

Aus der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
der Universität zu Lübeck
Direktor: Prof. Dr. F. Hohagen

Das Coping-Verhalten suizidaler Patienten

Vergleich von depressiven Patienten
mit und ohne Suizidversuch
bezüglich des Copings von Belastungssituationen

Inauguraldissertation

zur
Erlangung der Doktorwürde
der Universität zu Lübeck
- Aus der Medizinischen Fakultät -

vorgelegt von

Janna Dallmeyer
aus Göttingen

Lübeck 2004

1. Berichterstatter:

Prof. Dr. med. Andreas Broocks

2. Berichterstatter:

Prof. Dr. med. Fritz Hohagen

Tag der mündlichen Prüfung:

23.02.2005

Zum Druck genehmigt. Lübeck, den

23.02.2005

Danksagung

Danken möchte ich zunächst Professor Fritz Hohagen für die Bereitstellung des Arbeitsplatzes und der Daten. Professor Andreas Broocks möchte ich für die bereitwillige Übernahme der Betreuung und für die bereichernden und sehr freundlichen Ratschläge danken, Doktor Hans-Jürgen Rumpf für die unersetzliche und sehr geduldige Beratung bei statistischen und strukturellen Fragen und PD Doktor Bernd Ahrens für die Bereitstellung des Themas und der Berliner Daten.

Dankbar bin ich auch den Arbeitsgruppen-Mitgliedern, anfangs Doktor Thorsten Kienast, später Doktor Erik Lauterbach, die mir mit anregenden Vorschlägen und Zuspruch zur Seite standen.

Großer Dank gebührt auch meinen Eltern, die mich in den langen Jahren meines Studiums und meiner Dissertation begleitet haben und die es mir ermöglicht haben, beides konzentriert zu verfolgen, außerdem Doktor Hans-Jürgen Dallmeyer und besonders Ursula Dallmeyer für das Korrektur lesen und für viele wertvolle Anregungen.

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung	Seite
1.1 Suizid -----	1
1.1.1 Historische Anmerkungen -----	1
1.1.2 Erklärungsmodelle zur Ätiologie und Pathogenese -----	2
1.1.3 Epidemiologie -----	5
1.1.4 Therapieprinzipien und Krisenintervention -----	5
1.1.5 Depressive Störungen als Ursache von Suizidalität -----	7
1.2 Coping -----	9
1.2.1 Theoretische Hintergründe -----	9
1.2.2 Therapieansätze -----	11
1.3 Suizid und Coping -----	13
1.4 Ziele und Fragestellung der Arbeit -----	15
 2 Material und Methoden	
2.1 Durchführung -----	16
2.1.1 Patientenrekrutierung der Suizidgruppe -----	16
2.1.2 Patientenrekrutierung der Kontrollgruppe -----	17
2.2 Beschreibung der Suizidgruppe -----	17
2.2.1 Soziodemographische Variablen -----	17
2.3 Messmethoden -----	19
2.3.1 MINI -----	19
2.3.2 Hamilton-Depressionsskala -----	19
2.3.3 Ways of Coping Checklist (WCCL) -----	19
2.4 Statistische Auswertung -----	21
 3 Ergebnisse	
3.1 Unterschiede bezüglich soziodemographischer Daten -----	23
3.2 Beschreibung des Coping-Verhaltens -----	24
3.3 Vergleich der beiden Gruppen -----	24
3.3.2 Multivariate Analyse der Coping-Skalen -----	26
3.4 Interkorrelation mit Grundmerkmalen -----	26

4 Diskussion	-----33
5 Zusammenfassung	----- 39
6 Literaturverzeichnis	-----40
7 Anhang: Die Ways of Coping Checklist (WCCL)	-----46

1 Einleitung

1.1 Suizid

1.1.1 Historische Anmerkungen

Die Fragen nach dem Sinn des Lebens oder auch Fragen wie „Warum lebe ich weiter?“ bzw. „Warum bringe ich mich nicht um?“ beschäftigen wohl die meisten Menschen zu irgendeinem Zeitpunkt ihres Lebens, und diese Fragen sind ohne die Möglichkeit zum Suizid nicht vorstellbar. Die Einstellung des Menschen zu Leben und Tod wird davon beeinflusst, und umgekehrt hat der Suizid oder die Selbsttötung im Laufe der Jahrhunderte in der Bewertung und Beurteilung durch die Gesellschaft viele Wandlungen erfahren.

Über verschiedene Zeiten hinweg trat immer wieder der Begriff des „Freitodes“ auf, basierend auf einer Vorstellung von der Ausschöpfung einer spezifisch menschlichen Freiheit bis in den Tod. In diesem Zusammenhang ist das in unserem Kulturkreis wohl beeindruckendste und bekannteste Beispiel Goethes „Werther“ (Goethe, 1774): Der junge Werther sieht als einzigen Ausweg aus seiner unglücklichen Liebe und aus einer Gesellschaft, deren Konventionen er nicht teilt, den „Freitod“. Zahlreiche junge Menschen identifizierten sich damals mit Werthers Weltschmerz und taten es ihm nach, indem sie sich selbst töteten. Und auch Goethe ließ sich nicht nur von einer unglücklichen Liebe zu dem Roman inspirieren, sondern ebenfalls durch das Vorbild eines Suizides, der des Carl Wilhelm Jerusalem, den er kurze Zeit vorher kennen gelernt hatte.

In einigen Kulturen trifft man auf Verehrungen von Suizidenten und sogar auf gesellschaftlich geforderten Suizid. Zum Beispiel verbietet einerseits der jüdische Talmud den Suizid, auf der anderen Seite war der Suizid des jüdischen Soldaten in Feindeshand Pflicht, dies zur Wahrung von Staatsgeheimnissen (Wolfersdorf, 2000). Im antiken Griechenland wiederum wurde Selbsttötung nur akzeptiert, sofern man sich die Erlaubnis durch den Senat geholt hatte (Hendin, 1978).

Selbsttötung zur Rettung der gekränkten Ehre nach einer Niederlage ist in Japan seit dem 12. Jahrhundert und vereinzelt bis heute als „Harakiri“ bekannt. Zunächst war es eine übliche Art des rituellen Selbstmordes bei Adligen, später, ab dem 17. Jahrhundert wurde Harakiri als ehrenvolle Todesstrafe für Adlige verhängt. Ein weiteres Beispiel für die

Verehrung der Selbsttötung in der Geschichte Japans stellen die Kamikaze-Fliegerverbände zu Zeiten des Zweiten Weltkrieges dar: die Kamikaze-Flieger beabsichtigten, durch Opferung ihres Lebens zum Schutze Japans vor den Amerikanern beizutragen. Kamikaze steht für „göttlicher Wind“ (Meyer, 1985).

Bis heute stellen Selbstmordattentäter, zum Beispiel der „Al Quaida“ oder der Palästinenser ein gesellschaftliches Phänomen und Problem dar.

Suizid aus medizinischer Sicht wurde erst sehr spät beschrieben, unter dem Einfluss der französischen Aufklärung und einer zunehmend humanistischen Betrachtungsweise psychischer Störungen.

So schrieb Esquirol (1838), der Selbstmord biete „alle Merkmale der Geisteskrankheit“ und machte Vorschläge zur Therapie von Suizidenten: eine freiheitliche Behandlung, ein familiäres Milieu und eine das Selbstwertgefühl stützende Psychotherapie.

Im Laufe des 20. Jahrhunderts entwickelten sich verschiedene Erklärungsmodelle suizidalen Verhaltens, deren wichtigste im folgenden erläutern werden sollen und die in ihrer Gesamtheit dazu geführt haben, dass man sich heutzutage der multifaktoriellen Bedingtheit von Suizidalität bewusst ist.

