoden unterschieden. Die „weichen“ Methoden sind: „Alkohol und Tabletten“ oder nur „Tabletten“. Die „harten“ Methoden sind: „Pulsaderschnitt“, „Strangulation“ oder der „Sprung von einer Brücke/aus dem Fenster“. Der Vergleich der Suizidversuchsmethoden in Abhängigkeit von der Zuordnung zu „männliche“ und „weibliche Patienten“ (Signifikanz) wurde mit einem nichtparametrischen Test für zwei unabhängige Stichproben mit Hilfe des Statistikprogramms SPSS durchgeführt.

Betrachtet man alle Patienten, die bereits einen Suizidversuch unternommen haben, so sieht man, dass sich 25,3% (n=24) mit Alkohol und Tablette das Leben nehmen wollten. An zweiter Stelle stand mit 24,2% (n=23) der Pulsaderschnitt, gefolgt von Tabletten mit 21,1% (n=20). Danach folgten zu gleichen Teilen, je

6,3% (n=6), Strangulation und der Sprung von einer Brücke oder aus dem Fenster. Des Weiteren waren noch andere „harte“ Versuche mit 15,8% (n=15) und andere „weiche“ Versuche mit 3,2% (n=3) aufgeführt.

Wenn man sich nur die Männer herausgreift, ergibt sich eine etwas veränderte Reihenfolge der Häufigkeiten. Hier rangierte der Pulsaderschnitt mit 25,3% (n=19) an erster Stelle, gefolgt von Alkohol und Tabletten mit 22,7% (n=17). Die weiteren Vorgehensweisen wurden in gleicher Reihenfolge wie oben beschrieben durchgeführt. Auffällig ist, dass die Versuche sich durch Strangulation oder den Sprung von einer Brücke oder aus dem Fenster das Leben zu nehmen ausschließlich von den männlichen Patienten angegeben wurden (je 8,0% (n=6)).

Werden ausnahmslos die Frauen betrachtet, so ergibt sich erneut eine etwas andere Häufigkeitsverteilung. Zu sehen ist, dass wieder Alkohol und Tabletten mit 35,0% (n=7) an erster Stelle standen. Nun folgten aber, anders als bei der Gesamtzahl, Tabletten mit 30,0% (n=6) und danach erst der Pulsaderschnitt (20,0% (n=4)). Wie oben bereits beschrieben, hatten 0,0% (n=0) der Frauen versucht sich durch Strangulation oder den Sprung aus großer Höhe das Leben zu nehmen. Auch die Anzahl der anderen „harten“ Versuche lag mit 10,0% (n=2) deutlich unter der des gesamten Patientenpools und auch unter der der männlichen Patienten.

Beim Vergleich der Vorgehensweisen in Abhängigkeit von der Zuordnung zu „männliche“ und „weibliche Patienten“ konnte bei keiner Suizidversuchsmethode ein signifikantes Ergebnis festgestellt werden.

Tabelle 19: Vorgehensweise beim Suizidversuch

Vorgehensweise in %	gesamt (n)	männlich (n)	weiblich (n)	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	
Alkohol und Tabletten	25,3 (24)	22,7 (17)	35,0 (7)	,248	n.s.
Pulsaderschnitt	24,2 (23)	25,3 (19)	20,0 (4)	,643	n.s.
Tabletten	21,1 (20)	17,3 (13)	30,0 (6)	,200	n.s.
Strangulation	6,3 (6)	8,0 (6)	0,0 (0)	,197	n.s.
Sprung von einer Brücke/ aus dem Fenster	6,3 (6)	8,0 (6)	0,0 (0)	,197	n.s.
andere „harte“	15,8 (15)	17,3 (13)	10,0 (2)	,439	n.s.
andere „weiche“	3,2 (3)	2,7 (2)	5,0 (1)	,590	n.s.

3.4. Untersuchung der SKID-II-Persönlichkeitsstörungen

In den Tabellen 20 bis 28 wird jeweils die Häufigkeit des Auftretens der SKID-II-Persönlichkeitsstörungen beschrieben. Die Einteilung erfolgt in die drei Gruppen „gesamter Patientenpool“ (Tabellen 20 bis 22), „nicht suizidal vorbelastete Patienten“ (Tabellen 23 bis 25) und „suizidal vorbelastete Patienten“ (Tabellen 26 bis 28). Außerdem wird bei diesen drei Gruppen jeweils noch in „gesamte“, „männliche“ und „weibliche“ Patienten unterschieden. Die Untersuchung der Signifikanz der Persönlichkeitsstörungen in Abhängigkeit von der Zuordnung zu „nicht suizidal vorbelastete“ und „suizidal vorbelastete Patienten“ erfolgt in Tabelle 29.

3.4.1. Gesamter Patientenpool

Tabelle 20 stellt die SKID-II-Persönlichkeitsstörungen (P.) des gesamten Patientenpools dar. Man erkennt, dass die antisoziale P. im Erwachsenenalter mit 34,5% (n=142) und die zwanghafte P. mit 29,4% (n=121) am häufigsten auftraten. Auf Position drei folgte mit 17,7% (n=73) die paranoide P., gefolgt von der antisozialen P. in der Kindheit mit 16,7% (n=69), der Borderline-P. mit 14,1% (n=58) und der selbstunsicheren P. mit 12,1% (n=50). Die weiteren, in diesem Fragebogen erfassten P. spielten hier eine untergeordnete Rolle.

Tabelle 20: Auftreten von SKID-II-Persönlichkeitsstörungen beim gesamten Patientenpool

Art der Persönlichkeitsstörung	n	%	keine Angabe
Selbstunsichere P.	50	12,1	40
Dependente P.	34	8,3	40
Zwanghafte P.	121	29,4	40
Negativistische P.	32	7,8	40
Depressive P.	42	10,2	40
Paranoide P.	73	17,7	40
Schizotypische P.	7	1,7	40
Schizoide P.	25	6,1	40
Histrionische P.	22	5,3	40
Narzisstische P.	46	11,2	40
Borderline-P.	58	14,1	40
Antisoziale P. – Kindheit	69	16,7	40
Antisoziale P. – Erwachsenenalter	142	34,5	41
Persönlichkeitsstörung NNB	13	3,2	40

Bei ausschließlicher Betrachtung der Männer, ergibt sich auf den vorderen Plätzen eine ganz ähnliche Verteilung. Auch hier traten die antisoziale P. im Erwachsenenalter mit 40,7% (n=133) und die zwanghafte P. mit 32,1% (n=105) am häufigsten auf. Dahinter folgten mit 19,6% (n=64) die paranoide P., mit 19,3% (n=63) die antisoziale P. in der Kindheit und die Borderline-P. mit 14,7% (n=48). An sechster Stelle stand bei den Männern jedoch die narzisstische P. mit 13,5% (n=44). Die weiteren P. spielten auch bei dieser Betrachtung nur eine Nebenrolle (vgl. Tabelle 21).

Tabelle 21: Auftreten von SKID-II-Persönlichkeitsstörungen bei den männlichen Patienten

Art der Persönlichkeitsstörung	n	%	keine Angabe
Selbstunsichere P.	40	12,2	23
Dependente P.	26	8,0	23
Zwanghafte P.	105	32,1	23
Negativistische P.	29	8,9	23
Depressive P.	35	10,7	23
Paranoide P.	64	19,6	23
Schizotypische P.	7	2,1	23
Schizoide P.	23	7,0	23
Histrionische P.	16	4,9	23
Narzisstische P.	44	13,5	23
Borderline-P.	48	14,7	23
Antisoziale P. – Kindheit	63	19,3	23
Antisoziale P. – Erwachsenenalter	133	40,7	23
Persönlichkeitsstörung NNB	11	3,4	23

Tabelle 22 beschreibt die Persönlichkeitsstörungen der weiblichen Patienten. Hierbei ist eine vollkommen veränderte Reihenfolge zu finden. An erster Stelle stand mit 18,8% (n=16) die zwanghafte P., gefolgt von der Borderline-P. und der selbstunsicheren P. mit je 11,8% (n=10). Dahinter fand man mit jeweils 10,6% (n=9) die paranoide P. und die antisoziale P. im Erwachsenenalter. Weiter traten noch häufig die dependente P. (9,4% (n=8)) und die depressive P. (8,2% (n=7)) auf. Alle weiteren waren wieder in einer untergeordneten Rolle.

Tabelle 22: Auftreten von SKID-II-Persönlichkeitsstörungen bei den weiblichen Patienten

Art der Persönlichkeitsstörung	n	%	keine Angabe
Selbstunsichere P.	10	11,8	17
Dependente P.	8	9,4	17
Zwanghafte P.	16	18,8	17
Negativistische P.	3	3,5	17
Depressive P.	7	8,2	17
Paranoide P.	9	10,6	17
Schizotypische P.	0	0,0	17
Schizoide P.	2	2,4	17
Histrionische P.	6	7,1	17
Narzisstische P.	2	2,4	17
Borderline-P.	10	11,8	17
Antisoziale P. – Kindheit	6	7,1	17
Antisoziale P. – Erwachsenenalter	9	10,6	18
Persönlichkeitsstörung NNB	2	2,4	17

3.4.2. Nicht suizidal vorbelastete Patienten

Die Tabellen 23 bis 25 zeigen die Häufigkeitsverteilungen von SKID-II-Persönlichkeitsstörungen bei den nicht suizidal vorbelasteten Patienten. Tabelle 23 veranschaulicht diese Verteilung unter Einbeziehung des gesamten Patientenpools. Dabei lässt sich eine ähnliche Rangliste wie in Tabelle 20 feststellen. Auch hier stand die antisoziale P. im Erwachsenenalter mit 33,1% (n=97) an erster Stelle, gefolgt von der zwanghaften P. mit 29,0% (n=85). Dahinter erschien mit 17,4% (n=51) die paranoide P. und mit 14,7% (n=43) die antisoziale P. in der Kindheit. Nun folgte, anders als in Tabelle 20, die narzisstische P. mit 11,3% (n=33). An nächster Stelle stand, wie oben beschrieben, die selbstunsichere P. mit 9,9% (n=29). Alle anderen P. spielten auch hier wieder eine untergeordnete Rolle.

Tabelle 23: Auftreten von SKID-II-Persönlichkeitsstörungen bei den nicht suizidal vorbelasteten Patienten

Art der Persönlichkeitsstörung	n	%	keine Angabe
Selbstunsichere P.	29	9,9	12
Dependente P.	20	6,8	12
Zwanghafte P.	85	29,0	12
Negativistische P.	22	7,5	12
Depressive P.	24	8,2	12

Tabelle 23: Auftreten von SKID-II-Persönlichkeitsstörungen bei den nicht suizidal vorbelasteten Patienten

Art der Persönlichkeitsstörung	n	%	keine Angabe
Paranoide P.	51	17,4	12
Schizotypische P.	4	1,4	12
Schizoide P.	18	6,1	12
Histrionische P.	17	5,8	12
Narzisstische P.	33	11,3	12
Borderline-P.	18	6,1	12
Antisoziale P. – Kindheit	43	14,7	12
Antisoziale P. – Erwachsenenalter	97	33,1	13
Persönlichkeitsstörung NNB	8	2,7	12

In Tabelle 24 werden von den nicht suizidal vorbelasteten Patienten ausschließlich die männlichen Teilnehmer betrachtet. Dabei ergibt sich die gleiche Reihenfolge wie in Tabelle 23. An oberster Position stand die antisoziale P. im Erwachsenenalter mit 38,8% (n=93), dahinter die zwanghafte P. mit 30,8% (n=74), gefolgt von der paranoiden P. mit 18,8% (n=45). Als nächstes folgten erneut die antisoziale P. in der Kindheit mit 17,1% (n=41), mit 12,9% (n=31) die narzisstische P. und mit 9,2% (n=22) die selbstunsichere P.. Alle weiteren P. hatten auch hier wieder weniger Bedeutung.

Tabelle 24: Auftreten von SKID-II-Persönlichkeitsstörungen bei den nicht suizidal vorbelasteten Patienten – männliche Patienten

Art der Persönlichkeitsstörung	n	%	keine Angabe
Selbstunsichere P.	22	9,2	10
Dependente P.	14	5,8	10
Zwanghafte P.	74	30,8	10
Negativistische P.	19	7,9	10
Depressive P.	19	7,9	10
Paranoide P.	45	18,8	10
Schizotypische P.	4	1,7	10
Schizoide P.	17	7,1	10
Histrionische P.	12	5,0	10
Narzisstische P.	31	12,9	10
Borderline-P.	15	6,3	10
Antisoziale P. – Kindheit	41	17,1	10
Antisoziale P. – Erwachsenenalter	93	38,8	10
Persönlichkeitsstörung NNB	6	2,5	10

Tabelle 25 zeigt die Verteilung der Persönlichkeitsstörungen bei den weiblichen Patienten in dieser Personengruppe. Dabei ergibt sich eine vollkommen andere Reihenfolge wie zuvor. Hier stand die zwanghafte P. mit 20,8% (n=11) an oberster Position, gefolgt von der selbstunsicheren P. mit 13,2% (n=7). Dahinter kamen mit jeweils 11,3% (n=6) die dependente P. und die paranoide P. und mit je 9,4% (n=5) die depressive P. und die histrionische P.. Erst an fünfter Stelle folgte hier die antisoziale P. im Erwachsenenalter mit 7,5% (n=4). Alle anderen P. folgten in untergeordneter Rolle.

Tabelle 25: Auftreten von SKID-II-Persönlichkeitsstörungen bei den nicht suizidal vorbelasteten Patienten – weibliche Patienten

Art der Persönlichkeitsstörung	n	%	keine Angabe
Selbstunsichere P.	7	13,2	2
Dependente P.	6	11,3	2
Zwanghafte P.	11	20,8	2
Negativistische P.	3	5,7	2
Depressive P.	5	9,4	2
Paranoide P.	6	11,3	2
Schizotypische P.	0	0,0	2
Schizoide P.	1	1,9	2
Histrionische P.	5	9,4	2
Narzisstische P.	2	3,8	2
Borderline-P.	3	5,7	2
Antisoziale P. – Kindheit	2	3,8	2
Antisoziale P. – Erwachsenenalter	4	7,5	3
Persönlichkeitsstörung NNB	2	3,8	2

3.4.3. Suizidal vorbelastete Patienten

In den Tabellen 26 bis 28 wird noch die Personengruppe der suizidal vorbelasteten Patienten betrachtet. Dabei wurden in Tabelle 26 erneut zuerst Frauen und Männer gemeinsam untersucht. Bei einem Vergleich mit Tabelle 20 stellte man hierbei eine veränderte Reihenfolge fest. An erste Stelle stand mit 47,4% (n=45) die antisozialen P. im Erwachsenenalter, diesmal jedoch gefolgt von der Borderline-P. mit 42,1% (n=40) und danach erst die zwanghafte P. mit 37,9% (n=36). Dahinter folgten die antisozialen P. in der Kindheit mit 27,4% (n=26), die paranoide P. mit 23,2% (n=22) und die selbstunsichere P. mit 22,1% (n=21). Eine gewichtige Rolle spielten diesmal noch die depressive P. (18,9% (n=18)), die dependente P.