1.1.2 Erklärungsmodelle zur Ätiologie und Pathogenese von suizidalem Verhalten

- Die psychiatrisch-phänomenologischen Beschreibungen

Im folgenden geht es um suizidales Verhalten bei psychischen Erkrankungen. Ahrens (1996) gibt ein 15-30fach höheres Suizidrisiko für psychisch Kranke im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung an. Demnach sind am gefährdetsten Patienten mit Depressionen, bei denen Suizidversuche im gesamten Krankheitsverlauf mit einer Wahrscheinlichkeit von 20-60 % auftreten, gefolgt von schizophrenen Patienten und Patienten, die unter Alkoholabhängigkeit leiden, bei denen die Wahrscheinlichkeit eines Suizidversuchs mit jeweils bis zu 30 % angegeben wird (Wolfersdorf und Mäulen, 1992).

Für das Auftreten eines Suizidversuchs im Rahmen einer einzelnen depressiven Episode wird die Häufigkeit mit 15 % angegeben (Winokur et al., 1969).

Betrachtet man die Lebenszeit-Suizidmortalität, so haben depressive Patienten mit 15 % ebenfalls das höchste Risiko, an einem Suizidversuch zu versterben, hier gefolgt von

Patienten mit Angst- und Panikerkrankungen, bei denen die Lebenszeit-Suizidmortalität mit 8-16 % angegeben wird. Die Suizidmortalität bei Schizophrenien, Alkoholabhängigkeit sowie Persönlichkeitsstörungen ist mit 10-15 % in etwa gleich hoch.

- Tiefenpsychologisch-psychodynamische Modelle

Psychoanalytisch orientierte Autoren beschrieben intrapsychische und interaktionelle Abläufe meist ausgehend von Freuds „Trauer und Melancholie“ (1917). In diesem Werk beschreibt Freud Suizidalität als Endpunkt einer depressiven Dynamik und ungelöster Aggressionsprobleme. Die Aggressionsprobleme wurzeln, nach Freud, in einer unbewussten Feindseligkeit gegenüber einem verlorenen Liebesobjekt. Er beschreibt, wie sich das Individuum mit der verlorenen Person identifiziert und die empfundene Wut gegen sich selbst richtet.

In neuerer Forschung beschrieben tiefenpsychologisch orientierte Autoren suizidales Verhalten als Ausdruck einer „narzisstischen Krise“. Personen mit einer gestörten Selbstwertentwicklung reagieren demnach in Situationen, in denen das Selbstwertgefühl bedroht ist, mit suizidalem Verhalten (Henseler, 1974; Reimer, 1985).

- Lerntheoretisch-verhaltenstherapeutische Modelle

In diesem Modell gilt Suizidalität bei Stress als angelerntes Verhalten anhand von „Modellen“ im Umfeld. Zum Beispiel kommen Suizidversuche vermehrt vor in Familien mit Suizidalität in der Vorgeschichte. Lerntheoretisch gesehen ist Suizidalität der Versuch, auf Pessimismus und Hilflosigkeit zu reagieren. Das Erleben und Verhalten dieser Menschen wird durch depressiv machende Kognition und das Bewusstsein geprägt, die eigenen Lebensumstände nicht kontrollieren zu können.

- Biologische Hypothesen

Verschiedene Studien weisen auf eine Mitbeteiligung biologischer Aspekte bei der Entstehung suizidalen Verhaltens hin, zum Beispiel durch die Veränderung der Konzentration von Neurotransmittern. So beschrieben erstmals Asberg et al. (1976) Suizidalität als Ausdruck eines Defizits im zerebralen Serotoninstoffwechsel.

Die Befunde anderer Studien sprechen dafür, dass Suizidalität durch eine Störung des genetischen Faktors für Impulskontrolle mit hervorgerufen werden kann.

- Soziologische Modelle

Als der bekannteste soziologische Suizidforscher gilt bis heute Durkheim (1897). Der von ihm geprägte Begriff „anomischer Suizid“ hat sich bis heute erhalten (zu griech. anomía „Gesetzlosigkeit“).

Anomie bezeichnet einen Zustand mangelhafter gesellschaftlicher Integration in einem sozialen Gebilde. Die institutionalisierten Normen haben ihre das Verhalten der Individuen bestimmende Funktion verloren. Die Folge dessen sind soziale Konflikte mit einer Zunahme abweichenden Verhaltens, wie Verbrechen und auch Selbsttötungen.

Von den hier beschriebenen Modellen ausgehend haben sich zwei „übergeordnete“ Modelle durchgesetzt, das „Krisenmodell“ und das „Krankheitsmodell“.

Das Krisenmodell

Das Krisenmodell geht von einer bisher psychisch unauffälligen Persönlichkeit aus, die in der Vergangenheit in der Lage gewesen ist, Lebensereignisse und Belastungen mit ihren eigenen Bewältigungsstrategien zu meistern und dabei gegebenenfalls auch Hilfe von außen einzusetzen (Wolfersdorf, 2000).

Beim Eintreten eines Lebensereignisses, das mit den bisherigen Strategien nicht mehr zu bewältigen ist und bei zusätzlichem Versagen äußerer Ressourcen entwickelt sich ein innerer Spannungszustand, der in suizidalem Verhalten gipfelt.

In diesen Bereich fällt auch die Theorie des Suizids als Ausdruck einer narzisstischen Krise.

Das Krankheitsmodell

Beim Krankheitsmodell wird Suizidalität im Kontext einer psychischen Erkrankung verstanden, als Verhaltensweise bei reaktiver oder endogener Depression, Schizophrenie, Suchterkrankung oder Angststörung (Wolfersdorf, 2000).

In diesen Bereich fallen auch die biologischen Erklärungsmodelle.

1.1.3 Epidemiologie

Die epidemiologische Forschung in der Suizidologie gilt der Erfassung suizidalen Verhaltens in Zahlen und Raten und der Identifikation von Hochrisikogruppen.

Die Suizidraten in der alten Bundesrepublik Deutschland lagen bis Mitte der 80er Jahre relativ konstant um 20-21 auf 100 000 der mittleren Allgemeinbevölkerung. 1990 verstarben in der alten BRD 9995 Personen durch Suizid, damit lag die Gesamtsuizidrate bei 15,7, davon die der Männer bei 22,2 und die der Frauen bei 9,5 auf 100 000.

Bei den Suizidversuchen kehrt sich das Geschlechterverhältnis um: ca. 81 je 100 000 Männer und 112 je 100 000 Frauen.

Bezogen auf das Alter weisen beide Geschlechter jenseits des 60. Lebensjahres deutlich höhere Suizidraten auf. Mit zunehmendem Lebensalter steigt die Suizidrate und erreicht ihren Gipfel um das 80. Lebensjahr (Schmidtke und Weinacker, 1994).

Neben dem höheren Lebensalter sind als weitere Risikofaktoren zu nennen:

psychische oder körperliche Erkrankungen; Vereinsamung (z. B. nach Verwitwung); Entwicklungsphasen (z.B. Pubertätskrisen), Drogen- oder Alkoholkonsum und traumatische oder belastende Lebensereignisse (z. B. Partnerverlust, chronische Arbeitslosigkeit) (Wolfersdorf, 2000).

1.1.4 Therapieprinzipien und Krisenintervention

Der Suizidprävention dienen sowohl Therapien der Grunderkrankung und längerfristige Bemühungen um Änderung der die Suizidalität fördernden Lebensumstände als auch Kriseninterventionen in akuten suizidalen Krisen.

Die Ziele sind in jedem Fall die Vermeidung von suizidalen Problemlösungsversuchen, die Klärung der Ambivalenz gegenüber suizidalen Gedanken und die Auflösung der „Einengung“. Einengung bedeutet hier, sich „wie auf einem immer enger werdenden Hohlweg auf eine suizidale Handlung als Endlösung hinzubewegen“ (Ringel, 1953).