(14,7% (n=14)), die narzisstische P. (13,7 (n=13)) und die negativistische P. (10,5% (n=10)). Die anderen P. folgten mit Abstand dahinter.

Tabelle 26: Auftreten von SKID-II-Persönlichkeitsstörungen bei den suizidal vorbelasteten Patienten

Art der Persönlichkeitsstörung	n	%	keine Angabe
Selbstunsichere P.	21	22,1	4
Dependente P.	14	14,7	4
Zwanghafte P.	36	37,9	4
Negativistische P.	10	10,5	4
Depressive P.	18	18,9	4
Paranoide P.	22	23,2	4
Schizotypische P.	3	3,2	4
Schizoide P.	7	7,4	4
Histrionische P.	5	5,3	4
Narzisstische P.	13	13,7	4
Borderline-P.	40	42,1	4
Antisoziale P. – Kindheit	26	27,4	4
Antisoziale P. – Erwachsenenalter	45	47,4	4
Persönlichkeitsstörung NNB	5	5,3	4

Bei der selektiven Untersuchung der männlichen Patienten in dieser Personen-
gruppe ergibt sich fast dieselbe Reihenfolge wie in Tabelle 26. An oberster Positi-
on stand mit 53,3% (n=40) wieder die antisoziale P. im Erwachsenenalter. Dahin-
ter kam die Borderline-P. mit 44,0% (n=33) und die zwanghafte P. mit 41,3%
(n=31). Weiter folgten die antisoziale P. in der Kindheit (29,3% (n=22)), die para-
noide P. (25,3% (n=19)) und die selbstunsichere P. mit 24,0% (n=18). Auch bei
der alleinigen Betrachtung der Männer spielten die depressive P. (21,3% (n=16)),
die narzisstische P. (17,3% (n=13)), die dependente P. (16,0% (n=12)) und die
negativistische P. (13,3% (n=10)) noch eine wichtige Rolle. Die restlichen P. folg-
ten erneut dahinter (vgl. Tabelle 27).

Tabelle 27: Auftreten von SKID-II-Persönlichkeitsstörungen bei den suizidal vorbelasteten Patienten – männliche Patienten

Art der Persönlichkeitsstörung	n	%	keine Angabe
Selbstunsichere P.	18	24,0	1
Dependente P.	12	16,0	1
Zwanghafte P.	31	41,3	1
Negativistische P.	10	13,3	1
Depressive P.	16	21,3	1
Paranoide P.	19	25,3	1
Schizotypische P.	3	4,0	1
Schizoide P.	6	8,0	1
Histrionische P.	4	5,3	1
Narzisstische P.	13	17,3	1
Borderline-P.	33	44,0	1
Antisoziale P. – Kindheit	22	29,3	1
Antisoziale P. – Erwachsenenalter	40	53,3	1
Persönlichkeitsstörung NNB	5	6,7	1

Betrachtet man nun, wie in Tabelle 28 dargestellt, nur die weiblichen Patienten dieser Gruppe, ergibt sich eine andere Reihenfolge als zuvor. Bei den Frauen stand die Borderline-P. mit 35,0% (n=7) an erster Stelle. Ihr folgten mit jeweils 25,0% (n=5) die zwanghafte P. und die antisoziale P. im Erwachsenenalter. Dahinter reihten sich die antisoziale P. in der Kindheit (20,0% (n=4)) und mit je 15,0% (n=3) die selbstunsichere P. und die paranoide P. ein. Als nächstes folgten noch die dependente P. und die depressive P. mit je 10,0% (n=2). Die anderen P. spielten hier wieder eine untergeordnete Rolle.

Tabelle 28: Auftreten von SKID-II-Persönlichkeitsstörungen bei den suizidal vorbelasteten Patienten – weibliche Patienten

Art der Persönlichkeitsstörung	n	%	keine Angabe
Selbstunsichere P.	3	15,0	3
Dependente P.	2	10,0	3
Zwanghafte P.	5	25,0	3
Negativistische P.	0	0,0	3
Depressive P.	2	10,0	3
Paranoide P.	3	15,0	3
Schizotypische P.	0	0,0	3
Schizoide P.	1	5,0	3
Histrionische P.	1	5,0	3
Narzisstische P.	0	0,0	3

Tabelle 28: Auftreten von SKID-II-Persönlichkeitsstörungen bei den suizidal vorbelasteten Patienten – weibliche Patienten

Art der Persönlichkeitsstörung	n	%	keine Angabe
Borderline-P.	7	35,0	3
Antisoziale P. – Kindheit	4	20,0	3
Antisoziale P. – Erwachsenenalter	5	25,0	3
Persönlichkeitsstörung NNB	0	0,0	3

3.4.4. Signifikanz der SKID-II-Persönlichkeitsstörungen

Tabelle 29 stellt den Vergleich der SKID-II-Persönlichkeitsstörungen in Abhängigkeit von der Zuordnung zu „nicht suizidal vorbelastete Patienten“ und „suizidal vorbelastete Patienten“ dar. Die Berechnung dieser Signifikanzen wurde mit einem nichtparametrischen Test für zwei unabhängige Stichproben mit Hilfe des Statistikprogramms SPSS durchgeführt.

Dabei ergab sich beim gesamten Patientenstamm folgendes Ergebnis: die selbstunsichere P., die dependente P., die depressive P., die Borderline-P. und die antisoziale P. sowohl in der Kindheit als auch im Erwachsenenalter traten hoch signifikant öfter bei den „suizidal vorbelasteten Patienten“ auf. Die restlichen P. waren bei diesem Vergleich nicht signifikant (Tabelle 29, 1. Spalte).

Betrachtet man für diesen Vergleich ausschließlich die männlichen Patienten, so ergibt sich fast das gleiche Ergebnis wie beim gesamten Patientenstamm. Auch hier traten die selbstunsichere P., die dependente P., die depressive P. und die Borderline-P. bei den „suizidal vorbelasteten Patienten“ hoch signifikant öfter auf. Die antisoziale P. sowohl in der Kindheit als auch im Erwachsenenalter trat bei den Männern lediglich signifikant öfter auf. Die anderen P. waren auch hier nicht signifikant (Tabelle 29, 2. Spalte).

Werden für diesen Vergleich lediglich die Frauen herangezogen, so ergibt sich ein etwas anderes Bild. Hierbei trat lediglich die Borderline-P. hoch signifikant und die antisoziale P. sowohl in der Kindheit als auch im Erwachsenenalter signifikant öfter bei den „suizidal vorbelasteten Patienten“ auf. Die restlichen P. waren nicht signifikant (Tabelle 29, 3. Spalte).

Tabelle 29: Vergleich der SKID-II-Persönlichkeitsstörungen in Abgängigkeit von der Zuordnung zu "nicht suizidal vorbelastete Patienten" und "suizidal vorbelastete Patienten" – gesamt, männlich, weiblich

Art der Persönlichkeitsstörung	Asymptotische Signifikanz (2-seitig) gesamt		Asymptotische Signifikanz (2-seitig) männlich		Asymptotische Signifikanz (2-seitig) weiblich	
Selbstunsichere P.	,002	§§	,001	§§	,949	n.s.
Dependente P.	,004	§§	,003	§§	,588	n.s.
Zwanghafte P.	,082	n.s.	,065	n.s.	,944	n.s.
Negativistische P.	,120	n.s.	,054	n.s.	,310	n.s.
Depressive P.	,000	§§	,000	§§	,876	n.s.
Paranoide P.	,063	n.s.	,068	n.s.	,670	n.s.
Schizotypische P.	,101	n.s.	,098	n.s.	1,000	n.s.
Schizoide P.	,853	n.s.	,989	n.s.	,411	n.s.
Histrionische P.	,800	n.s.	,448	n.s.	,403	n.s.
Narzisstische P.	,175	n.s.	,113	n.s.	,411	n.s.
Borderline-P.	,000	§§	,000	§§	,000	§§
Antisoziale P. – Kindheit	,004	§§	,022	§	,014	§
Antisoziale P. – Erwachsenenalter	,003	§§	,014	§	,026	§
Persönlichkeitsstörung NNB	,233	n.s.	,097	n.s.	,411	n.s.

3.5. Auswertung des NEO-FFI

Tabelle 30 stellt die Mittelwerte bei der Auswertung des NEO-FFI dar. Man erkennt, dass beim Vergleich der drei Gruppen („gesamt“, „nicht suizidal“ und „suizidal“) die Mittelwerte lediglich bei Offenheit für Erfahrungen ähnlich waren und dass sich die Mittelwerte bei den anderen Skalen des NEO-FFI innerhalb dieser drei Gruppen mehr oder weniger unterschieden. Dies gilt meist sowohl bei Betrachtung des gesamten Patientenpools als auch bei der jeweils selektiven Betrachtung von Männern und Frauen. In Tabelle 31 wurden diese Mittelwerte auf Signifikanz untersucht.

Tabelle 30: NEO-FFI-Mittelwerte: gesamter Patientenpool, nicht suizidal vorbelastete Patienten und suizidal vorbelastete Patienten.
 NEU: Neurotizismus, EX: Extraversion, OE: Offenheit für Erfahrungen, VER: Verträglichkeit, GEW: Gewissenhaftigkeit

	gesamt			nicht suizidal			suizidal		
	n	Mittelwert	sd	n	Mittelwert	sd	n	Mittelwert	sd
	NEU			NEU			NEU		
gesamt	368	2,02	0,71	276	1,90	0,67	89	2,42	0,67
männlich	298	2,03	0,71	225	1,90	0,67	71	2,43	0,69
weiblich	70	2,02	0,69	51	1,91	0,68	18	2,37	0,60
	EX			EX			EX		
gesamt	365	2,21	0,53	275	2,24	0,52	87	2,08	0,56
männlich	295	2,20	0,53	224	2,24	0,51	69	2,03	0,57
weiblich	70	2,28	0,54	51	2,27	0,55	18	2,27	0,51
	OE			OE			OE		
gesamt	365	2,34	0,53	274	2,32	0,51	88	2,40	0,59
männlich	295	2,33	0,53	223	2,33	0,50	70	2,34	0,62
weiblich	70	2,38	0,52	51	2,30	0,54	18	2,61	0,39
	VER			VER			VER		
gesamt	368	2,38	0,51	276	2,43	0,49	89	2,23	0,56
männlich	298	2,35	0,47	225	2,41	0,44	71	2,19	0,50
weiblich	70	2,50	0,67	51	2,52	0,66	18	2,42	0,71
	GEW			GEW			GEW		
gesamt	366	2,66	0,81	275	2,71	0,86	88	2,52	0,60
männlich	297	2,65	0,84	225	2,70	0,90	70	2,48	0,56
weiblich	69	2,73	0,68	50	2,75	0,65	18	2,64	0,75

Die Untersuchung der Signifikanz der Skalen des NEO-FFI wurde in Abhängigkeit von der Zuordnung zu „nicht suizidal vorbelastete“ und „suizidal vorbelastete Patienten“ durchgeführt. Dazu wurde erneut ein nichtparametrischer Test für zwei unabhängige Stichproben verwendet. Die Berechnung erfolgte ebenfalls mit dem Statistikprogramm SPSS (Tabelle 31).

Bei Betrachtung des gesamten Patientenpools ergibt sich das gleiche Ergebnis, wie bei selektiver Betrachtung der männlichen Patienten. Ein hoch signifikantes Ergebnis war bei beiden Gruppen jeweils bei den Skalen Neurotizismus und Ver-

träglichkeit zu finden. Als signifikant stellten sich jeweils die Dimensionen Extraversion und Gewissenhaftigkeit heraus. Offenheit für Erfahrungen war jeweils nicht signifikant (Tabelle 31, 1. und 2. Spalte).

Werden nur die Frauen verglichen, ergibt sich ein anderes Bild. Hier lieferten die Dimensionen Neurotizismus und Offenheit für Erfahrungen jeweils ein signifikantes und die anderen drei Skalen jeweils ein nicht signifikantes Ergebnis (Tabelle 31, 3. Spalte).

Tabelle 31: Vergleich der NEO-FFI-Skalen in Abhängigkeit von der Zuordnung zu "nicht suizidal vorbelastete Patienten" und "suizidal vorbelastete Patienten" – gesamt, männlich, weiblich

Skala	Asymptotische Signifikanz (2-seitig) gesamt		Asymptotische Signifikanz (2-seitig) männlich		Asymptotische Signifikanz (2-seitig) weiblich	
Neurotizismus	,000	§§	,000	§§	,015	§
Extraversion	,025	§	,012	§	,995	n.s.
Offenheit f. Erfahrungen	,208	n.s.	,784	n.s.	,024	§
Verträglichkeit	,004	§§	,002	§§	,565	n.s.
Gewissenhaftigkeit	,047	§	,036	§	,808	n.s.

3.6. Auswertung des TCI

In Tabelle 32 sind die Mittelwerte der Auswertung des TCI dargestellt. Beim Vergleich dieser Mittelwerte konnte man innerhalb einer Dimension bei fast keiner Skala größere Unterschiede erkennen. Die Ausnahme bildeten hier die Skalen Selbstlenkungsfähigkeit und Kooperativität, bei denen jeweils die Werte der „weiblichen, suizidalen“ deutlich erhöht waren. Beim Vergleich der Mittelwerte der einzelnen Gruppen („gesamt“, „nicht suizidal“ und „suizidal“) konnte man nur bei Schadensvermeidung, Selbstlenkungsfähigkeit und Kooperativität deutlichere Unterschiede feststellen. Die Untersuchung auf Signifikanz folgt in Tabelle 33.