Jede Form der Suizidprävention und Krisenintervention in suizidalen Krisen beinhaltet die folgenden Aspekte:

- Diagnostik von Suizidalität und psychischer Krise
- Gesprächs- und Beziehungsangebot
- Krisenmanagement und akute Intervention

- weiterführende Planung der Therapie der Suizidalität
 - Behandlung der Grundstörung
- (Wolfersdorf, 2000)

Sowohl bei der Krisenintervention als auch bei der Behandlung der Grundstörung gilt es, ein dem Patienten angemessenes Therapieangebot zu finden (ambulant oder stationär, eine Psychotherapie und evtl. auch eine unterstützende Medikation).

Reimer und Arentewicz (1989) entwickelten ein Kurzpsychotherapiekonzept (ca. drei Wochen) für die Zeit direkt nach einem Suizidversuch, das den speziellen Anforderungen dieser Phase gerecht wird. So sollte das therapeutische Angebot schnell und unbürokratisch zur Verfügung stehen, um dem raschen Eintritt der inneren Abwehr des Patienten vorzubeugen. Das Ziel der Intervention ist es, das Ausmaß des Funktionierens vor der Krise zu erreichen und, falls nötig, eine längerfristige Therapiemotivation für eine ambulante Weiterbehandlung zu wecken. Als Einschränkung muss angeführt werden, dass es eine Reihe von Patienten gibt, bei denen eine Kurzpsychotherapie nach Suizidversuch in dieser Form nicht indiziert ist: Patienten mit Psychosen, hirnorganischen Störungen oder mit einer primären Suchtproblematik.

Die Kurztherapie ist auf sechs Sitzungen beschränkt, die in drei Teile untergliedert werden, deren Ziel es ist, bestimmte emotionale Prozesse in einer verbindlichen Reihenfolge zu fördern. So sollen sich die ersten beiden Sitzungen auf die Emotionen „Trauer/Verzweiflung“ konzentrieren, die nächsten beiden auf „Protest/Wut“ und die letzten beiden Sitzungen schließlich auf „Distanzierung/Neuorientierung“. In einer vergleichenden Längsschnittstudie konnten Reimer und Arentewicz zeigen, dass die Kurzpsychotherapie mit ihren drei Phasen die Patienten emotional besser erreichen konnte als die Standardversorgung. Im Hinblick auf die Verhinderung von Rückfällen erwies sich die neue Therapie insofern als überlegen, indem sich die Patienten in den Nachuntersuchungszeiträumen weniger suizidgefährdet fühlten, und ihre verringerte innere Abwehr führte zu einem deutlich häufigeren Annehmen von notwendigen Nachbehandlungen.

Des weiteren gibt es eine Vielzahl an Hilfsangeboten für suizidale Menschen, die vornehmlich der Sekundärprävention dienen (von der Telefonseelsorge oder kirchlichen Seelsorgern über den Hausarzt bis hin zu Länder spezifischen Kriseninterventions-Einrichtungen, die sich speziell der Suizidprävention widmen).

1.1.5 Depressive Störungen als Ursache von Suizidalität

Die Hälfte aller Suizide wird im Rahmen einer depressiven Störung verübt, und die Suizidmortalität liegt mit ca. 15 % zugleich am höchsten im Vergleich zur Suizidmortalität bei anderen psychischen Erkrankungen. Aufgrund dessen soll an dieser Stelle gesondert auf diese Risikogruppe eingegangen werden.

Depressive Störungen stellen sowohl in ihrer Häufigkeit als auch in der damit verbundenen Morbidität ein erhebliches gesellschaftliches Problem dar. Betrachtet man die Gesamtzahl an depressiven Störungen mit Krankheitswert unter Einbeziehung von leichteren Formen wie Dysthymien oder Minor Depressions, so wird in der Erwachsenenbevölkerung in der Literatur eine Punktprävalenz von 15-30 % angegeben. Major Depression (nach DSM IV) bzw. depressive Episoden (nach ICD-10) im engeren Sinne zeigen dagegen eine Punktprävalenz von 2-7 % (Berger, 2000). Möchte man die Morbidität bezogen auf die Gesamtbevölkerung beurteilen, so bietet sich der Indikator „Years lived with disability“ (YLD) an, der die Erkrankungsjahre pro Bevölkerung, gewichtet mit der Schwere der Beeinträchtigung berücksichtigt. Demnach ist laut Hegerl et al. (2003) die unipolare Depression mit fast 10 000 Erkrankungsjahren pro Bevölkerung die Volkskrankheit Nummer 1, gefolgt von Alkoholmissbrauch mit 6000 Erkrankungsjahren und Osteoarthritis mit etwas weniger als 5000 Erkrankungsjahren. Danach folgen weitere psychische Erkrankungen wie Demenz und Schizophrenie.

Zur Ätiologie gibt es verschiedene Erklärungsansätze. Nach Berger (2000) kann als eindeutig nachgewiesen gelten, dass die genetische Belastung einen entscheidenden Aspekt darstellt. Durch verschiedene Studien, unter anderem mit Zwillingen, ist jedoch gezeigt worden, dass lediglich die Vulnerabilität vererbt wird, die im Zusammenspiel mit auslösenden Faktoren das Auftreten der depressiven Störung verursacht. Diese Faktoren können sowohl somatischen Ursprungs sein (z. B. körperliche Erkrankungen oder hormonelle Umstellungen) als auch psychosozialen Ursprungs (z. B. Verlust eines nahestehenden Menschen, Überforderungen). Des weiteren gibt es einige neurobiologische Erklärungsmodelle (z. B. Enzymdefekte oder hypersensitive Rezeptoren).

Die Häufigkeit typischer Symptome bei Depressionen wird in Tabelle 1 angegeben (nach Winokur et al., 1969).

Tabelle 1	Symptom	%
	Insomnie	100
	Traurige Verstimmung	100
	Weinerlichkeit	94
	Konzentrationsstörungen	91
	Suizidgedanken	82
	Müdigkeit	76
	Reizbarkeit	76
	Psychomotorische Verlangsamung	76
	Appetitmangel	66
	Tagesschwankungen	64
	Hoffnungslosigkeit	51
	Gedächtnisstörungen	35
	Wahnideen	33
	Suizidversuche	15
	Akustische Halluzinationen	6

Anhand der Tabelle wird deutlich, was für eine Relevanz Suizidalität im Rahmen von depressiven Störungen darstellt und dass der Exploration von Suizidabsichten bei der Diagnostik von depressiven Patienten eine bedeutsame Rolle zukommt. Dabei ist zu beachten, dass häufig eine starke Suizidgefährdung im Rahmen einer abklingenden Depression besteht. Das kann zum einen dadurch erklärt werden, dass zu dem Zeitpunkt erst die psychomotorische Hemmung wegfällt, die vorher Suizidhandlungen verhindert hat. Zum anderen können im Zuge der Stimmungsaufhellung kurzfristige Verschlechterungen besonders intensiv von den Patienten wahrgenommen werden. Außerdem besteht die Möglichkeit, dass die Patienten lediglich nach außen hin gebessert erscheinen, da sie sich bereits zum Suizid entschlossen haben und ihnen ihr Leid damit begrenzt erscheint.

Es wird deutlich, dass der Behandlung einer depressiven Grunderkrankung auch im Sinne der Suizidprävention eine entscheidende Rolle zukommt. Die in diesem Zusammenhang aktuellste Studie wurde im Jahre 2003 im Rahmen des Kompetenznetzes „Depression, Suizidalität“ von Hegerl et al. veröffentlicht. Sie beschreiben den Verlauf und Erfolg eines Mehr-Ebenen-Aktionsprogramms, das die Versorgung depressiver Patienten verbessern und auf diesem Wege auch Suizide und Suizidversuche verhindern soll.

Das Interventionsprogramm erfolgte simultan auf der Ebene der hausärztlichen Versorgung, auf der Ebene der breiten Öffentlichkeit (vor allem im Sinne der Information anhand von Großplakaten, Kinospots und Ähnlichem), der Ebene der „Multiplikatoren“ (z. B. Pfarrer, Lehrer, Altenpflegekräfte) und der Ebene der Betroffenen und Hochrisikogruppen. Auf diese Weise konnten im Vergleich zur Ausgangslage vor dem Programm und im Vergleich zu einer Kontrollregion deutlich mehr Menschen erreicht werden und die Evaluation ergab eine circa 20-prozentige Reduktion von Suiziden und Suizidversuchen. Damit steht erstmals ein Mehrebenenkonzept zur Optimierung der Versorgung depressiver Patienten mit nachgewiesener Wirkung und erprobten Materialien zur Verfügung.