Tabelle 32: TCI-Mittelwerte: gesamter Patientenpool, nicht suizidal vorbelastete Patienten und suizidal vorbelastete Patienten.
 NS: Neugierverhalten, HA: Schadensvermeidung, RD: Belohnungsabhängigkeit, P: Beharrungsvermögen, SD: Selbstlenkunsfähigkeit, CO: Kooperativität, ST: Selbsttranszendenz (Abk. vgl. Punkt 2.4.4.)

	gesamt			nicht suizidal			suizidal		
	n	Mittelwert	sd	n	Mittelwert	sd	n	Mittelwert	sd
	NS			NS			NS		
gesamt	352	21,41	5,75	263	21,18	5,64	84	22,08	6,15
männlich	282	21,61	5,87	212	21,27	5,78	68	22,63	6,08
weiblich	70	20,59	5,24	51	20,78	5,04	16	19,75	6,07
	HA			HA			HA		
gesamt	354	16,85	6,58	264	16,03	6,53	85	19,31	6,28
männlich	283	16,67	6,74	213	15,81	6,64	68	19,31	6,45
weiblich	71	17,56	5,86	51	16,98	5,99	17	19,29	5,72
	RD			RD			RD		
gesamt	357	14,78	3,47	268	14,80	3,35	84	14,65	3,88
männlich	288	14,56	3,52	218	14,63	3,40	68	14,29	3,87
weiblich	69	15,71	3,10	50	15,54	3,03	16	16,19	3,64
	P			P			P		
gesamt	363	4,24	2,00	272	4,22	2,06	86	4,33	1,82
männlich	292	4,19	2,03	221	4,19	2,10	69	4,20	1,83
weiblich	71	4,45	1,89	51	4,31	1,89	17	4,82	1,78
	SD			SD			SD		
gesamt	353	27,89	8,46	263	28,94	8,12	85	24,54	8,61
männlich	283	27,43	8,62	213	28,76	8,24	68	23,25	8,39
weiblich	70	29,71	7,55	50	29,72	7,66	17	29,71	7,73
	CO			CO			CO		
gesamt	349	30,97	9,33	261	31,60	9,88	83	29,12	7,30
männlich	281	30,63	10,07	211	31,57	10,69	68	27,88	7,33
weiblich	68	32,37	5,06	50	31,72	5,38	15	34,73	3,65
	ST			ST			ST		
gesamt	354	12,58	8,42	266	12,45	8,82	83	13,06	7,17
männlich	287	12,33	6,30	217	12,05	5,97	68	13,34	7,14
weiblich	67	13,63	14,35	49	14,22	16,28	15	11,80	7,42

Aus der Tabelle 33 lässt sich die Signifikanz der TCI-Dimensionen in Abhängigkeit von der Zuordnung zu „nicht suizidal vorbelastete“ und „suizidal vorbelastete Patienten“ ablesen. Auch hier wurde ein nichtparametrischer Test für zwei unabhängige Stichproben und das Statistikprogramm SPSS verwendet.

Dabei ergaben sich für den gesamten Patientenpool und die männlichen Patienten erneut ähnliche Ergebnisse. Hoch signifikant waren jeweils Schadensvermeidung und Selbstlenkungsfähigkeit. Kooperativität bot bei den Männern ebenfalls ein hoch signifikantes, beim gesamten Patientenpool lediglich ein signifikantes Ergebnis. Die restlichen vier Dimensionen waren bei beiden nicht signifikant (Tabelle 33, 1. und 2. Spalte).

Bei den Frauen war das Ergebnis erneut etwas verändert. Hier ergab sich bei keiner Dimension ein signifikantes Ergebnis (Tabelle 33, 3. Spalte).

Tabelle 33: Vergleich der TCI-Dimensionen in Abhängigkeit von der Zuordnung zu "nicht suizidal vorbelastete Patienten" und "suizidal vorbelastete Patienten" – gesamt, männlich, weiblich

Dimension	Asymptotische Signifikanz (2-seitig) gesamt		Asymptotische Signifikanz (2-seitig) männlich		Asymptotische Signifikanz (2-seitig) weiblich	
	Signifikanz	n.s.	Signifikanz	n.s.	Signifikanz	n.s.
Neuigerverhalten	,168	n.s.	,092	n.s.	,621	n.s.
Schadensvermeidung	,000	§§	,000	§§	,143	n.s.
Belohnungsabhängigkeit	,849	n.s.	,564	n.s.	,416	n.s.
Beharrungsvermögen	,814	n.s.	,815	n.s.	,278	n.s.
Selbstlenkungsfähigkeit	,000	§§	,000	§§	,880	n.s.
Kooperativität	,033	§	,002	§§	,096	n.s.
Selbsttranszendenz	,492	n.s.	,284	n.s.	,475	n.s.

4. Diskussion

Bei der Befragung alkoholabhängiger Patienten der Psychiatrischen Klinik der LMU München konnte schon während den Gesprächen festgestellt werden, dass ein relativ hoher Anteil der Teilnehmer die Frage nach einem bereits unternommenem Suizidversuch positiv beantwortete. Bei der Auswertung der Persönlichkeitsfragebögen (SKID-II, NEO-FFI und TCI) ergaben sich Anhaltspunkte dafür, dass ein großer Teil der Probanden, neben dem Problem des Alkohols, auch mit Persönlichkeitsstörungen behaftet ist. Auf diesen beiden Annahmen beruhend, stellte sich die Frage, inwieweit das suizidale Verhalten von Alkoholkranken mit bestimmten Persönlichkeitsstörungen assoziiert ist.

4.1. Suizidalität bei Alkoholabhängigkeit

Wie in vielen Studien zuvor kann festgestellt werden, dass die Alkoholabhängigkeit einen Hauptrisikofaktor für alle Formen von Suizidalität darstellt (Driessen, 2004). Dies wird bei der Betrachtung verschiedenster Studien deutlich, die sich mit der Suizidversuchsrate der gesamten Bevölkerung, also nicht nur mit der der Alkoholkranken, beschäftigen. So ist z. B. das Ergebnis bei Mösler (1992) für Nürnberg in den Jahren 1979-85 eine durchschnittliche Suizidversuchsrate von 77/100.000 pro Jahr. Seit 1989 werden im Rahmen der European Study on Parasuicide durch die WHO die Suizidversuchsraten für 16 Untersuchungsregionen erfasst. Der Durchschnittswert aller Zentren betrug dabei 161/100.000 pro Jahr (Schmidtke et al., 1996). Werden die Ergebnisse dieser Studien der hier vorliegenden Untersuchung gegenübergestellt, so stellt man fest, dass die durchschnittliche Suizidversuchsrate bei Alkoholkranken mit 23,1% (vgl. Tabelle 14) deutlich über den Raten der oben beispielhaft aufgeführten Studien liegt. Dieser relativ hohe Prozentsatz wird jedoch durch eine Studie von Driessen (1998) bekräftigt, in welcher er zu dem Ergebnis kam, dass von 250 befragten Alkoholkranken 29,3% bereits mindestens einen Suizidversuch unternommen haben. Somit lässt sich also ein deutlicher Unterschied erkennen, was die These bestätigt, dass Alkoholkranken eine erhöhte Neigung zu Suizidversuchen haben. Die vorliegende Untersuchung bestätigt auch das Ergebnis der National Comorbidity Survey Studie (NCS, Kessler et al., 1994), die das Risiko für einen Suizidversuch in Abhängigkeit von Alkohol- und Substanzmittelkonsum, -missbrauch und -abhängigkeit unter-

suchte. Dabei war das Risiko eines Suizidversuchs für Alkoholabhängigkeit 17,6fach und für Alkoholkonsum 2,8fach erhöht.

Betrachtet man die Geschlechtsverteilung bei Suizidversuchen in Studien welche die gesamte Bevölkerung erfassen und die Geschlechtsverteilung bei Suizidversuchen in dieser Studie, welche sich ausschließlich mit Alkoholkranken befasst, so erkennt man die gleiche Tendenz: Frauen neigen häufiger zu Suizidversuchen als Männer. Schmidtke und Weinacker (1994) stellten z. B. im Jahre 1994 eine Statistik für Würzburg vor, welche die Jahre 1989-1992 umfasste und für Männer eine durchschnittliche Suizidversuchsrate von 81/100.000 pro Jahr und für Frauen von 112/100.000 pro Jahr nachwies. Dieselbe Tendenz konnte auch die European Study on Parasuicide durch die WHO belegen (Schmidtke et al., 1996). Das Ergebnis war eine durchschnittliche Suizidversuchsrate von 136/100.000 bei Männern und 186/100.000, jeweils pro Jahr, bei Frauen. Beide Studien befassten sich mit der gesamten Bevölkerung. Diese, wenn auch nicht so deutliche Tendenz konnte auch in der vorliegenden Studie nachgewiesen werden. Die männlichen Patienten verzeichnen hier durchschnittlich eine Suizidversuchsrate von 22,9% und die Weiblichen durchschnittlich 23,5% (vgl. Tabelle 14). Über ein ähnliches Ergebnis berichtete auch Preuss (2002). Er stellte fest, dass auch bei Alkoholabhängigen Suizidversuche signifikant häufiger von Frauen als von Männern begangen werden.

Bei der Untersuchung der Häufigkeit der Suizidversuche kam Althaus (2004) zu dem Ergebnis, dass Frauen signifikant häufiger (39,7%) über frühere suizidale Handlungen berichten als Männer (28,6%). Diese Studie bezog sich wiederum auf die Gesamtbevölkerung. Preuss (2002) und Demirbas (2003) stellten jedoch fest, dass auch Alkoholabhängige mit einer Vorgeschichte von Suizidversuchen signifikant häufiger weiblich sind. Dieses Ergebnis kann von dieser Untersuchung ebenfalls bestätigt werden, denn auch hier wird von den weiblichen Patienten häufiger angegeben, schon mehr als einen Suizidversuch unternommen zu haben (vgl. Tabellen 17 und 18).

Als letzten Abschnitt bei der Untersuchung der Suizidalität wird die Vorgehensweise beim Suizidversuch betrachtet. Auch in diesem Punkt wird in gewisser Wei-

se eine Bestätigung anderer Studien, wie z. B. der von Althaus (2004), herausgearbeitet. Er beschrieb in seiner Arbeit die Suizidversuchsmethoden in Nürnberg für die Jahre 2000 und 2001, erneut für die Gesamtbevölkerung. Dabei fand er heraus, dass am häufigsten „weiche“ Methoden, wie die Überdosierung von Psychopharmaka bzw. anderen Medikamenten zum Einsatz kamen. Es folgten „harte“ Methoden wie Stiche und Schnitte. Nachfolgend beschrieb er sonstige Vergiftungen, den Sturz aus großer Höhe und die Strangulation. Bei der Trennung der Geschlechter kam er zu einer etwas veränderten Reihenfolge. Bei den Männern dominierten nach der Überdosierung mit Psychopharmaka eher die „harten“ Methoden wie Schnitte und Stiche, Sturz aus großer Höhe und Strangulation. Bei den Frauen dominierten dagegen die „weichen“ Methoden, wie Überdosierung durch Psychopharmaka bzw. andere Medikamente, gefolgt von Schnitten und Stichen und an vierter Stelle sonstige Vergiftungen. Danach folgten erst Sturz aus großer Höhe und Strangulation. Dieser geschlechtliche Unterschied, dass „harte“ Methoden von Männern bevorzugt werden, kann ebenso für die Untersuchung von Alkoholkranken, wie es in diesem Beitrag geschieht, festgestellt werden. Die Analyse aller männlichen und weiblichen Patienten zusammen ergibt auch bei dieser Arbeit die oben bereits beschriebene Reihenfolge der Suizidversuchsmethoden. Bei ausschließlicher Betrachtung der Männer steht in dieser Studie der Pulsaderschnitt an oberster Stelle. Es folgen zwar die Intoxikation durch Alkohol und Tabletten bzw. alleinig durch Tabletten, doch es wird verzeichnet, dass Strangulation und Sturz aus großer Höhe einzig und allein von Männern angegeben wurde. Bei den Frauen dominieren auch in dieser Untersuchung die „weichen“ Methoden. Es werden die häufigsten Suizidversuche durch Intoxikation anhand von Alkohol und Tabletten bzw. alleinig durch Tabletten angegeben. Am dritthäufigsten ist bei den Frauen der Pulsaderschnitt. Strangulation und Sturz aus großer Höhe wird jedoch, wie oben bereits erwähnt, von keiner Patientin angegeben. Neben dieser sehr ähnlichen Verteilung der „harten“ und „weichen“ Suizidversuchsmethoden bei den jeweiligen Geschlechtern in diesen beiden Studien, muss allerdings festgehalten werden, dass bei den alkoholkranken Männern nicht die Intoxikation durch Medikamente bzw. Alkohol und Medikamente an oberster Stelle steht, sondern eine „harte“ Methode, das heißt der Pulsaderschnitt, am häufigsten für einen Suizidversuch zur Anwendung kommt. Außerdem muss für diese Studie beachtet werden, dass beim Vergleich der Vorgehensweisen in Abhängigkeit von der Zuordnung zu

„männliche“ und „weiblich Patienten“ kein signifikantes Ergebnis zu verzeichnen ist (vgl. Tabelle 19).

4.2. Suizidalität bei Alkoholabhängigkeit und die Assoziation mit Persönlichkeitsstörungen

In der Literatur gibt es zahlreiche Artikel, die sich bereits mit dem Thema Alkoholabhängigkeit und deren Komorbidität von Persönlichkeitsstörungen befasst haben. Die meisten Arbeiten bestätigen zwar die Komorbidität von Persönlichkeitsstörung, doch die Ergebnisse der Studien schwanken zum Teil erheblich. So zählen z. B. nach van den Brink (1995) extreme Persönlichkeitsmerkmale und Persönlichkeitsstörungen zu den wichtigsten Risikofaktoren für die Entwicklung einer Substanzabhängigkeit. Mezzich et al. (1990) ermittelten in einer sehr großen Patientenpopulation bei 18% der Alkoholabhängigen eine Komorbidität von Persönlichkeitsstörungen. In einer anderen Literaturübersicht ermittelten Verheul et al. (1995) bei 44% der Alkoholabhängigen gleichzeitig Persönlichkeitsstörungen. Eine Studie von Becker und Quinten (2003) kam zu dem Ergebnis, dass von 151 Alkoholabhängigen 41% mindestens eine Persönlichkeitsstörung aufwiesen. Als letztes Beispiel sei an dieser Stelle die Arbeit von Driessen (1998) erwähnt, der bei 250 Alkoholabhängigen in 33,6% der Fälle eine Persönlichkeitsstörung diagnostizierte. Ein Vergleich der Arbeiten untereinander und auch mit dieser Arbeit, ist nur bedingt möglich, da jede Studie mit mehreren Persönlichkeitsfragebögen arbeitet, die meist von Studie zu Studie variieren. Einer der wenigen Fragebögen, der neben dieser Studie auch relativ häufig in anderen Beiträgen Anwendung findet, ist der SKID-II (Achse II). Ein weiteres Problem besteht darin, dass bisher nur relativ selten die Frage untersucht wurde, inwieweit die Suizidalität bei Alkoholabhängigen mit bestimmten Persönlichkeitsstörungen assoziiert ist. Meist wurde bislang, wie oben beschrieben, die Alkoholabhängigkeit und die Komorbidität von Persönlichkeitsstörungen bzw. das suizidale Verhalten bei Alkoholabhängigen, wie es auch hier unter Punkt 4.1. geschehen ist, untersucht. Das Hauptaugenmerk dieser Studie soll allerdings auf der Kombination aus Alkoholabhängigkeit, Suizidalität und Persönlichkeitsstörungen liegen.

4.2.1. Assoziation mit SKID-II-Persönlichkeitsstörungen

Bei der Auswertung der SKID-II-Persönlichkeitsfragebögen für diese Studie entstand der Eindruck, dass Patienten die unter Alkoholabhängigkeit leiden, weitere psychische Störungen aufweisen. Dieses Ergebnis beschrieben bereits andere Autoren in ihren Arbeiten. In diesem Zusammenhang berichtete Hintz (2004), dass dieser Eindruck in besonderem Maße für affektive Störungen, Angststörungen und Persönlichkeitsstörungen zutrifft – insbesondere aus Cluster B nach DSM-IV (vgl. Punkt 1.4.4.), d. h. Störungen mit impulsiven Persönlichkeitsanteilen wie etwa antisoziale oder Borderline-Persönlichkeitsstörungen. In diesem Artikel wird zudem darüber berichtet, dass Frauen mit höherer Wahrscheinlichkeit Angststörungen oder affektive Störungen erleiden, während Männer bezüglich der antisozialen Persönlichkeitsstörung höhere Prävalenzzahlen aufweisen. Die Untersuchung von 151 Alkoholabhängigen bei Becker und Quinten (2003) kam zu dem Ergebnis, dass die Borderline- und die depressive Persönlichkeitsstörung mit jeweils 13% am häufigsten auftraten. Danach folgten mit 11% die vermeidend-selbstunsichere, mit 10% die paranoide und mit 8% die zwanghafte Persönlichkeitsstörung. Die anderen Persönlichkeitsstörungen, welche mittels SKID-II-Fragebogen ermittelt wurden, lagen mit geringeren Häufigkeiten dahinter. Bei der vorliegenden Studie ergibt sich ein sehr ähnliches Ergebnis (vgl. Tabellen 20 bis 22). Hier spielt ebenfalls die antisoziale Persönlichkeitsstörung, sowohl im Erwachsenenalter mit 34,5% als auch in der Kindheit mit 16,7%, eine gewichtige Rolle. Des Weiteren wurde bei den Patienten dieser Studie gleichfalls die zwanghafte, die paranoide und die Borderline-Persönlichkeitsstörung relativ häufig diagnostiziert. Bei selektiver Betrachtung der Männer ergibt sich das gleiche Ergebnis. Bei ausschließlicher Untersuchung der Frauen steht die zwanghafte Persönlichkeitsstörung an oberster Stelle. Ihr folgen die Borderline-, die vermeidend-selbstunsichere, die paranoide und die antisoziale Persönlichkeitsstörung (Erwachsenenalter). Es kann somit das Ergebnis von Hintz (2004) bestätigt werden, dass Männer eher zur antisozialen Persönlichkeitsstörung und Frauen eher zur Borderline-Persönlichkeitsstörung neigen. Auch die oben beschriebenen Resultate von Becker und Quinten (2003) können durch diese Studie in ähnlicher Weise bestätigt werden. Einer der wenigen, auffallenden Unterschiede beim Vergleich dieser Arbeit mit den beiden oben genannten Veröffentlichungen ist der, dass in der vorliegenden Studie bei der Un-

tersuchung des gesamten Patientenpools (vgl. Tabellen 20 bis 22) die depressive Persönlichkeitsstörung eine eher untergeordnete Rolle spielt.

Wird nun noch die Suizidalität in die Überlegungen mit einbezogen, so kommen die meisten Veröffentlichungen zu einem sehr ähnlichen Resultat. Es wird häufig darüber berichtet, dass bei Alkoholabhängigen mit einer Vorgeschichte suizidaler Handlungen zusätzlich depressive Störungen oder ein erhöhtes Maß an impulsiven und aggressiven Verhaltensweisen oder auch andere Persönlichkeitsstörungen, besonders vom Cluster B, diagnostiziert werden (vgl. Cornelius et al., 1995, Driessen et al., 1998, Hintz, 2004, Ille und Huber, 2003, Koller et al., 2002, Preuss et al., 2002, 2004a). In einer Reihe von Untersuchungen konnte gezeigt werden, dass mit zunehmender Depressivität und Hoffnungslosigkeit auch die Häufigkeit von Suizidgedanken anstieg (De Man, 1999). Auch Hintz (2004) hob in seiner Arbeit die Stellung der Depression hervor. In seinem Artikel hieß es, dass Major Depression und Alkoholabhängigkeit die häufigsten Diagnosen bei Personen sind, die Suizid verüben. Ebenso zeigte sich bei Preuss (2002), dass bei über 70% der Alkoholkranken mit Suizidversuchen depressive Störungen in der Vorgeschichte festzustellen sind. Eine weitere wichtige Verhaltensauffälligkeit beschrieben Koller et al. (2002). Sie berichteten über ein vermehrtes Auftreten von impulsiven und aggressiven Verhaltensweisen bei stationär behandelten Alkoholkranken mit Suizidversuchen in der Anamnese. Auch Driessen (1998) untersuchte die Persönlichkeitsstruktur von Alkoholkranken mit einer suizidalen Vorgeschichte. Dabei kam er zu dem Ergebnis, dass 41,2% der Patienten mit Persönlichkeitsstörungen (Achse II nach DSM-IV), in diesem Fall besonders vom Cluster B und C, bereits mindestens einen Suizidversuch unternommen haben. Als weiteres Resultat beschrieb er zusätzlich, dass die Wahrscheinlichkeit einer suizidalen Vorgeschichte bei Alkoholabhängigen mit dem kombinierten Auftreten mehrerer Persönlichkeitsstörungen steigt, d. h. bei gleichzeitiger Diagnose von Achse I- und Achse II-Störungen nach DSM-IV oder auch bei gleichzeitiger Diagnose von Depression und Angststörungen ist die Wahrscheinlichkeit einer suizidalen Vorgeschichte höher als bei alleiniger Diagnose einer dieser Störungen. Um herauszufinden inwieweit Persönlichkeitsstörungen bei suizidal vorbelasteten Alkoholabhängigen in dieser Studie eine Rolle spielen, wurden die SKID-II-Persönlichkeitsstörungen der „nicht suizidal vorbelasteten“ und der „suizidal vorbelasteten“ Patienten miteinan-

der verglichen und auf Signifikanz überprüft (vgl. Tabelle 29). Bei dieser Überprüfung stellte sich heraus, dass beim gesamten Patientenpool und auch bei selektiver Betrachtung der männlichen Patienten die depressive, die Borderline-, die dependente und die vermeidend-selbstunsichere Persönlichkeitsstörung bei den „suizidal vorbelasteten“ Patienten hoch signifikant häufiger auftreten. Außerdem kommt die antisoziale Persönlichkeitsstörung in der Kindheit und im Erwachsenenalter beim gesamten Patientenpool ebenfalls hoch signifikant und bei den Männern signifikant häufiger bei den „suizidal vorbelasteten“ Probanden vor. Werden die Frauen selektiv betrachtet, so kommen wir bei dieser Arbeit zu dem Resultat, dass die Borderline-Persönlichkeitsstörung hoch signifikant und die antisoziale Persönlichkeitsstörung in der Kindheit und im Erwachsenenalter signifikant häufiger bei den „suizidal vorbelasteten“ Patientinnen auftreten. Werden nun all diese Ergebnisse mit den oben beschriebenen Studien verglichen, so wird festgestellt, dass sich die Resultate sehr ähneln. Auch von dieser Untersuchung ausgehend kann festgestellt werden, dass das suizidale Verhalten Alkoholabhängiger stark mit den zuvor erwähnten Persönlichkeitsstörungen assoziiert ist. Als Unterschied zu den vorangegangenen Arbeiten muss allerdings festgehalten werden, dass bei den weiblichen Probanden die depressive Persönlichkeitsstörung keine Signifikanz aufwies, was jedoch durch die sehr geringe Anzahl an weiblichen Teilnehmern zu erklären sein könnte. Somit werden mit dieser Untersuchung im weitesten Sinne sowohl die bereits vorliegenden Studien anderer Autoren als auch die in dieser Arbeit vermutete Theorie des Zusammenspiels von Suizidalität, Alkoholabhängigkeit und bestimmten Persönlichkeitsstörungen bestätigt.

4.2.2. Assoziation mit den Persönlichkeitsskalen des NEO-FFI

Es liegen bereits einige Studien vor, die sich mit den Persönlichkeitsskalen des NEO-FFI beschäftigt haben. Borkenau und Ostendorf (1993) beschrieben z. B. den Unterschied der Skalen im Vergleich von Männern zu Frauen. Das Ergebnis war ein signifikanter Unterschied bei den Skalen Extraversion, Neurotizismus und Verträglichkeit, deren Ausprägung beim männlichen Stichprobenanteil insgesamt etwas niedriger war. In der Studie von Egan (2000) fand sich in vergleichbarer Weise ein Ergebnis, die Skalen Extraversion, Neurotizismus und Verträglichkeit betreffend, sowie ein zusätzlicher signifikanter Unterschied mit niedrigerer Ausprägung bei den Männern für Offenheit für Erfahrung. Werden nun zum Vergleich die Mittelwerte der Auswertung des NEO-FFI dieser Studie (Tabelle 30) betrachtet, so wird erkannt, dass lediglich bei den „suizidal vorbelasteten“ Patienten bei den Skalen Extraversion, Offenheit für Erfahrung, Verträglichkeit und Gewissenhaftigkeit ein größerer Unterschied zwischen Männern und Frauen zu finden ist. Auch hier liegen die Werte der Männer unter denen der Frauen. Bei der Auswertung des gesamten Patientenpools ist bei keiner Skala eine größere Differenz zwischen den beiden Geschlechtern auszumachen. Auffällig ist auch, dass bei keiner der untersuchten Gruppen („gesamt“, „nicht suizidal“ oder „suizidal“) die Skala Neurotizismus einen Unterschied liefert, was allerdings bei anderen Autoren der Fall war. Andererseits liefert diese Studie einen Unterschied bei Gewissenhaftigkeit, was bei den anderen Publikationen nicht der Fall war. Damit die Ergebnisse dieser Studie weiter ausgewertet werden können, wird sie zusätzlich mit den Resultaten einer anderen Arbeit verglichen. Diese Arbeit ist aus mehreren kleineren Stichproben zusammengefasst und für das Handbuch des NEO-FFI statistisch ausgewertet worden (für die Zusammensetzung dieser Stichprobe vgl. das Handbuch des NEO-FFI (Borkenau und Ostendorf, 1993)). Für die vorliegende Arbeit fungiert diese große, 2112 Patienten umfassende Untersuchung als Normstichprobe (Tabelle 34), obwohl sie keinen für die Bundesrepublik Deutschland repräsentativen Bevölkerungsdurchschnitt umfasst. An der Untersuchung nahmen 1076 Frauen und 966 Männer teil, bei den übrigen 70 Probanden fehlte die Angabe des Geschlechts. Das Durchschnittsalter betrug 28,7 Jahre bei einer Standardabweichung von 11,31 (Angaben vgl. Handbuch des NEO-FFI (Borkenau und Ostendorf, 1993)).

Tabelle 34: Normstichprobe nach Borkenau und Ostendorf (1993):
 NEU: Neurotizismus, EX: Extraversion, OE: Offenheit für
 Erfahrungen, VER: Verträglichkeit, GEW: Gewissenhaftigkeit

		NEU	EX	OE	VER	GEW
Gesamt	n	2112	2112	2112	2112	2112
	Mittelwert	1,84	2,36	2,71	2,44	2,53
	sd	0,70	0,57	0,52	0,49	0,63
Männer	n	966	966	966	966	966
	Mittelwert	1,66	2,34	2,65	2,35	2,56
	sd	0,67	0,56	0,53	0,52	0,62
Frauen	n	1076	1076	1076	1076	1076
	Mittelwert	1,99	2,39	2,75	2,53	2,53
	sd	0,69	0,58	0,51	0,45	0,64

Bei einem Vergleich der Mittelwerte dieser Studie (Tabelle 30) mit der Normstichprobe (Tabelle 34) erhält man folgende Ergebnisse: Bei Betrachtung der gesamten Stichproben gibt es bei den Skalen Extraversion, Offenheit für Erfahrungen (Werte bei der Normstichprobe höher) und Neurotizismus (Wert bei dieser Untersuchung höher) einen größeren Unterschied. Die beiden anderen Skalen liegen ungefähr in gleicher Höhe. Werden die Stichproben nach Männern und Frauen getrennt, so ergeben sich für die Männer Unterschiede in den Skalen Neurotizismus (Wert bei dieser Untersuchung höher) und Offenheit für Erfahrungen (Werte bei der Normstichprobe höher). Für Frauen gilt für Offenheit für Erfahrungen das gleiche wie für die Männer. Bei ihnen ergibt sich jedoch in dieser Studie noch für Gewissenhaftigkeit ein höherer Wert als bei der Normstichprobe. Als Fazit kann festgehalten werden, dass die Skala Offenheit für Erfahrungen bei den Alkoholabhängigen durchwegs niedrigere Werte liefert, was sich gut mit den Persönlichkeitsstrukturen der Alkoholkranken vereinbaren lässt, da die Personen dieser Skala Bekanntes dem Neuen vorziehen und sich eher passiv verhalten, wenn es um Veränderungen geht. Ihre emotionalen Reaktionen sind meist gedämpft. Auch die hohen Werte der Skala Neurotizismus stimmen erfahrungsgemäß gut mit den Persönlichkeitsmerkmalen der Alkoholkranken überein, da die Menschen dieser Skala eher nervös, ängstlich und hypochondrisch sind. Außerdem sind sie schlecht in der Lage, Bedürfnisse zu kontrollieren und angemessen auf Stress zu reagieren, von negativen Erlebnissen drohen sie geradezu überwältigt zu werden.

Beide Skalen beschreiben der Erfahrung nach sehr gut die Persönlichkeitsmerkmale vieler, hier befragter Alkoholabhängiger.