1.2 Coping

Unter Coping (Bewältigungsverhalten) wird eine individuelle „adaptive Auseinandersetzung“ (Bräutigam & Christian, 1986) mit neuen Lebenssituationen verstanden.

Es gibt eine Fülle empirischer Arbeiten zu diesem Themenkreis, am meisten durchgesetzt hat sich jedoch das „transaktionale Bewältigungsmodell“ von Lazarus und Mitarbeitern (Lazarus, 1966; Lazarus & Launier, 1978; Folkman et al., 1979). Da sich auch die vorliegende Studie an diesem Modell orientiert, soll im folgenden näher darauf eingegangen werden.

1.2.1 Theoretische Hintergründe - das transaktionale Stress- und Bewältigungsmodell von Lazarus

In dem transaktionalen Modell wird Stress nicht ausschließlich als externer, auf das Individuum wirkender Reiz gesehen. Stress entsteht vielmehr in Abhängigkeit davon, wie Umweltereignisse vom Individuum wahrgenommen und bewertet werden und wie verfügbare Bewältigungsstrategien genutzt werden können.

Lazarus geht dabei von einem bidirektionalen Ursache/Wirkungs-Verhältnis aus: Nicht nur die Situation wirkt auf die Person, sondern auch die Person wirkt verändernd auf die Situation ein.

Bewältigungsverhalten („Coping“) wird von Lazarus und Launier (1978, S.311) definiert als „das Gesamt der sowohl aktionsorientierten wie intrapsychischen Anstrengungen, die ein Individuum unternimmt, um externe und internale Anforderungen, die seine Ressourcen beanspruchen oder übersteigen, zu bewältigen“.

Im Mittelpunkt des Modells des Bewältigungsverhaltens stehen dementsprechend jene subjektiven Bewältigungsprozesse, die zwischen situativen (externen wie internen) Anforderungen und den handelnden und/oder intrapsychischen Reaktionen des Individuums vermitteln.

Am Anfang eines jeden Bewältigungsprozesses stehen Bewertungsprozesse, die der Einschätzung der Situation dienen. Es wird unterschieden zwischen primärer Bewertung, sekundärer Bewertung und Neubewertung.

Die **primäre Bewertung** wird verstanden als die Einschätzung einer gegebenen oder antizipierten Situation und wird weiter unterteilt in die Bewertung als **Bedrohung** („threat“), **Schaden/Verlust** („harm/loss“) oder **Herausforderung** („challenge“).

In der **sekundären Bewertung** schätzt die Person die eigenen Ressourcen und die der Umwelt ab, die für den Bewältigungsprozess zur Verfügung stehen und wählt Bewältigungsstrategien aus, die ihr geeignet erscheinen.

Dabei ist wichtig zu erwähnen, dass die Einteilung in „primär“ und „sekundär“ keinesfalls im Sinne einer zeitlichen Festlegung gemeint war: die sekundäre Bewertung kann durchaus der primären vorausgehen, da Kognitionen über geeignete Bewältigungsstrategien auch ohne aktuelle Bedrohungsbewertung geschehen können.

Die **Neubewertung** („reappraisal“) basiert sowohl auf eigenen als auch auf fremden Reaktionen auf den Bewältigungsprozess, sowie auf neuen Hinweisen aus der Umgebung und neuen eigenen Überlegungen. Neubewertungen verändern somit die ursprüngliche Bewertung (Lazarus & Launier, 1978).

Für die Klassifikation des Bewältigungsprozesses hat sich ein Modell durchgesetzt: das Modell der Einteilung in **problemfokussierte** und **emotionsfokussierte** Bewältigung (Lazarus & Launier, 1978, Folkman et al., 1979).

Problemfokussiertes Coping bezieht sich auf den Problemlösungsaspekt der Transaktion zwischen Person und Umwelt. **Emotionsfokussiertes Coping** bedeutet die Regulation der

ausgelösten Emotionen - Lazarus und Launier sprechen hier von einem „palliativen Aspekt“.

Die Einteilung ist eher theoretischer Natur, da in Bewältigungssituationen stets beiden Funktionen Rechnung getragen werden muss. Dies hat sich auch in verschiedenen Studien bestätigt, u. a. bei Folkman & Lazarus (1980), die feststellten, dass in mehr als 98% der Fälle beide Bewältigungsaspekte angewandt wurden. Dennoch kann die Unterteilung für verhaltenstherapeutische Ansätze, bzw. Interventionen hilfreich sein, da es die Unterscheidung zwischen aktionsorientierten und intrapsychischen Bewältigungsbemühungen verdeutlicht.

1.2.2 Therapieansätze

In den letzten Jahren gab es einige Veröffentlichungen über Therapiekonzepte, die sich die Erkenntnisse aus der Coping-Forschung zunutze gemacht haben.

„Allgemeingültige“ Konzepte fehlen bisher, ein Beispiel für ein erfolgreiches Interventionsprogramm wird im Folgenden dargestellt.

Die Arbeitsgruppe um Folkman veröffentlichte 1991 den Bericht über ein 8-wöchiges Programm für 40 HIV-infizierte, leicht depressive Männer in San Francisco. Das Interventionsprogramm bezeichneten die Autoren als „Bewältigungs-Effektivitäts-Training“ (Coping Effectiveness Training); das Ziel der Intervention sei, die Effektivität in der Bewertung und der Bewältigung der Anforderungen des täglichen Lebens bei den Teilnehmern zu fördern.

Das Konzept der Intervention basiert auf dem transaktionalen Stress- und Bewältigungsmodell von Lazarus (Lazarus, 1966) und konzentriert sich somit auf die Prozesse **Bewertung** und **Coping**. Ebenso beziehen sich die Autoren bei der Definition von **effektivem Coping** auf die Theorie der Transaktion zwischen Person und Umwelt: **Effektives Coping** ist demnach, wenn ein guter Einklang („fit“) zwischen der Realität und ihrer Bewertung sowie zwischen der Bewertung der Situation und den gewählten Bewältigungsstrategien besteht (Folkman et al., 1979).

Das Interventionsprogramm wird unterteilt in drei Teile: **Bewertungstraining** („Appraisal Training“), **Bewältigungstraining** („Coping Training“) und **Training der sozialen Unterstützung** („Social Support Training“).

Das **Bewertungstraining** besteht im Wesentlichen darin, den Teilnehmern beizubringen, spezifische stressauslösende Faktoren an Stelle von globalen Stressoren zu differenzieren. Dadurch können spezifische Erfordernisse identifiziert und Ziele für die Bewältigung etabliert werden.

Im Rahmen des **Bewältigungstrainings** wird das Konzept der „Passform“ oder des „Einklangs“ („fit“) vorgestellt. Die Teilnehmer sollen gewahrt werden, dass sie sich in Situationen, die sie beeinflussen können, besonders auf problemfokussiertes Coping konzentrieren sollten und in Situationen, die sie kaum oder gar nicht beeinflussen können, auf emotionsfokussiertes Coping. In einem weiteren Schritt werden Möglichkeiten für problemfokussiertes sowie für emotionsfokussiertes Coping erarbeitet. Problemfokussiertes Coping beinhaltet, Strategien für eine Veränderung der Situation zu entwickeln, das mögliche Ergebnis dieser verschiedenen Strategien einzuschätzen und danach die erfolgversprechendsten Strategien auszuwählen.

Zum emotionsfokussierten Coping gehört es, sowohl kognitive Strategien wie selektive Wahrnehmung, Humor und ggf. religiöse Ressourcen zu nutzen als auch Veränderungen des Verhaltens wie Entspannungsübungen oder die Konzentration auf schöne Aktivitäten.