Mit einer anderen Fragestellung beschäftigte sich Yeung (1993). Er untersuchte die Beziehung zwischen DSM-III-Persönlichkeitsstörungen und den fünf Skalen des NEO-FFI. Dabei fand er heraus, dass die antisoziale Persönlichkeitsstörung niedrige Werte für Verträglichkeit und Gewissenhaftigkeit zeigt. Borderline-Patienten fielen durch hohe Neurotizismuswerte und ebenfalls niedrige Werte für Verträglichkeit und Gewissenhaftigkeit auf. Auch die vermeidend-selbstunsichere Persönlichkeitsstörung wies hohe Werte für Neurotizismus und niedrige für Gewissenhaftigkeit auf. Des Weiteren zeigte die paranoide Persönlichkeitsstörung geringe Werte für Verträglichkeit, Extraversion und Gewissenhaftigkeit, jedoch hohe Werte für Neurotizismus. Als letztes sollen noch die Patienten mit zwanghafter Persönlichkeitsstörung erwähnt werden, welche sehr niedrige Werte für Verträglichkeit aufwiesen. Werden seine Ergebnisse mit dieser Studie verglichen, so muss zunächst noch einmal erwähnt werden, dass bei den Alkoholabhängigen die antisoziale, die zwanghafte, die paranoide und die Borderline-Persönlichkeitsstörung am häufigsten zu diagnostizieren waren (vgl. Punkt 4.2.1. und Tabelle 20). Betrachtet man nochmals die Ergebnisse des vorherigen Abschnitts, so erkennt man, dass beim Vergleich der Normstichprobe mit dieser Arbeit die Skalen Extraversion und Offenheit für Erfahrungen für die Alkoholkranken niedrigere Werte und für die Skalen Neurotizismus und Gewissenhaftigkeit höhere Werte zu finden waren. Als Schlussfolgerung daraus lässt sich ableiten, dass bei dieser Untersuchung Personen mit antisozialer, zwanghafter, paranoider oder Borderline-Persönlichkeitsstörung mit hoher Wahrscheinlichkeit auch hohe Werte für Neurotizismus und/oder Gewissenhaftigkeit und/oder niedrigere Werte für die Skalen Extraversion und/oder Offenheit für Erfahrungen aufweisen. Selbstverständlich ist diese Studie kein Beweis für die eben dargestellte Theorie, da dieser Zusammenhang hier nicht explizit untersucht wurde. Doch bei Betrachtung der Einzelergebnisse besteht berechnete Annahme dazu, dass bei einer großen Anzahl der Teilnehmer die eben beschriebene Konstellation auftritt. Geht man nun davon aus, dass das zutrifft, so wird beim Vergleich mit Yeung (1993) festgestellt, dass diese Arbeit mit seiner teilweise übereinstimmt, denn auch er fand bei der paranoiden und bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung hohe Werte für Neurotizismus und

niedrige für Extraversion heraus. Ein Unterschied ist bei den Skalen Verträglichkeit und Gewissenhaftigkeit zu erkennen. Bei Verträglichkeit liegt diese Studie im Vergleich zur Normstichprobe ungefähr in gleicher Höhe, Yeung jedoch gibt für die zutreffenden Persönlichkeitsstörungen (antisoziale, zwanghafte, paranoide und Borderline-Persönlichkeitsstörung) niedrigere Werte an. Bei der Skala Gewissenhaftigkeit ist es sogar so, dass in dieser Arbeit, für die eben aufgezählten Persönlichkeitsstörungen, eher höhere Werte und bei Yeung niedrigere Werte zu finden sind.

Eine ähnliche Überlegung kann auch für den Vergleich der „nicht suizidal vorbelasteten“ Alkoholkranken mit den „suizidal vorbelasteten“ aufgestellt werden. Hierzu muss zunächst nur noch einmal erwähnt werden, dass beim Vergleich dieser beiden Patientengruppen die antisoziale, die Borderline- und die vermeidend-selbstunsichere Persönlichkeitsstörung bei den „suizidal vorbelasteten“ Patienten hoch signifikant bzw. signifikant häufiger auftraten (vgl. Punkt 4.2.1.). Bei Betrachtung der Tabellen 30 und 31 wird festgestellt, dass beim gesamten Patientenpool und bei den Männern die Skala Neurotizismus hoch signifikant höhere Werte bei den „suizidal vorbelasteten“ Patienten aufweist. Für die Skalen Extraversion, Verträglichkeit und Gewissenhaftigkeit gilt, sie weisen hoch signifikant bzw. signifikant niedrigere Werte bei dieser Patientengruppe auf. Bei den Frauen lässt sich festhalten, dass diese bei den Skalen Neurotizismus und Offenheit für Erfahrungen signifikant höhere Werte bei den „suizidal vorbelasteten“ Patienten aufweisen. Wird nun die gleiche Überlegung wie oben angesetzt, so kann zusammenfassend festgehalten werden, dass die „suizidal vorbelasteten“ Alkoholkranken mit antisozialer, vermeidend-selbstunsicherer oder Borderline-Persönlichkeitsstörung mit großer Wahrscheinlichkeit auch hohe Werte für Neurotizismus und/oder niedrige Werte für Extraversion, Verträglichkeit und/oder Gewissenhaftigkeit erkennen lassen. Auch an dieser Stelle sei erwähnt, dass die vorliegende Arbeit kein Beweis für diese Vermutung ist. Die Wahrscheinlichkeit für die Korrektheit dieser Annahme ist aufgrund der Resultate der einzelnen Untersuchungen allerdings sehr hoch. Bei einem Vergleich dieser Vermutungen mit der Studie von Yeung (1993) wird sichtbar, dass beide Studien übereinstimmen. Auch er gibt bei den entsprechenden Persönlichkeitsstörungen für die Skalen Extraversion, Verträglichkeit und Ge-

wissenhaftigkeit niedrigere Werte und für Neurotizismus höhere Werte als Ergebnis an.

Die eben beschriebenen Ergebnisse lassen sich sehr gut mit den Erfahrungswerten, die sich aus den Interviews entwickelt haben, vereinbaren. Die Resultate der Tabelle 31 spiegelten in den meisten Fällen sehr gut die Persönlichkeitseigenschaften der untersuchten Personen wieder, d. h. die hoch signifikant höheren Werte für Neurotizismus und die hoch signifikant bzw. signifikant niedrigeren Werte für Extraversion, Offenheit für Erfahrungen und Gewissenhaftigkeit wurden in der Gruppe der „suizidal vorbelasteten“ Patienten schon bei der Befragung wieder erkannt. Ähnliches ließ sich für die meisten Teilnehmer der „nicht suizidal vorbelasteten“ Patienten feststellen. Auch bei dieser Gruppe konnte, mit ein wenig Erfahrung in der Gesprächsführung, schon während den Interviews ein, den Ergebnissen der Tabelle 31, entsprechendes Verhalten registriert werden.

4.2.3. Assoziation mit den Persönlichkeitsskalen des TCI

Als letzter Punkt werden die Ergebnisse der Auswertung des TCI kritisch diskutiert. Zuerst werden diese Ergebnisse mit verschiedenen Normstichproben verglichen, die in Tabelle 35 zusammengefasst sind. Diese Tabelle ist ein Auszug aus dem Handbuch des TCI (Richter et al., 1999). Dabei handelt es sich zum einen um eine Untersuchung von 509 gesunden Deutschen und zum anderen um zwei verschiedene US-Amerikanische Untersuchungen, eine Gemeindestichprobe (n=300) und eine Befragung von 803 Hochschulstudenten. Beim Vergleich dieser drei Stichproben kann festgehalten werden, dass es innerhalb der einzelnen Skalen des TCI teilweise doch leichte Unterschiede zwischen den verschiedenen Studien gibt, d. h. die Skalen HA und SD schlagen bei den gesunden Deutschen mit höheren Werten und CO und ST mit niedrigeren Werten zu Buche. Die Dimensionen NS, RD und P liegen dagegen relativ gleich.

Tabelle 35: Mittelwerte und Standardabweichungen () von drei TCI-Untersuchungen

Dimension	gesunde Deutsche (n=509)	US-Gemeindestichprobe (n=300)	US-Hochschulstudenten (n=803)
Neugierverhalten (NS)	18,9 (5,6)	19,3 (6,0)	20,2 (6,6)
Schadensvermeidung (HA)	16,0 (6,1)	12,6 (6,8)	14,9 (7,7)
Belohnungsabhängigkeit (RD)	15,5 (3,6)	15,5 (4,4)	17,4 (3,9)
Beharrungsvermögen (P)	4,0 (1,8)	5,6 (1,9)	5,3 (2,1)
Selbstlenkungsfähigkeit (SD)	32,5 (6,7)	30,7 (7,5)	29,1 (7,8)
Kooperativität (CO)	31,7 (5,6)	32,3 (7,2)	34,3 (5,8)
Selbsttranszendenz (ST)	12,1 (5,4)	19,2 (6,3)	16,1 (6,5)

Bei einem Vergleich der Tabelle 35 mit den Ergebnissen des gesamten Patientenpools aus dieser Untersuchung (vgl. Tabelle 32) fallen bei einigen Skalen Unterschiede auf, relativ gleich sind lediglich die Werte bei RD und P. Bei NS liegt diese Studie leicht über und bei SD deutlich unter den gesunden Deutschen, die Skalen HA, CO und ST sind im Verhältnis zu dieser Normstichprobe relativ identisch. Bei einem Vergleich mit den beiden US-Stichproben sind RD und P erneut relativ gleich und NS leicht erhöht. Auch der Betrag der Dimension SD ist bei den US-Stichproben etwas höher als bei dieser Untersuchung. Die Werte bei HA sind dagegen im Vergleich zu dieser Arbeit bei der US-Gemeindestichprobe wesentlich niedriger und bei ST wesentlich höher. Als letztes fällt noch auf, dass der Wert von CO bei den US-Hochschulstudenten höher ist als bei dieser Untersuchung. Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass beim Vergleich dieser Studie mit den Normstichproben die Skalen RD und P fast keinen Unterschied aufweisen, die Dimensionen NS und HA eher eine Tendenz nach oben haben und die Skalen SD, CO und ST eher niedrigere Werte besitzen.

Es gibt bereits einige Autoren die sich mit den Temperament- und Charakterskalen im Zusammenhang mit Alkoholkranken befasst haben. Als gemeinsames Fazit dieser Autoren kann festgehalten werden, dass die Typ-I-Alkoholiker hohe Werte für RD und HA sowie niedrige Werte für NS und Typ-II-Alkoholabhängige umgekehrt, niedrige Werte bei den Skalen RD und HA und hohe bei NS, aufweisen (Cloninger, 1987, Cloninger et al., 1988, Cannon et al., 1993, Sullivan et al., 1990). Es gab jedoch bereits einige Kritiker von Cloningers Modell, die zu etwas

anderen oder sogar zu entgegengesetzten Ergebnissen kamen. So stellte die Arbeitsgruppe um Schuckit (1990) für Typ-II-Alkoholiker eine gemäßigte Korrelation mit der Skala NS mit Cloningers Modell fest, die Skalen HA und RD dagegen fielen gegensätzlich aus. Weijers et al. (1999) verglich 94 männliche Alkoholiker mit einer gesunden Kontrollgruppe und konnte dabei keinen erhöhten Wert für NS, jedoch einen hoch signifikant höheren Wert bei der Skala RD feststellen. Außerdem kam er zu dem Ergebnis, dass Alkoholabhängige niedrigere Werte in der Charakterskala SD zeigen. Da bei dieser Untersuchung nicht zwischen Typ-I- und Typ-II-Alkoholikern unterschieden, sondern immer der gesamte Patientenpool betrachtet wurde, kann hier keine eindeutige Bestätigung oder Widerlegung einer der zuvor beschriebenen Studien getroffen werden. Es kann an dieser Stelle lediglich die Tendenz abgegeben werden, dass sich keine der oben aufgeführten Studien mit dieser deckt. Eine recht deutliche Bilanz kann für das Modell von Cloninger verzeichnet werden, denn in der vorliegenden Arbeit liegen bei den Skalen NS und HA, welche bei Cloninger immer gegensätzlichen Trend zeigen, jeweils erhöhte Werte im Vergleich zu den Normstichproben vor. Die Temperamentskala RD, welche bei Cloninger für Typ-I- bzw. Typ-II-Alkoholiker entweder erhöhte oder erniedrigte Werte zeigt, hat bei dieser Studie keinen wesentlich anderen Wert als die Normstichproben aus Tabelle 35. Auch der Vergleich mit den Arbeiten von Schuckit oder Weijers liefert keine eindeutige Übereinstimmung. Diese Beiden sprechen von erhöhten Werten für die Skala RD und von einer leicht erhöhten bzw. unterschiedslosen Temperamentskala NS. Das ist hier nicht der Fall. In dieser Arbeit weist RD keinen Unterschied und NS einen eindeutig erhöhten Wert auf. Als Schlussfolgerung daraus lässt sich festhalten, dass durch diese Studie tendenziell keines der oben aufgeführten Untersuchungsergebnisse bestätigt werden kann.