Das **Training der sozialen Unterstützung** konzentriert sich auf drei Ziele: **Auswählen** („Choosing it“), **Erlangen** („Obtaining it“) und **Bewahren** („Keeping it“).

Beim **Auswählen** sollen die Teilnehmer lernen, zu erkennen, welche Art von sozialer Unterstützung benötigt wird (z.B. informativer oder emotionaler Natur) und vor allem die entsprechenden Personen auszuwählen, die dafür infrage kommen. Das **Erlangen** umfasst das in Kontakt treten mit der gewählten Person und sie wissen zu lassen, welche Art von Unterstützung gebraucht wird. Für das Erlernen des **Bewahrens** ist das Ziel, bei den Teilnehmern ein Bewusstsein dafür zu schärfen, bis zu welchem Ausmaß sie die Hilfe der entsprechenden Person beanspruchen können und wahrzunehmen, wann sie evtl. zu weit gehen.

Die Ergebnisse der Interventionsstudie zeigten nach Beendigung des Programms und nach sechs Wochen im Follow-up eine Reduktion der Depressivität der Patienten und eine Verbesserung der positiven Lebenseinstellung. Die Teilnehmer gaben lediglich an, dass sie noch mehr davon profitiert hätten, wenn mehr Zeit gewesen wäre, die erlernten Fähigkeiten zu üben.

Weitere Anwendungen des Coping-Konzepts auf verhaltenstherapeutische Interventionen sind das Therapieprogramm von Foa et al. (1992), das seinen Einsatz findet zur Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung nach einem einmaligen, kurzdauernden Trauma und der Bericht von Martelli et al. (1987), die eine Therapiestudie an chirurgischen Patienten durchführten, die dem Stress einer Operation ausgesetzt waren.

1.3 Suizid und Coping

In den vergangenen Jahren gab es einige Studien, die sich mit dem Zusammenhang zwischen Suizid und Problemlösungsdefiziten, bzw. Suizid und Coping befassten. Die wichtigsten Untersuchungen sollen im folgenden kurz vorgestellt werden.

Schotte & Clum (1982, 1987) entwickelten ein „Diathese-Stress-Hoffnungslosigkeits-Modell“ des suizidalen Verhaltens. Sie stellten fest, dass Individuen mit mangelhaften sozialen Problemlösungs-Fähigkeiten, wenn sie mit einem Stressor konfrontiert werden, unfähig sind, Lösungen für die Situation zu entwickeln. Daraufhin steige die Hoffnungslosigkeit und schließlich die Suizidalität.

D’Zurilla et al. (1998) verglichen jeweils eine Gruppe von stationär-psychiatrischen Patienten („general psychiatric inpatients“), suizidalen psychiatrischen Patienten und College-Studenten bezüglich Hoffnungslosigkeit, Depression und Suizidrisiko und wie diese Merkmale mit Defiziten bei der Problemlösung in Zusammenhang stehen. Die Problemlösungsdefizite erhoben sie mit dem „Social Problem-Solving Inventory“ (SPSI). Sie fanden einen signifikanten Zusammenhang zwischen Defiziten bei der Problemlösung und Suizidrisiko und beschrieben den suizidgefährdeten Patienten als jemanden, der dazu tendiert, Probleme zu vermeiden, die Lösung derselben so lange wie möglich hinauszuschieben und darauf zu warten, dass sie sich von selbst lösen. Aufgrund der Ergebnisse fanden sie ein Vorhersagemodell bestätigt, das Problemlösungsdefizite mit einbezieht. Für zukünftige Therapiekonzepte schlugen sie vor, die Therapie

Suizidgefährdeter solle ein Problemlösungs-Trainingsprogramm einschließen, um die Effektivität von Problemlösungsansätzen zu verbessern.

Eine Studie zur Evaluation der Effektivität solch eines Problemlösungs-Trainingsprogramms leiteten Salkovskis et al. (1991). Sie verglichen eine Gruppe von suizidalen Patienten, denen eine kognitiv-behaviorale Problemlösungstherapie zuteil wurde, mit einer Gruppe Suizidaler, die die übliche Therapie bekamen („treatment as usual“). Im Follow-up zeigte sich, dass in der Gruppe mit Problemlösungs-Trainingsprogramm ein längeres Intervall bis zum Wiederauftreten suizidalen Verhaltens zu verzeichnen war.

Studien, die sich mit dem Zusammenhang von Suizid und Coping befassten und jeweils die gleichen Messinstrumente verwendeten, zeigten untereinander ähnliche Ergebnisse. Die folgenden vier Studien benutzten zur Erfassung des Coping-Verhaltens den „Albert Einstein College of Medicine Coping Styles Questionnaire“ (AECOM-CSQ) und zur Erfassung der Suizidalität die „Suicide Risk Scale“ (SRS):

Kotler et al. (1993) verglichen suizidale psychiatrische Patienten mit nicht-suizidalen psychiatrischen Patienten und stellten fest, dass die suizidalen Patienten signifikant seltener die Coping-Strategie „minimization“ benutzten, eine Strategie, die dazu dient, die Wichtigkeit des Problems zu relativieren.

Ein ähnliches Ergebnis fand die Arbeitsgruppe um Botsis (Botsis et al. 1994): Ihre Einschlusskriterien waren dieselben wie in der vorgenannten Studie und ihre Ergebnisse bestätigten, dass Suizidrisiko negativ korreliert ist mit „minimization“; in ihrer Studie zusätzlich mit „replacement“ (alternative Lösungen für das Problem finden) und „blame“ (andere oder das „System“ für die Probleme verantwortlich machen).

Horesh et al. (1996) verglichen nicht nur suizidale mit nicht-suizidalen psychiatrischen Patienten, sondern zusätzlich mit einer gesunden Kontrollgruppe. Sie fanden heraus, dass suizidale Patienten außer „minimization“ auch noch das sogenannte „mapping“ seltener anwendeten (Informationen über das Problem oder die Situation sammeln).

Eine Studie, die sich mit der Suizidalität von Patienten mit posttraumatischer Belastungsstörung befasste, wurde von Amir et al. (1999) durchgeführt. Als Kontrollgruppen für die PTSD-Patienten untersuchten sie Patienten mit einer Angststörung und gesunde Studienteilnehmer. Die Untersuchungen ergaben ebenfalls eine negative Korrelation von Suizidrisiko und „minimization“, „mapping“ und „replacement“ sowie zusätzlich eine positive Korrelation mit „suppression“ (das Problem oder die Situation vermeiden).

Ein Nachteil bisheriger Studien besteht darin, dass Suizidalität als Risiko operationalisiert wurde. Es fehlen Befunde, die Personen mit und ohne vorangegangenen Suizidversuch miteinander vergleichen und sich die Erfassung des Copings somit direkt auf die Belastungssituation vor dem Suizidversuch bezieht.

Als Messinstrument für die Erfassung des Copings wurde hier im Unterschied zu anderen Studien, die „Ways of Coping Checklist“ (WCCL) verwandt, die international am häufigsten verwendete Skala zur Erfassung von Bewältigungsstrategien. Für eine Stichprobe wie die hier vorliegende wurde die WCCL jedoch noch nicht verwandt.

1.4 Ziele und Fragestellung der Arbeit

Ziel der Studie war es, das Coping-Verhalten von Patienten, die suizidal geworden waren, zu untersuchen und zu beschreiben.

Durch den anschließenden Vergleich mit der Kontrollgruppe wurde erfasst, wie sich die beiden Gruppen hinsichtlich des Coping-Verhaltens unterscheiden. Dabei ging es um die Frage, was machten die depressiven Patienten mit Suizidversuch im Bewältigen von Belastungssituationen anders als die depressiven Patienten ohne Suizidversuch?

Der Vergleich der beiden Gruppen soll außerdem eine Aussage über die Vorhersagbarkeit von Suizidalität anhand der Erhebung von Coping-Strategien ermöglichen.