Abschließend soll das gleichzeitige Auftreten von Persönlichkeitsstörungen und einer oder mehrerer TCI-Skalen bei „suizidal vorbelasteten“ Patienten beurteilt werden. Anhand der Tabelle 33 kann die Signifikanz der einzelnen TCI-Skalen in Abhängigkeit von der Zuordnung zu „nicht suizidal vorbelastete“ und „suizidal vorbelastete“ Patienten abgelesen werden. Bei dem gesamten Patientenpool und bei den Männern ergaben sich für die Skala HA hoch signifikant höhere Werte und für SD und CO hoch signifikant bzw. signifikant niedrigere Werte für die „suizidal vorbelasteten“ Patienten. Bei den Frauen ergaben sich keinerlei signifikante Unter-

schiede. Im Punkt 4.2.1. wird beschrieben, dass beim Vergleich dieser beiden Patientengruppen die antisoziale, die Borderline- und die vermeidend-selbstunsichere Persönlichkeitsstörung bei den „suizidal vorbelasteten“ Patienten hoch signifikant bzw. signifikant häufiger auftreten. Auch dazu existieren bereits einige Arbeiten von anderen Autoren, die sich mit dem Zusammenhang Persönlichkeitsstörungen und TCI-Skalen beschäftigt haben. Bejerot et al. (1998) fanden z. B. heraus, dass die vermeidend-selbstunsichere Persönlichkeitsstörung stark mit NS und SD und die Borderline-Persönlichkeitsstörung stark mit SD korreliert. Mulder et al. (1994) kamen zu dem Ergebnis, dass niedrige Werte für RD mit Cluster A-Persönlichkeitsstörungen assoziiert waren, hohe Werte für NS mit Cluster B-Persönlichkeitsstörungen und hohe Werte für HA mit Cluster C-Persönlichkeitsstörungen. Svrakic et al. (1993) berichteten, dass das Vorhandensein irgendeiner Persönlichkeitsstörung stark durch geringe Punktwerte in SD und CO determiniert war. Außerdem prädiktierten geringe Werte für RD, hohe für NS oder hohe für HA, dass eine Persönlichkeitsstörung, wenn sie auftritt, im entsprechenden DSM-III R Cluster A, B oder C liegt. Das stellte die Grundlage für die clusterbezogene Differentialdiagnose bereit. Es zeigt auch, dass Personen Störungen aus mehreren Clustern haben können, weil die Temperamentdimensionen unabhängig voneinander sind (d. h. sie treten in allen möglichen Kombinationen auf) und sich nicht gegenseitig ausschließen (Richter et al., 1999). Werden die zuvor beschriebenen Ergebnisse dieser Studie über Persönlichkeitsstörungen und TCI-Skalen bei „suizidal vorbelasteten“ Patienten wie schon unter Punkt 4.2.2. in Verbindung gebracht, so kann auch an dieser Stelle eine ähnliche Theorie wie oben aufgestellt werden. In diesem Fall bedeutet das, dass in dieser Studie bei den „suizidal vorbelasteten“ Patienten, welche eine der signifikant häufiger auftretenden Persönlichkeitsstörungen aufweisen (antisoziale, vermeidend-selbstunsichere und/oder Borderline-Persönlichkeitsstörung), die Wahrscheinlichkeit sehr hoch ist, zusätzlich eine oder mehrere der drei Temperament- und Charakterskalen (HA, SD und/oder CO) aufzuweisen, welche in dieser Arbeit über signifikante Unterschiede zu den „nicht suizidal vorbelasteten“ Patienten verfügen. Es sei erwähnt, dass die vorliegende Arbeit kein Beweis für diese Vermutung ist. Die Wahrscheinlichkeit für die Korrektheit dieser Annahme ist beim Anblick der Resultate allerdings sehr hoch. Wird nun angenommen, dass diese These annähernd zutrifft, so erkennt man bei einem Vergleich mit den anderen Studien, dass die

Ergebnisse dieser Untersuchung relativ gut mit den anderen übereinstimmen. Die erste Feststellung von Svrakic et al. (1993) kann bestätigt werden, denn auch hier liegen signifikant niedrigere Werte für SD und CO vor, was auf ein gleichzeitiges Vorhandensein irgendeiner Persönlichkeitsstörung schließen lässt. Die Ergebnisse von Svrakic et al. (1993) und Mulder et al. (1994), die Clusterzugehörigkeit betreffend, können durch diese Arbeit nur teilweise bestätigt werden. Die erhöhten Werte für HA, welche auf eine Cluster C-Persönlichkeitsstörung hindeuten, liegen hier ebenso vor, wie eine der Cluster C-Persönlichkeitsstörungen selbst (vermeidend-selbstunsichere Persönlichkeitsstörung). Außerdem kann in dieser Studie kein signifikant niedrigerer Wert für RD nachgewiesen werden, was dadurch bestätigt wird, dass auch keine Cluster A-Persönlichkeitsstörung signifikant häufiger bei den „suizidal vorbelasteten“ Patienten vorkommt. Der höhere Wert für NS konnte in dieser Untersuchung nicht nachgewiesen werden, obwohl vorher schon bewiesen wurde, dass Cluster B-Persönlichkeitsstörungen (antisoziale und Borderline-Persönlichkeitsstörung) signifikant häufiger bei der relevanten Patientengruppe auftreten. Die Resultate von Bejerot et al. (1998) werden hier ebenso teilweise bestätigt, denn auch diese Analyse zeigt einen signifikanten Unterschied für SD bei gleichzeitigem Auftreten von vermeidend-selbstunsicherer und Borderline-Persönlichkeitsstörung bei den „suizidal vorbelasteten“ Patienten. Lediglich der signifikante Unterschied für NS im Zusammenhang mit der vermeidend-selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung kann nicht nachgewiesen werden. Damit konnte verhältnismäßig gut veranschaulicht werden, dass die Wahrscheinlichkeit für die Korrektheit der oben aufgestellten These relativ hoch ist und dass somit auch die hier erarbeiteten Ergebnisse eine vergleichsweise hohe Richtigkeit besitzen.

4.3. Methodendiskussion

Abschließend ist es angebracht, auf einige Begrenzungen dieser Studie aufmerksam zu machen. In der vorliegenden Arbeit wurden 412 Patienten untersucht. Damit liegt eine angemessene Fallzahl zur Durchführung statistischer Analysen vor. Problematisch scheint jedoch die unausgewogene Geschlechtsverteilung. Im Vergleich zu 79,4% Männern konnten lediglich 20,6% Frauen in die Untersuchung eingeschlossen werden. Dieses Verhältnis ist jedoch, wie auch aus anderen Studien bekannt ist, bei Alkoholkranken relativ normal. Aus diesem Grund sind die

statistischen Auswertungen bezüglich der Geschlechtsunterschiede einerseits mit Vorbehalt zu betrachten, andererseits basieren die Vergleichszahlen anderer Studien meist auf der gleichen Verteilung von männlichen und weiblichen Teilnehmern.

Da es sich um eine Querschnittsuntersuchung handelt, lässt sich die Frage nach dem Status von Persönlichkeitseigenschaften als Bedingung oder Folge der Alkoholabhängigkeit und des Alkoholmissbrauchs nicht schlüssig klären. Einerseits ist davon auszugehen, dass bestimmte Persönlichkeitsmerkmale als Risikofaktoren für die Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit gelten können. Andererseits besteht kein Zweifel daran, dass chronische Alkoholabhängigkeit gravierende Auswirkungen auf die Persönlichkeit haben kann.

Eine weitere Einschränkung gibt es bezüglich der Generalisierbarkeit dieser Studie. Da es sich bei stationär behandelten und motivierten Patienten immer um eine positive Selektionsgruppe handelt, können Vermutungen aufgestellt werden, ob diese Untersuchung in einer unbehandelten Feldstudie zu einem ähnlichen Ergebnis führen würde.

Als letzter Punkt sei noch angeführt, dass für diese Studie keine Kontrollgruppe untersucht wurde. Somit kann nicht geklärt werden, ob sich die Persönlichkeitsstruktur suizidaler Alkoholabhängiger von der Persönlichkeitsstruktur suizidal vorbelasteter Patienten aus der gesamten Bevölkerung unterscheidet.

5. Zusammenfassung

Die Entwicklung des Alkoholismus hat eine multifaktorielle Genese, d. h. man geht davon aus, dass neben den Faktoren wie z. B. bestimmten Persönlichkeitsstrukturen und kulturellen oder sozialen Einflüssen vor allem genetische Faktoren bei der Abhängigkeitsentstehung eine Rolle spielen. Ebenso verhält es sich mit der Suizidalität, bei der ebenfalls mehrere Ursachen nebeneinander eine Rolle spielen. Zum einen muss hier an affektiv-kognitive Faktoren, wie z. B. psychische Erkrankungen und zum anderen an psychosoziale Faktoren, wie Arbeitslosigkeit, Schulden, Vereinsamung oder Trennung, gedacht werden. Auch eine Reihe von demographischen, biopsychosozialen und genetischen Risikofaktoren werden allgemein als beständige Prädiktoren für vollendete Suizide berichtet. Außerdem wurde auch die Alkoholabhängigkeit als Risikofaktor für die gehäufte Ausführung suizidaler Handlungen bereits von vielen Autoren beschrieben. Bei den Persönlichkeitsstörungen sind sich die Autoren bei der Ätiologie und Pathogenese noch sehr uneinig. Es existieren zwar eine Reihe von Ansätzen, doch eine abgerundete Theorie konnte bisher noch nicht herausgearbeitet werden. Bewiesen ist lediglich das weit verbreitete Auftreten von Persönlichkeitsstörungen in der Bevölkerung. Hinsichtlich der Prognose von Persönlichkeitsstörungen nimmt erneut das Suizidrisiko eine zentrale Rolle ein. Auch die Entstehung und Aufrechterhaltung des Alkoholismus wird in der Literatur mit bestimmten Persönlichkeitseigenschaften oder Persönlichkeitstypen in Beziehung gebracht. Aufgrund dieser Zusammenhänge sollte diese Arbeit einen Beitrag zur Beantwortung der Frage leisten, inwieweit das suizidale Verhalten einer Gruppe von stationär behandelten Alkoholkranken mit bestimmten Persönlichkeitsstörungen assoziiert ist.

In der vorliegenden Studie wurden im Zeitraum von Juni 1997 bis Februar 2005 insgesamt 412 alkoholabhängige Patienten, davon 327 Männer und 85 Frauen, untersucht, die sich freiwillig zur qualifizierten Entgiftung in der Psychiatrischen Klinik der Ludwig-Maximilians-Universität München befanden. Im Rahmen eines halbstrukturierten Interviews anhand des SSAGA – Semi-Structured Assessment on the Genetics in Alcoholism (Bucholz et al., 1995, Hesselbrock et al., 1999) – konnten detailliert das Ersterkrankungsalter, der Schweregrad, der Verlauf und die alkoholbedingten körperlichen, sozialen und psychischen Folgeschäden der Alko-

holabhängigkeit eruiert werden. Weiterhin diene der Fragebogen zur Dokumentation von Sozialdaten sowie ernsthafter organischer Krankheiten, anderer Substanzmittelabhängigkeiten und komorbider psychiatrischer Störungen. Um eventuelle Persönlichkeitsstörungen zu diagnostizieren wurde mit dem Patienten anschließend das SKID-II – Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV, Achse II: Persönlichkeitsstörungen (deutsche Version, Wittchen et al., 1997a) – bearbeitet. Im Anschluss an diese Befragung wurden jedem Patienten noch zwei weitere Fragebögen zur Persönlichkeitsdiagnostik zum selbständigen Ausfüllen ausgehändigt: zum einen das Neo-FFI – Neo-Fünf-Faktoren-Inventar (Borkenau und Ostendorf, 1993) – und zum anderen das TCI – Temperament- und Charakterinventar (Richter et al., 2000). Mit diesen Fragebögen konnten bestimmte Persönlichkeitseigenschaften und -merkmale bestimmt werden.

Die statistische Datenauswertung erfolgte mit dem Statistikprogramm „Statistical Package for Social Sciences“ (SPSS Inc., Version 12.0G, Chicago, 2003).

Als Ergebnisse sind festzuhalten, dass 23,1% (n=95) der Patienten angaben bereits mindestens einen Suizidversuch begangen zu haben. Bei der Vorgehensweise war es so, dass die Männer eher zu „harten“ Methoden und die Frauen eher zu „weichen“ Methoden griffen. Das Ergebnis der SKID-II-Persönlichkeitsstörungen war, dass die antisoziale, die Borderline-, die vermeidend-selbstunsichere, die depressive und die dependente Persönlichkeitsstörung signifikant häufiger bei den „suizidal vorbelasteten“ Patienten vorkommt. Bei der Auswertung des NEO-FFI konnte festgestellt werden, dass die Persönlichkeitsskala Neurotizismus hoch signifikant bzw. signifikant (bei den Frauen) höhere Werte bei den „suizidal vorbelasteten“ Patienten ergab. Die Skalen Verträglichkeit, Extraversion und Gewissenhaftigkeit ergaben bei der gleichen Patientengruppe hoch signifikant bzw. signifikant niedrigere Werte. Die Ergebnisse des TCI ergaben bei den „suizidal vorbelasteten“ Patienten hoch signifikant höhere Werte für die Skala Schadensvermeidung (HA) und hoch signifikant bzw. signifikant niedrigere Werte für Selbstlenkungsfähigkeit (SD) und Kooperativität (CO). Bei den Frauen wurde beim TCI für keine Skala ein signifikanter Unterschied zu den „nicht suizidal vorbelasteten“ Patienten festgestellt.

Wie in vielen Studien zuvor kann auch hier gezeigt werden, dass die Alkoholabhängigkeit einen Risikofaktor für alle Formen von Suizidalität darstellt. Auch die Geschlechtsverteilung, dass Frauen häufiger Suizidversuche verüben als Männer, oder die Methodenverteilung in „harte“ und „weiche“ Methoden konnte in dieser Arbeit in gleicher Weise festgestellt werden wie von anderen Autoren zuvor. Bei der Untersuchung der SKID-II-Persönlichkeitsstörungen in Assoziation mit suizidalen Handlungen konnten in der vorliegenden Studie die Ergebnisse anderer Analysen ebenfalls weitestgehend bestätigt werden. Sowohl die Art als auch die Häufigkeitsverteilung der Persönlichkeitsstörungen bei den „suizidal vorbelasteten“ Patienten schlug sich in dieser Untersuchung in ähnlicher Weise nieder wie bei anderen Arbeiten. Die Verbindung der NEO-FFI-Skalen mit Persönlichkeitsstörungen bei „suizidal vorbelasteten“ Patienten konnte in dieser Studie lediglich als Vermutung aufgestellt werden. Als Fazit kann jedoch zusammenfassend festgehalten werden, dass die „suizidal vorbelasteten“ Alkoholkranken mit antisozialer, vermeidend-selbstunsicherer oder Borderline-Persönlichkeitsstörung mit großer Wahrscheinlichkeit auch hohe Werte für Neurotizismus und/oder niedrige Werte für Extraversion, Verträglichkeit und/oder Gewissenhaftigkeit erkennen lassen. Dieses Resultat wird in ähnlicher Weise auch durch andere Studien bestätigt, die sich mit diesem Zusammenhang befassten. Gleiches gilt für die Untersuchung des TCI. Auch bei diesem Untersuchungsinstrument konnte die Verbindung zwischen Suizidalität, Persönlichkeitsstörungen und TCI-Skalen innerhalb dieser Arbeit nur als Hypothese aufgestellt werden. Bei kritischer Überprüfung mit anderen Studien konnte allerdings auch in diesem Fall zum größten Teil bestätigt werden, dass in der vorliegenden Arbeit bei den „suizidal vorbelasteten“ Patienten, welche eine der signifikant häufiger auftretenden Persönlichkeitsstörungen aufweisen (antisoziale, vermeidend-selbstunsichere und/oder Borderline-Persönlichkeitsstörung), die Wahrscheinlichkeit sehr hoch ist, zusätzlich eine oder mehrere der drei Temperament- und Charakterskalen (Schadensvermeidung (HA), Selbstlenkungsfähigkeit (SD) und/oder Kooperativität (CO)) aufzuweisen, welche in dieser Arbeit signifikante Unterschiede zu den „nicht suizidal vorbelasteten“ Patienten aufweisen.