Schließlich sollte die Studie einen Beitrag dazu leisten, neue (ergänzende) Ansätze für gezielte therapeutische Interventionen und zur Prophylaxe von Suiziden und Suizidversuchen zu entwickeln. Die Erkenntnisse aus der Untersuchung der Coping-Strategien können genutzt werden, um bei Coping-Defiziten gezielt psychotherapeutisch anzusetzen.

Es wird die Hypothese aufgestellt, dass Bewältigungsformen identifiziert werden können, die für eine Suizidgefährdung prädisponieren, und zwar in folgender Form: Patienten mit suizidalem Verhalten verwenden **weniger** aktiv/aktionsorientierte Coping-Strategien wie das „Planende Problemlösen“ und die „Suche nach sozialer Unterstützung“ als die Patienten der Kontrollgruppe. Sie verwenden **mehr** vermeidende/abwendende Coping-Strategien wie „Flucht/Vermeidung“, „Distanzierung“ und „Selbstkontrolle“.

2 Material und Methoden

2.1 Durchführung

Im Rahmen einer Querschnittstudie wurde eine Gruppe von Patienten mit depressiver Erkrankung und suizidalem Verhalten hinsichtlich des Coping-Verhaltens in einer Stress-Situation untersucht. Dies wurde mit Hilfe eines standardisierten Fragebogens (der „Ways of Coping Checklist“ von Folkman & Lazarus 1988) zur Erfassung von Bewältigungs-Strategien durchgeführt.

Um festzustellen, inwieweit sich depressive Patienten mit suizidalem Verhalten von nicht-suizidalen, depressiven Patienten bezüglich ihres Coping-Verhaltens unterscheiden, wurde die Suizidgruppe in einem weiteren Schritt mit einer Kontrollgruppe verglichen, in der die Patienten zwar vergleichbar depressiv waren, jedoch keinen Suizidversuch in der Vorgeschichte aufwiesen.

2.1.1 Patientenrekrutierung der Suizidgruppe

Die suizidalen Patienten wurden im Rahmen des Screenings für die „Lithium-Interventionsstudie“ rekrutiert, die an mehreren Zentren in Deutschland durchgeführt wird (doppeltblind, placebokontrolliert). Diese Studie wird vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) im Rahmen des Förderschwerpunktes „Kompetenznetze in der Medizin“ gefördert. In der Lithium-Interventionsstudie geht es darum, die Wirksamkeit einer Lithiumtherapie auf suizidales Verhalten zu testen. In dem hier vorliegenden Teilprojekt der Lithiumstudie nahmen 33 Patienten in der Suizidgruppe teil, von denen 25 in Lübeck und 8 in Dresden rekrutiert wurden.

Als Einschlusskriterien galten ein Alter über 18 Jahre und ein Suizidversuch in den vorangegangenen drei Monaten. Die Patienten mussten eine depressive Erkrankung aufweisen, wobei eine depressive Phase im Rahmen einer bipolaren Störung ein Ausschlusskriterium für die Aufnahme in die Lithiumstudie war. Ein weiterer Ausschlussgrund war die Diagnose einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung nach DSM IV.

Die Diagnosen wurden anhand des Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI; Lecrubier et al., 1997) gestellt. Zusätzlich wurde die Depressivität der Patienten anhand

der Hamilton-Depressionsskala (Ham-D) (Hamilton, 1984) erfasst. 26 Patienten wiesen die Diagnose einer Major Depression und 6 Patienten die einer Anpassungsstörung jeweils nach DSM IV auf. Bei einem Patienten wurde die Diagnose einer Minor Depression gestellt.

Mein Anteil an dieser Arbeit bestand in der Mitarbeit an der Zusammenstellung und Ausarbeitung der Screening-Unterlagen für die Lithiumstudie. Bei den 25 Patienten, die in Lübeck für die Coping-Studie rekrutiert wurden, war ich für die Erhebung der Daten für das Coping-Verhalten anhand der WCCL (Ways of Coping Checklist) zuständig sowie für die Erhebung der soziodemographischen Daten, der Suizidcharakteristik und der Depressivität anhand der Ham-D. Des weiteren übernahm ich die Kodierung, Korrektur und Auswertung der Coping-Daten bei allen Patienten der Suizidgruppe.

2.1.2 Patientenrekrutierung der Kontrollgruppe

Die Rekrutierung der Patienten der Kontrollgruppe erfolgte im Rahmen einer Coping-Studie in Berlin, in der schizophrene Patienten bezüglich ihres Coping-Verhaltens mit Patienten aus verschiedenen anderen Krankheitsgruppen, u.a. mit depressiven Patienten (Englert et al., 1992), verglichen wurden.

Es handelt sich um 28 Patienten mit depressiven Erkrankungen. In dieser Studie wurden die Diagnosen klinisch, also ohne standardisierte Messinstrumente, gestellt und nach ICD-9 kodiert. Um die Gruppen dennoch vergleichen zu können, wurden die ICD-9-Diagnosen anhand von Referenztabellen der WHO (Freyberger, Schulte-Markwort und Dilling 1992) in ICD-10-Diagnosen umkodiert. Demnach wiesen 17 Patienten die Diagnose einer depressiven Episode auf, 6 Patienten eine Anpassungsstörung und 5 Patienten die depressive Phase einer bipolaren Störung, jeweils nach ICD-10. In der Regressionsanalyse zeigte sich, dass die Diagnose „bipolare Störung“ keinen Einfluss auf die Ergebnisse hat.

2.2 Beschreibung der Suizidgruppe

2.2.1 Soziodemographische Variablen

2.2.1.1 Geschlecht, Alter

Von den 33 Patienten der Suizidgruppe waren 22 weiblichen und 11 männlichen Geschlechts. In Prozenten ausgedrückt entspricht dies einem Frauenanteil von 66,7 % und einem Männeranteil von 33,3%.

Der höhere Frauenanteil an Patienten, die einen Suizidversuch unternahmen, stimmt in etwa überein mit den Angaben von Schmidtke und Weinacker (1994) über die Geschlechterverteilung bei Suizidversuchen auf der Basis einer WHO/Euro-Multicenter-Studie.

Das Alter der betroffenen Patienten liegt zwischen 21 und 78 Jahren, es ergibt sich ein Mittelwert von 39,91 und eine Standardabweichung von 15,13.

2.2.1.2 Familienstand

Der Familienstand der Studienteilnehmer wurde dichotomisiert in Patienten, die verheiratet sind und solche, die ledig, verwitwet oder geschieden sind. Von den 33 Patienten der Suizidgruppe sind 9 (27,3%) verheiratet.

Der hohe Anteil an Patienten, die ledig, verwitwet oder geschieden sind, entspricht den Beschreibungen u.a. von Durkheim (1897), der eine höhere Suizidgefährdung dieser Bevölkerungsgruppen feststellte.

2.2.1.3 Bildungsstand

Für die Beschreibung des Bildungsstandes wurde die Schulbildung der Patienten herangezogen. Diese wurde ebenfalls dichotomisiert in jene Studienteilnehmer, die mehr als 10 Jahre zur Schule gegangen sind und als Abschluss Abitur oder Fachabitur haben und solche, die bis zu zehn Jahren zur Schule gegangen sind.

In der Suizidgruppe sind 4 Patienten mehr als 10 Jahre zur Schule gegangen und 28 bis zu zehn Jahren. Ein Wert fehlt. Es ergibt sich eine prozentuale Verteilung von 12,5% mit höherem Schulabschluss und 87,5% mit niedrigerem (Haupt- oder Realschulabschluss).

2.3 Messmethoden

2.3.1 Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)

Das MINI ist ein kurzes, strukturiertes Interview, das für die psychiatrische Diagnostik sowohl im klinischen Bereich als auch in der Forschung entwickelt worden ist. Die Diagnosen werden in DSM IV gestellt (Lecrubier et al., 1997).