Literaturverzeichnis

- Allebeck P, Olsen J, (1998):** Alcohol and fetal damage. *Alcohol Clin Exp Res* 22(7): 329-332.
- Althaus D, (2004):** Das „Nürnberger Bündnis gegen Depression“ – Zwischen-
auswertung eines depressions- und suizidpräventiven Programms nach 12 Mo-
naten Laufzeit. Dissertation, LMU München.
- Amelang M, Bartussek D, (1990):** Differentielle Psychologie und Persönlichkeits-
forschung. Stuttgart, Kohlhammer.
- Babor TF, Hofmann M, DelBoca FK, Hesselbrock V, Meyer RE, Dolinsky ZS,
Rounsaville B, (1992):** Types of alcoholics. Evidence for an empirically derived
typology based on indicators of vulnerability and severity. *Arch Gen Psychiatry*
49: 599-608.
- Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT, Fergusson DM, Deavoll BJ, Nightingale
SK, (1996):** Prevalence and comorbidity of mental disorders in persons making
serious suicide attempts: a case-control study. *Am J Psychiatry* 153: 1009-
1014.
- Becker P, Quinten C, (2003):** Persönlichkeitstypen und Persönlichkeitsstörungen
bei stationär behandelten Alkoholabhängigen. *Zeitschrift für Klinische Psycho-
logie und Psychotherapie* 32(2): 104-116.
- Begleiter H, Reich T, Hesselbrock V, Porjesz B, Li TK, Schuckit MA, Eden-
berg HJ, Rice JP, (1995):** The collaborative study on the genetics of alcoh-
olism. The genetics of alcoholism. *Alcohol Health Res World* 19: 228-236.

- Bejerot S, Schlette P, Ekselius L, Adolfsson R, Knorrning von L, (1998):** Personality disorders and relationship to personality dimensions measured by the Temperament and Character Inventory in patients with obsessive-compulsive disorder. *Acta Psychiatr Scand* 98: 243-249.
- Bertolote JM, (2001):** Suicide in the world: an epidemiological overview: 1959-2000. In: Wasserman D (Hrsg): *Suicide – An unnecessary death*: 3-10. London, Martin Dunitz.
- Bille Brahe U, Kerkhof A, De Leo D, Schmidtke A, Crepet P, Lönnqvist J, Michel K, Salander Renberg E, Stiles TC, Wassermann D, Aagaard B, Egebo H, Jensen B, (1997):** A repetition-prediction study of European parasuicide populations: A summary of the first report from Part II of the WHO/EURO Multicentre Study on parasuicide in cooperation with the EC concerted action on attempted suicide. *Acta Psychiatr Scand* 95(2): 81-86.
- Blum K, Noble EP, Sheridan PJ, Montgomery A, Ritchie T, Jagadeeswaran P, Nogami H, Briggs AH, Cohn JB, (1990):** Allelic association of human dopamine D2 receptor gene in alcoholism. *JAMA* 263: 2055-2060.
- Borkenau P, Ostendorf F, (1993):** *Das NEO-Fünf-Faktoren-Inventar (NEO-FFI) nach Costa und McCrae*. Göttingen, Hogrefe.
- Borowsky IW, Ireland M, Resnick MD, (2001):** Adolescent suicide attempts: risk and protectors. *Pediatrics* 107: 485-493.
- Bronisch T, (1995):** Suicidal behavior in extreme stress. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie* 63(4): 139-148.
- Bronisch T, (2003):** Definition, Klassifikation und allgemeine Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen. In: Herpertz SC (Hrsg): *Persönlichkeitsstörungen*. Stuttgart, Thieme.

Bucholz KK, Cadoret R, Cloninger CR, Dinwiddie SH, Hesselbrock VM, Nurnberger JI, Reich T, Schmidt I, Schuckit MA, (1995): A new, semi-structured psychiatric interview for use in genetic linkage studies: a report on the reliability of the SSAGA. *Journal of Studies on Alcohol* 55: 149-158.

Bühringer G, Augustin R, Bergmann E, Bloomfield K, Funk W, Junge B, Kraus L, Merfert-Diete C, Rumpf H-J, Simon R, Töppich J, (2000): Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen in Deutschland. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd 128. Baden-Baden, Nomos.

Cannon DS, Clark LA, Leeka JK, Keefe CK, (1993): A reanalysis of the Tridimensional Personality Questionnaire (TPQ) and its relation to Cloninger's type 2 alcoholism. *Psychological Assessment* 5(1): 62-66.

Cantor CH, (2000): Suicide in the Western World. In: Hawton K, van Heeringen K (Hrsg): *The international handbook of suicide and attempted suicide*. Chichester, New York, Weinheim, Brisbane, Singapore, Toronto, John Wiley & Sons.

Cloninger CR, (1987): Neurogenetic adaptive mechanism in alcoholism. *Science* 236: 410-416.

Cloninger CR, Devor EJ, (1998): Genetics on alcoholism. *Annu Rev Genet* 23: 19-36.

Cloninger CR, Przybeck TR, Svrakic DM, Wetzel R, (1994): The temperament and character inventory (TCI): a guide to its development and use. St. Louis, Washington University school of Medicine, Department of psychiatry.

Cloninger CR, Sigvardsson S, Bohman M, (1988): Childhood personality predicts alcohol abuse in young adults. *Alcoholism* 12: 494-505.

Cornelius JR, Salloum IM, Mezzich J, Cornelius MD, Fabrega H, Ehler JG, et al., (1995): Disproportionate suicidality in patients with comorbid major depression and alcoholism. *Am J Psychiatry* 152: 358-364.

- Costa PT Jr, McCrae RR, Dye D, (1991):** Facet scales for agreeableness and conscientiousness: A revision of the Neo-Personality-Inventory. *Personality and Individual Differences* 12: 887-898.
- De Man AF, (1999):** Correlates of suicide ideation in high school students: the importance of depression. *Journal of Genetic Psychology* 160: 105-114.
- Demirbas H, Celik S, Ilhan IO, Dogan YB, (2003):** An examination of suicide probability in alcoholic in-patients. *Alcohol Alcohol* 38: 67-70.
- Dilling H, Weyerer S, (1984):** Psychische Erkrankungen in der Bevölkerung bei Erwachsenen und Jugendlichen. In: Dilling H, Weyerer S, Castell R (Hrsg): *Psychische Erkrankungen in der Bevölkerung: 1-122*. Stuttgart, Enke.
- Dilling H, Mombour W, Schmidt MH, Schulte-Markwort E, (2000):** Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F); Klinisch-diagnostische Leitlinien / Weltgesundheitsorganisation. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle, Huber.
- Driessen M, Veltrup C, Weber J, John U, Wetterling T, Dilling H, (1998):** Psychiatric co-morbidity, suicidal behaviour and suicidal ideation in alcoholics seeking treatment. *Addiction* 93(6): 889-894.
- Driessen M, (2004):** Psychiatrische Komorbidität (DSM-IV – Achsen I und II) und Suizidalität bei Alkoholabhängigkeit. *Suchtmed* 6(2): 138.
- Egan V, (2000):** The NEO-FFI: emerging British norms and an item-level analysis suggest N, A and C are more reliable than O and E. *Personality and Individual Differences* 29: 907-920.
- Faust G, (1995):** *Psychiatrie*. Stuttgart, Jena, New York, Fischer.
- Feuerlein W, Kufner H, Soyka M, (1998):** *Alkoholismus – Mißbrauch und Abhängigkeit*. 5. Aufl.. Stuttgart, Thieme.

- Fischer BJ, Haythornthwaite JA, Heinberg LJ, Clark M, Reed J, (2001):** Suicidal intent in patients with chronic pain. *Pain* 89: 199-206.
- Harris EC, Barraclough B, (1997):** Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *Br J Psychiatry* 170: 205-228.
- Henriksson MM, Isometsa ET, Hietanen PS, Aro HM, Lönnqvist J, (1995):** Mental disorders in cancer suicides. *J Affect Disord* 36: 11-20.
- Herpertz SC, (2003):** Schizotypische Persönlichkeitsstörung. In: Herpertz SC (Hrsg): *Persönlichkeitsstörungen*. Stuttgart, Thieme.
- Herpertz SC, Saß H, (2003):** Allgemeine Epidemiologie, Verlauf und Prognose. In: Herpertz SC (Hrsg): *Persönlichkeitsstörungen*. Stuttgart, Thieme.
- Herpertz SC, Wenning B, (2003a):** Paranoide Persönlichkeitsstörung. In: Herpertz SC (Hrsg): *Persönlichkeitsstörungen*. Stuttgart, Thieme.
- Herpertz SC, Wenning B, (2003b):** Schizoide Persönlichkeitsstörung. In: Herpertz SC (Hrsg): *Persönlichkeitsstörungen*. Stuttgart, Thieme.
- Herpertz SC, Wenning B, (2003c):** Emotional instabile Persönlichkeitsstörung. In: Herpertz SC (Hrsg): *Persönlichkeitsstörungen*. Stuttgart, Thieme.
- Herpertz SC, Wenning B, (2003d):** Histrionische Persönlichkeitsstörung. In: Herpertz SC (Hrsg): *Persönlichkeitsstörungen*. Stuttgart, Thieme.
- Herpertz SC, Wenning B, (2003e):** Anankastische Persönlichkeitsstörung. In: Herpertz SC (Hrsg): *Persönlichkeitsstörungen*. Stuttgart, Thieme.
- Herpertz SC, Wenning B, (2003f):** Dependente Persönlichkeitsstörung. In: Herpertz SC (Hrsg): *Persönlichkeitsstörungen*. Stuttgart, Thieme.

- Herpertz SC, Wenning B, (2003g):** Narzisstische Persönlichkeitsstörung. In: Herpertz SC (Hrsg): Persönlichkeitsstörungen. Stuttgart, Thieme.
- Hesselbrock M, Easton C, Bucholz KK, Schuckit M, Hesselbrock V, (1999):** A validity study of the SSAGA – a comparison with the SCAN. *Addiction* 94: 1361-1370.
- Hiller W, (1989):** Alkohol dependance in ICD-9 and DSM-III-R: A comparative polydiagnostic study. *Eur Arch Psychiatr Neurol Sci* 239: 101-108.
- Hintz T, Diehl A, Croissant B, (2004):** Psychische Komorbidität bei alkoholbezogenen Störungen. *Psychoneuro* 30(1): 42-48.
- Hoffmann SO, (2002):** Die Klassifikation von Persönlichkeitsstörungen in DSM-IV und ICD-10 – auch eine „Pathocharakterologie“?. *Persönlichkeitsstörungen* 3: 186-189.
- Howard MO, Kivlahan D, Walker RD, (1997):** Cloninger's tridimensional theory of personality and psychopathology: applications to substance use disorders. *J Stud Alcohol* 58(1): 48-66.
- Ikeda RM, Kresnow MJ, Mercy JA, Powell KE, Simon TR, Potter LB, (2001):** Medical conditions and nearly lethal suicide attempts. *Suicide Life Threat Behav* 32: 60-67.
- Ille R, Huber HP, (2003):** Zur Bedeutung von Suizidgedanken in Hinblick auf Aggressionsbereitschaft, Selbstwert und Hoffnungslosigkeit bei Depressiven und klinisch unauffälligen Vergleichspersonen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 32(2): 79-84.
- Jellinek EM, (1962):** Alcoholism: Phases of alcohol addiction. *Quart J Stud Alc* 13: 673-684.

- Keller M, (1962):** The definition of alcoholism and the estimation of its prevalence. In: Pittman I, Snyder C (eds): Society, Culture and Drinking Patterns. New York, Wiley.
- Kerkhof AJFM, (2000):** Attempted suicide: Patterns and trends. In: Hawton K, van Heerigen K (Hrsg): The international handbook of suicide and attempted suicide. Chichester, New York, Weinheim, Brisbane, Singapore, Toronto, John Wiley & Sons.
- Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, (1994):** Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry 51: 8-19.
- Klatsky AL, Siegelau AB, Landy C, Friedman GD, (1983):** Racial patterns of alcoholic beverage use. Alcoholism Clin Exp Res 7: 372-377.
- Koller G, Preuss UW, Bottlender M, Wenzel K, Soyka M, (2002):** Impulsivity and aggression as predictors of suicide attempts in alcoholics. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 252: 155-160.
- Kraus L, Augustin R, (2001):** Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 2000. Sucht 47 (Sonderheft 1).
- Küfner H, Feuerlein W, (1989):** In-patient treatment for alcoholism. A multi-centre evaluation study. Berlin, Heidelberg, New York, Springer.
- Lambert MT, Fowler DR, (1997):** Suicide risk factors among veterans: risk management in the changing culture of the Department of Veterans Affairs. J Ment Health Adm 24: 350-358.

- Lönqvist J, (2000):** Psychiatric aspects of suicidal behaviour: depression. In: Hawton K, van Heeringen K (Hrsg): The international handbook of suicide and attempted suicide: 107-120. Chichester, New York, Weinheim, Brisbane, Singapore, Toronto, John Wiley & Sons.
- Loranger AW, Sartorius N, Andreoli A et al., (1994):** The international personality disorders examination. Archives of General Psychiatry 51: 215-224.
- Maier W, (1996):** Genetik von Alkoholabusus und Alkoholabhängigkeit. In: Mann K, Buchkremer G (Hrsg): Sucht, Grundlagen – Diagnostik – Therapie: 85-97. Stuttgart, Jena, New York, Gustav Fischer.
- Maier W, Lichtermann D, Minges J, Heun R, (1992):** The familial relation of personality disorders (DSM-III-R) to unipolar major depression. Journal of Affective Disorders 26: 151-156.
- Maris RW, Berman AL, Silverman MM, (2000):** Racial, ethnic, and cultural aspects of suicide. In: Maris RW et al. (Hrsg): Comprehensive Textbook of suiciology: 170-192. The Guilford Press.
- McCrae RR, Costa PT Jr, (1983):** Joint factors in self-reports and ratings: neuroticism, extraversion and openness to experience. Personality and Individual Differences 4: 245-255.
- Mellsop GW, Varghese F, Stephens J, Hicks A, (1982):** The reliability of axis II of DSM-III. American Journal of Psychiatry 139: 1360-1361.
- Merikangas KR, Weissman MM, (1986):** Epidemiology of DSM-III axis II personality disorders. In: Frances AJ, Hales RE (eds): American psychiatric association annual review, vol. 5. American Psychiatric Press, Washington DC: 258-278.