2.3.2 Hamilton-Depressionsskala (Ham-D)

Die Hamilton-Depressionsskala ist ein Fremdbeurteilungsverfahren mit 21 Items, das der Erfassung von depressiven Symptomen dient (Hamilton, 1984).

2.3.3 Ways of Coping Checklist (WCCL)

Zur Erfassung der Bewältigung in bezug auf belastende Situationen wurde die **Ways of Coping Checklist (WCCL)** von Folkman und Lazarus (1988) eingesetzt.

Die WCCL dient der Erfassung von innerpsychischen und behavioralen Bewältigungsbemühungen, von denen angenommen wird, dass sie entweder instrumentell im Sinne einer Problemveränderung oder palliativ im Sinne einer Emotionsregulierung zu verstehen sind.

Es wurde von jedem Patienten eine individuelle Belastungssituation aus den vergangenen drei Monaten erfragt. In der Suizidgruppe wurde gezielt die Belastungssituation evaluiert, die dem Suizidversuch unmittelbar vorausging, und für diese Situationen wurde anschließend das Bewältigungsverhalten beschrieben. Bezüglich des Charakters der von den Patienten gewählten Belastungssituation unterschieden sich die beiden Gruppen nicht. Es wurden jeweils vor allem Belastungssituationen aus dem Privatleben herangezogen (Partnerschafts- oder Ehekonflikte) und einige Male auch Belastungen am Arbeitsplatz.

Der Fragebogen besteht aus 75 Items, deren Häufigkeit des Einsatzes jeweils auf einer 4stufigen Skala (nie=0, selten=1, gelegentlich=2, oft=3) beurteilt wird. Die Auswertung nimmt Bezug auf die Skalenlösung von Folkman und Lazarus (1988). Die 8 Skalen haben die aus Tab. 1 zu entnehmenden Bedeutungen und Itemanzahlen.

Tab.1 Bewältigungsformen aus der Ways of Coping Checklist (WCCL)

Skala	Itemanzahl
Konfrontatives Coping (Aktionismus; nicht planvoll oder zielgerichtet, „Hauptsache etwas unternehmen“)	6
Distanzierung (das Problem wegschieben, nicht an sich heranlassen, die Wichtigkeit herunterspielen)	6
Selbstkontrolle (Rationale Herangehensweise; die Probleme und die damit verbundenen Gefühle „mit sich selbst ausmachen“)	7
Suche nach sozialer Unterstützung	6
Verantwortung übernehmen (sich selbst verantwortlich machen, Versuche der Schadensbegrenzung oder Wiedergutmachung)	4
Flucht/Vermeidung (Problem ignorieren, hoffen, dass es sich von selbst löst („Decke über den Kopf ziehen“); Substanzmissbrauch	8
Planende Problemlösung (Lösungen erarbeiten; einen Handlungsplan entwerfen)	6
Positive Neubewertung (Sich positiv auf die Situation einstellen; auf Schönes konzentrieren; glauben und beten)	7

Analysen zur Reliabilität dieser Skalen wurden u. a. von Folkman und Lazarus (1986) veröffentlicht. Die Werte für Cronbachs Alpha-Koeffizient (interne Konsistenz; Cronbach 1951) liegen zwischen .61 und .79 und sind somit als zufriedenstellend zu bewerten.

Die WCCL stellt die international am häufigsten eingesetzte Skala zur Erfassung von Bewältigung dar. Sie wurde seit der Erstentwicklung vom Autor selbst und von anderen Autoren überarbeitet. Ihre Anwendbarkeit nach Modifikationen in der Formulierung (Ich-Form statt „Sie haben...“) wurde in einer Studie von Englert et al. (1993) untersucht.

Ferring und Filipp (1989) beschrieben die WCCL als ein „Forschungsinstrument, das im Hinblick auf ein konkretes Ereignis Informationen über individuelle Formen der Auseinandersetzung und des Umgangs mit diesem Ereignis liefern soll“ und weniger für den Bereich chronischer Krankheiten konzipiert sei. In der vorliegenden Studie handelt es sich um genau diese Fragestellung, da es um die Bewältigung von im Alltag auftretenden Belastungssituationen geht.

Für den Einsatz der WCCL spricht zudem, dass die psychometrischen Kennwerte insgesamt gut sind und dass mit diesem Instrument die meisten Untersuchungen vorliegen, so dass eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse gegeben ist.

Auf die übergeordneten Faktoren (emotionsfokussierte bzw. problemfokussierte Bewältigung) aus den Analysen von Aldwin et al. (1980) wurde in der vorliegenden Studie nicht eingegangen, da sie in der Literatur häufig kritisch bewertet werden. Die Unterscheidung zwischen emotionsfokussiertem und problemfokussiertem Coping sei konzeptuell nicht klar, da Stresssituationen, die durch problemorientiertes Coping gelöst werden können, auch Emotionen hervorrufen können und umgekehrt in manchen Situationen Emotionen das Problem für die Person bedeuten (vgl. Haan 1982). Tatsächlich zeigte sich, dass in mehr als 98% der berichteten Belastungssituationen beide Strategien angewandt wurden (Folkman und Lazarus 1980).

Und auch in der Berliner Coping-Studie (Englert et al. 1992), aus der die hier verwandte Kontrollgruppe stammt, zeigte der Einsatz der beiden übergeordneten Skalen keine Differenz in den Mittelwerten.

2.4 Statistische Auswertung

2.4.1 SPSS-Programm

Zur statistischen Auswertung wurde das SPSS- Programm der Medizinischen Universität zu Lübeck benutzt. SPSS steht für: „Superior Performing Statistical Software“ (früherer Name: „Statistical Package for the Social Science“) und stellt ein umfassendes Auswertungssystem zur Datenverarbeitung und Datenanalyse dar. In der vorliegenden Arbeit wurden folgende Berechnungsverfahren des SPSS angewandt (Kähler 1990):

2.4.1.1 Mittelwertbildung

Da die WCCL-Skalen aus einer unterschiedlichen Anzahl von Items gebildet werden, wurden die Summenwerte der jeweils zu einer Skala gehörenden Items durch die Itemanzahl geteilt. Dadurch ist der Vergleich mit der 4-Punkte-Ausprägung der WCCL (0=nie bis 3=oft) gegeben.

Anschließend wurden die Mittelwerte einschließlich der Standardabweichung der jeweiligen Skala für die gesamte Suizidgruppe und die Kontrollgruppe bestimmt.

2.4.1.2 Chi-Quadrat-Test

Bei Vorliegen von nominalskalierten Daten kann man mit dem Chi-Quadrat-Test überprüfen, ob sich die hypothetische Verteilung der Häufigkeiten im Test bestätigt oder ob signifikante Abweichungen festzustellen sind (Köhler et al., 1995).

2.4.1.3 U-Test von Mann und Whitney

Sofern es sich um Daten mit ordinalem Skalenniveau handelt oder keine Normalverteilung vorlag, wurden nicht-parametrische Verfahren eingesetzt. Der Mann-Whitney-Test ist ein verteilungsunabhängiger Signifikanztest, der bei ordinalen Daten zwei unabhängige Stichproben miteinander vergleicht (Lorenz, 1992). Er dient zur Überprüfung der gleichen Lage von zwei beprobten Grundgesamtheiten. Der U-Test gehört in die Gruppe der Rangtests (Storm, 1995), da im Falle von Rangbindungen ein durchschnittlicher Rang gebildet wird.

2.4.1.4 Logistische Regression

Bei der logistischen Regression geht es um die lineare Beziehung zwischen einem abhängigem Merkmal und einem unabhängigen Merkmal. Es findet eine Schätzung von Koeffizienten statt, die am besten eine Vorhersage über den Wert der abhängigen Variable machen können. Mit Hilfe der logistischen Regression lässt sich eine Aussage über die Güte einer linearen Anpassung und deren Übertragbarkeit auf die Grundgesamtheit machen (Kähler, 1990). Dabei gibt die Odds Ratio den Faktor an, um welchen die Wahrscheinlichkeit, zu einer bestimmten Gruppe zu gehören erhöht, bzw. erniedrigt ist. Das Konfidenzintervall ist ein Maß für die Güte der Anpassung, die nur gegeben ist, wenn das Intervall <1 oder >1 liegt.