- Mezzich JE, Ahn CW, Fabrega HJ, Pilkonis PA, (1990):** Patterns of psychiatric comorbidity in a large population presenting for care. In: Maser JD, Cloninger CR (eds): Comorbidity of mood and anxiety disorders. American Psychiatric Press, Washington DC: 189-204.
- Möller HJ, Laux G, Deister A, (2001):** Psychiatrie und Psychotherapie. Stuttgart, Thieme.
- Mösler TA, (1992):** Suizidhandlungen im Stadtgebiet Nürnberg: eine epidemiologische und ökologische Untersuchung über Häufigkeiten und Ursachen. Regensburg, Roderer.
- Müller-Isberner R, Eucker S, Herpertz SC, (2003):** Dissoziale Persönlichkeitsstörung. In: Herpertz SC (Hrsg): Persönlichkeitsstörungen. Stuttgart, Thieme.
- Mulder RT, Joyce PR, Cloninger CR, (1994):** Temperament and early environment influence comorbidity and personality disorders in major depression. Compr Psychiatry 35: 225-233.
- Murphy GE, Armstrong JW, Hermele SL, Fischer JR, Clendenin WW, (1979):** Suicide and alcoholism. Interpersonal loss confirmed as a predictor. Arch Gen Psychiatry 36: 65-69.
- Murphy GE, Wetzel RD, (1990):** The lifetime risk of suicide in alcoholism. Arch Gen Psychiatry 47: 383-392.
- Murphy GE, Wetzel RD, Robins E, McEvoy L, (1992):** Multiple risk factors predict suicide in alcoholism. Arch Gen Psychiatry 49: 459-463.
- Oldham JM, Skodol AE, Kellmann D, Hyler SE, Rosnick L, Davies M, (1992):** Diagnosis of DSM-III-R personality disorders by two structured interviews: patterns of comorbidity. American Journal of Psychiatry 149: 213-220.

- Poldrugo F, Chick JD, Moore N, Walburg JA, (1993):** Mortality studies in the long-term evaluation of treatment of alcoholics. *Alcohol Alcohol* 2: 151-155.
- Preuss UW, (2004a):** Prognose suizidalen Verhaltens bei Alkoholabhängigen: Ergebnisse einer 5-Jahres-Untersuchung der Collaborative Study on the Genetics of Alcoholism (COGA). *Suchtmed* 6(2): 138-139.
- Preuss UW, Barnow S, Zimmermann J, Watzke AB, Schultz G, Wong WM, (2004):** Suizidalität bei Abhängigkeitserkrankungen: Eine Übersicht. *Suchtmed* 6(4): 271-285.
- Preuss UW, Schuckit MA, Smith TL, Danko GP, Bucholz KK, Hesselbrock MN, et al., (2003):** Predictors and correlates of suicide attempts over 5 years in 1,237 alcohol dependent men and women. *Am J Psychiatry* 160: 56-63.
- Preuss UW, Schuckit MA, Smith TL, Danko GP, Buckman K, Bierut L, et al., (2002):** Comparison of 3190 alcohol-dependent individuals with and without suicide attempts. *Alcohol Clin Exp Res* 26: 471-477.
- Rehm J, Room R, Graham K, Frick U, (2003):** Trinkmenge, Trinkmuster und ihre Beziehung zu Morbidität und Mortalität. *Sucht* 49(2): 87-94.
- Reich J, Yates W, Nduaguba M, (1989):** Prevalence of DSM-III personality disorders in the community. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 24: 12-16.
- Reich T, Edenberg HJ, Goate A, Williams JT, Rice JP, Van Eerdewegh P, Foroud T, Hesselbrock V, Schuckit MA, Bucholz K, Porjesz B, Li TK, Conneally PM, Nurnberger JI, Tischfeld JA, Crowe RR, Cloninger CR, Wu W, Shears S, Carr K, Crose C, Willig C, Bebleiter H, (1998):** Genome-wide search for genes affecting the risk for alcohol dependence. *Am. J. Med. Genet.* 81: 207-215.

- Renberg ES, (2001):** Self-reported life-weariness, death-wishes, suicidal ideation, suicidal plans and suicide attempts in general population surveys in the north of Sweden 1986 and 1996. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 36(9): 429-436.
- Renn H, (2002):** Sucht als gesellschaftliches Phänomen. In: Heigel-Evers A, Hellas I, Vollmer HC, Büchner U (Hrsg): *Therapien bei Sucht und Abhängigkeiten*: 9-28. Göttingen, Vandenhoeck & Rupprecht.
- Richter J, Eisemann M, Richter G, Cloninger CR (1999):** Das Temperament- und Charakter-Inventar (TCI) – Ein Leitfaden über seine Entwicklung und Anwendung; Manual. Frankfurt/Main, Swets Test Services.
- Richter J, Eisemann M, Richter G, (2000):** Die deutschsprachige Version des Temperament- und Charakterinventars (TCI). *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 29: 117-126.
- Ringborg U, (1998):** Alcohol and risk of cancer. *Alcohol Clin Exp Res* 22(7): 323-328.
- Rossow I, Amundsen A, (1995):** Alcohol abuse and suicide: a 40-year prospective study of Norwegian conscripts. *Addiction* 90: 685-691.
- Roy A, (1993):** Risk factors for suicide among adult alcoholics. *Alcohol Health Res World* 17: 133-136.
- Roy A, (2001):** Characteristics of cocaine-dependent patients who attempt suicide. *Am J Psychiatry* 158: 1215-1219.
- Roy A, (2002):** Characteristics of opiate dependent patients who attempt suicide. *J Clin Psychiatry* 63: 403-407.
- Samet S, Nunes EV, Hasin D, (2004):** Diagnosing comorbidity: concepts, criteria and methods. *Acta Neuropsychiatrica* 16: 9-18.

Saß H, (1986): Zur Klassifikation der Persönlichkeitsstörungen. *Nervenarzt* 56: 193-203.

Saß H, (2000): Persönlichkeitsstörungen. In: Helmchen H, Henn F, Lauter H, Sartorius N (Hrsg): *Psychiatrie der Gegenwart*. Bd 6, 4. Aufl.: 275-330. Berlin Heidelberg, New York, Springer.

Saß H, Mende M, (1990): Zur Erfassung von Persönlichkeitsstörungen mit einer integrierten Merkmalsliste gem. DSM-III-R und ICD-10 bei stationär behandelten psychiatrischen Patienten. In: Baumann K, Fähndrich E, Stieglitz RD, Woggon B (Hrsg): *Veränderungsmessung in Psychiatrie und klinischer Psychologie*: 195-206. München, Profit-Verlag.

Schmidt LG, (1995): Klinische Kriterien für die Diagnostik von Alkoholmißbrauch und Alkoholabhängigkeit. In: Soyka M (Hrsg): *Biologische Alkoholismuskriterien*: 1-8. Chapman & Hall.

Schmidtke A, Bille Brahe U, DeLeo D, Kerkof A, Bjerke T, Crepet P, Haring C, Hawton K, Lönnqvist J, Michel K, Pommereau X, Querejeta I, Phillipe I, Sallander Renberg E, Temesvary B, Wasserman D, Fricke S, Weinacker B, Sampaio Faria JG, (1996): Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the periode 1982-1992. Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. *Acta Psychiatr Scand* 93(5): 327-338.

Schmidtke A, Weinacker B, (1994): Suizidalität in der Bundesrepublik und den einzelnen Bundesländern: Situation und Trends. *Suizidprophylaxe* 21(1): 4-16.

Schneider K, (1923): Die psychopathischen Persönlichkeiten. Leipzig, Wien, Franz Deuticke.

Schuckit MA, Irwin M, Mahler HIM, (1990): Tridimensional personality questionnaire scores of sons of alcoholic and nonalcoholic fathers. *Am J Psychiatr* 147: 481-487.

Seitz HK, Lieber CS, Simanowski UA, (1995): Handbuch Alkohol, Alkoholismus, alkoholbedingte Organschäden. Leipzig, Heidelberg, Johann Ambrosius Barth.

Singer MV, Teyssen S, (1999): Alkohol und Alkoholfolgekrankheiten. Grundlagen – Diagnostik – Therapie. Berlin, Heidelberg, New York, Springer.

Singer MV, Teyssen S, (2001): Alkoholassoziierte Organschäden. Deutsches Ärzteblatt 98: 2109-2120.

Soyka M, (1999): Alkoholabhängigkeit. Grundlage und Therapie. Berlin, Heidelberg, New York, Springer.

Statham DJ, Heath AC, Madden PA, Bucholz KK, Bierut L, Dinwiddie SH, et al., (1998): Suicidal behaviour: an epidemiological and genetic study. Psychol Med 28: 839-855.

Statistisches Bundesamt Deutschland, (2004a): Todesursachenstatistik 2003. Auf: www.destatis.de. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt Deutschland, (2004b): Todesursachenstatistik – Suizide und Verkehrsunfälle. Auf: www.destatis.de. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.

Sullivan JL, Baenziger JC, Wagner DL, Rauscher FP, Nurnberger JI jr., Holmes JS, (1990): Platelet MAO in subtypes of alcoholism. Biological Psychiatry 27: 911-922.

Svrakic DM, Whitehead C, Przybeck TR, Cloninger CR, (1993): Differential diagnosis of personality disorders by the seven factor model of temperament and character. Archives of General Psychiatry 50: 991-999.

Testkatalog der Testzentrale Göttingen, (2004/2005): SKID – Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV. Göttingen, Bern, Hogrefe.

Tölle R, Doppelfeld E, (2005): Alkoholismus – Erkennen und Behandeln. Köln, Deutscher Ärzte-Verlag.

Tölle R, Windgassen K, (2003): Psychiatrie: einschließlich Psychotherapie. Berlin, Heidelberg, New York, Springer.

Universitätsklinikum Münster, (2005): Bilanzsuizid.

Auf: www.kliniken.de/lexikon/Medizin/Psychiatrie/Bilanzsuizid.html

Vaillant GE, (2003): A 60-year follow-up of alcoholic men. *Addiction* 98: 1043-1051.

Van den Brink W, (1995): Personality disorders and addiction. *European Journal of Addiction Research* 1: 161-165.

Vega WA, Zimmermann RS, Warheit GJ, Apospori E, Gil AG, (1993): Risk factor for early adolescent drug use in four ethnical and racial groups. *American Journal of Public Health* 83(2): 185-189.

Verheul R, van den Brink W, Hartgers C, (1995): Prevalence of personality disorders among alcoholics and drug addicts: An overview. *European Addiction Research* 1: 166-177.

Wälte D, (2003): Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung. In: Herpertz SC (Hrsg): *Persönlichkeitsstörungen*. Stuttgart, Thieme.

Walter H, (2004): Geschlechtsunterschiede in der Alkoholabhängigkeit. *Suchtmed* 6(2): 125.

Weijers HG, Wiesbeck GA, Böning J, (1999): Temperament- und Charaktermerkmale sowie -merkmalsmuster bei alkoholkranken Männern und Kontrollen. *Nervenarzt* 70: 998-1008.

- Weyers P, Krebs H, Janke W, (1995):** Reliability and construct reliability of a German version of Cloninger's Tridimensional personality questionnaire. *Personality and Individual Differences* 19: 853-861.
- Wittchen HU, Zaudig M, Fydrich T, (1997a):** SKID-I/II: Strukturiertes klinisches Interview für DSM-IV. Göttingen, Hogrefe.
- Wittchen HU, Zaudig M, Fydrich T, (1997b):** SKID – Strukturiertes klinisches Interview für DSM-IV – Achse I und II; Handanweisung. Göttingen, Hogrefe.
- Wolfersdorf M, (2000):** Der suizidale Patient in Klinik und Praxis. Suizidalität und Suizidprävention. Stuttgart, Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Wu Z, Zhang J, Detels R, Duan S, Cheng H, Li Z, Dong L, Huang S, Jia M, Bi X, (1996):** Risk factors for initiation of drug use among young males in southwest China. *Addiction* 91(11): 1675-1685.
- Yeung AS, (1993):** The relationship between DSM-III personality disorders and the Five-Factor Model of Personality. *Comprehensive Psychiatry* 34: 227-234.
- Zilberman ML, Tavares H, Blume SB, el-Guebaly N, (2003):** Substance use disorders: sex differences and psychiatric comorbidities. *Can J Psychiatry* 48: 5-13.
- Zimberg S, (1985):** Principles of alcoholism psychotherapy. In: Zimberg S, Wallace J, Blume SB (eds): *Practical approaches to alcoholism psychotherapy*, 2nd ed.: 3-22. New York, Plenum Press.
- Zimmermann M, Corryll W, (1990):** Diagnosing personality disorders in the community. A comparison of self-report and interview measures. *Archives of General Psychiatry* 47: 527-531.

Lebenslauf

Name: Markus Christian Eikmeier
Anschrift: Kemptenerstr. 85a
87629 Füssen
Telefon: 0201/6161777 o. 0163/2535495 o. 08362/6095
E-Mail: Markus@Eikmeier.info

Persönliche Daten:

Geburtsdatum: 20.08.1977
Geburtsort: Füssen
Staatsangehörigkeit: deutsch
Familienstand: verheiratet
Eltern: Vater: Eikmeier Wolf, geb. 21.08.1949, Zahntechnikermeister, selbständig
Mutter: Eikmeier Irmgard, geborene Max, geb. 13.07.1951, Hausfrau

Schulischer Werdegang:

1984 – 1988 Grundschule Füssen
1988 – 1997 Gymnasium mit Schülerheim Hohenschwangau
Juni 1997 Abschluss: Allgemeine Hochschulreife

Zivildienst und Berufsausbildung:

- 01.09.1997 – 30.09.1998 Zivildienst im Kneipp-Sanatorium Möst in Hopfen am See
- 01.10.1998 – 31.10.1999 Ausbildung zum Zahntechniker bei Zahntechnik Eikmeier in Füssen

Studium:

- 01.11.1999 Beginn des Studiums der Zahnmedizin an der LMU München
- 11.10.2000 Abschluss der naturwissenschaftlichen zahnärztlichen Vorprüfung an der LMU München
- 18.03.2002 Abschluss der zahnärztlichen Vorprüfung an der LMU München
- 24.09.2004 Abschluss der zahnärztlichen Prüfung (Staatsexamen) an der LMU München
- 22.10.2004 Beginn der Doktorarbeit an der Psychiatrischen Klinik der LMU München

Beruflicher Werdegang:

- 01.04.2005 – 15.10.2005 Vorbereitungsassistent in einer Zahnarztpraxis am Niederrhein
- 16.10.2005 – 15.04.2006 Vorbereitungsassistent in einer Zahnarztpraxis in Ratingen
- seit 16.04.2006 Vorbereitungsassistent in einer Zahnarztpraxis in Oberhausen

Füssen, 21.06.2006