Die logistische Regression wurde insbesondere eingesetzt, um zu kontrollieren, ob die Grundmerkmale, die sich signifikant zwischen den zwei Stichproben unterscheiden, für Unterschiede in den WCCL-Skalen verantwortlich sind. Dafür wurden jene Merkmale als Kovariablen in die logistische Regression aufgenommen.

3. Ergebnisse

3.1 Unterschiede bezüglich soziodemographischer Daten in der Suizidgruppe und der Kontrollgruppe

In Tabelle 2 werden die Unterschiede in soziodemographischen Variablen der beiden Gruppen dargestellt. Sie wurden anhand von Kreuztabellen und dem Chi-Quadrat-Test untersucht. Es werden die soziodemographischen Unterschiede dargestellt, die signifikant sind oder eine Tendenz dahin zeigen.

Tab. 2: Unterschiede hinsichtlich des Geschlechts, des Familienstandes und der Schulbildung in der Suizidgruppe und der Kontrollgruppe (Chi-Quadrat-Test)

	Suizidgruppe	Kontrollgruppe	Signifikanz
Geschlecht (Anteil Frauen in %)	66,7%	42,9%	0,062
Familienstand (Verheiratete in %)	27,3%	53,6%	0,036
Schulbildung (mehr als 10 J.in %)	12,5%	42,9%	0,008

3.2 Beschreibung des Coping-Verhaltens

3.2.1 Suizidgruppe

Bei der Mittelwertbildung der Coping-Skalen in der Suizidgruppe zeigte sich, dass diese Patienten am häufigsten die Coping-Strategie „Selbstkontrolle“ anwendeten (Mittelwert 1,90, Standardabweichung 0,44) und am seltensten die Coping-Strategien „Positive Neubewertung“ (Mittelwert 1,02, Standardabweichung 0,63) und „Suche nach sozialer Unterstützung“ (Mittelwert 1,29, Standardabweichung 0,84).

3.2.2 Kontrollgruppe

Bei der Untersuchung des Coping-Verhaltens der Kontrollgruppe zeigte sich, dass die depressiven Patienten ohne Suizidversuch am häufigsten die Coping-Strategien „Planende Problemlösung“ (Mittelwert 1,79, Standardabweichung 0,71) und „Suche nach sozialer Unterstützung“ (Mittelwert 1,72, Standardabweichung 0,61) anwendeten und am seltensten die Coping-Strategien „Distanzierung“ (Mittelwert 0,68, Standardabweichung 0,47) und „Positive Neubewertung“ (Mittelwert 1,10, Standardabweichung 0,54).

3.3 Vergleich der beiden Gruppen

3.3.1 Vergleich der Mittelwerte

Beim univariaten Vergleich der beiden Gruppen im Mann-Whitney-U-Test ergaben die Berechnungen eine Reihe signifikanter Unterschiede in Bezug auf die Coping-Skalen.

So zeigte sich, dass in der Suizidgruppe signifikant häufiger die Strategien „Distanzierung“, „Selbstkontrolle“ und „Flucht/Vermeidung“ benutzt wurden und signifikant seltener die Strategie „Suche nach sozialer Unterstützung“ und – mit einer starken Tendenz die „Planende Problemlösung“.

Die Mittelwerte einschließlich Standardabweichung und Signifikanz sind in Tabelle 3 dargestellt.

Tab. 3 Unterschiede in den Coping – Skalen im Vergleich der Gruppen

Gruppe		N	Mittelwert	Standardabweichung	Signifikanz (M-W-Test)
Konfrontatives Coping	S-G	33	1,65	0,63	0,142
	K-G	28	1,40	0,56	
Distanzierung	S-G	33	1,34	0,76	0,001
	K-G	28	0,68	0,47	
Selbstkontrolle	S-G	33	1,90	0,44	0,015
	K-G	28	1,56	0,59	
Suche nach sozialer Unterstützung	S-G	33	1,29	0,84	0,037
	K-G	28	1,72	0,61	
Verantwortung übernehmen	S-G	33	1,88	0,82	0,081
	K-G	28	1,42	1,01	
Flucht/Vermeidung	S-G	33	1,80	0,60	0,000
	K-G	28	1,21	0,54	
Planende Problemlösung	S-G	33	1,41	0,71	0,052
	K-G	28	1,79	0,71	
Positive Neubewertung	S-G	33	1,02	0,63	0,596
	K-G	28	1,10	0,54	

S-G= Suizidgruppe

K-G= Kontrollgruppe

(Signifikante Unterschiede ($p < 0,05$) sind durch Fettdruck gekennzeichnet)

3.3.2 Multivariate Analyse der Coping-Skalen

Um herauszufinden, welche der WCCL-Subskalen am besten zwischen den beiden Gruppen differenziert, wurde eine logistische Regressionsanalyse mit allen Subskalen durchgeführt.

Tab. 4 Multivariate Analyse der WCCL-Subskalen

	Odds Ratio	Konfidenzintervall
Konfrontatives Coping	0,23	0,05-1,14
Distanzierung	0,38	0,09-1,54
Selbstkontrolle	0,83	0,17-4,09
Suche nach sozialer Unterstützung	3,88	1,13-13,29
Verantwortung übernehmen	1,05	0,40-2,77
Flucht/Vermeidung	0,27	0,06-1,21
Planende Problemlösung	2,68	0,59-12,14
Positive Neubewertung	0,38	0,07-2,08

In der logistischen Regressionsanalyse der Subskalen zeigt sich, dass nur die Skala „Suche nach sozialer Unterstützung“ (mit einem Konfidenzintervall größer als 1) zuverlässig zwischen den beiden Gruppen differenziert. Bei niedrigeren Summenwerten in dieser Skala ist die Wahrscheinlichkeit, in die Suizidgruppe zu gehören, um 3,88 erhöht. Je seltener also die Patienten sich soziale Unterstützung suchen, desto wahrscheinlicher ist es, dass sie in die Suizidgruppe gehören.

3.4 Interkorrelation mit Grundmerkmalen

3.4.1 Vergleich der Mittelwerte

Um zu untersuchen, ob die Grundmerkmale einen Einfluss auf die Ergebnisse, also auf das Coping-Verhalten haben, wurde zunächst der Mann-Whitney-U-Test in Abhängigkeit von den Grundmerkmalen durchgeführt, in denen sich die beiden Gruppen unterscheiden.

Tabelle 5 zeigt den Mann-Whitney-U-Test in Abhängigkeit vom Geschlecht, Tabelle 6 in Abhängigkeit vom Familienstand und Tabelle 7 von der Schulbildung.

Tab. 5 Untersuchung der Coping-Skalen in Abhängigkeit vom Geschlecht

	Geschlecht	N	Mittelwert	Standardabweichung	Signifikanz (M-W-Test)
Konfrontatives Coping	W	34	1,57	0,57	0,431
	M	27	1,49	0,66	
Distanzierung	W	34	1,16	0,74	0,162
	M	27	0,90	0,67	
Selbstkontrolle	W	34	1,84	0,43	0,168
	M	27	1,62	0,64	
Suche nach sozialer Unterstützung	W	34	1,51	0,84	0,631
	M	27	1,45	0,68	
Verantwortung übernehmen	W	34	1,72	0,94	0,651
	M	27	1,60	0,94	
Flucht/Vermeidung	W	34	1,62	0,58	0,250
	M	27	1,43	0,70	
Planende Problemlösung	W	34	1,55	0,73	0,743
	M	27	1,63	0,73	
Positive Neubewertung	W	34	1,04	0,66	0,760
	M	27	1,08	0,50	

W= Weiblich

M= Männlich

Tab. 6 Untersuchung der Coping-Skalen in Abhängigkeit vom Familienstand

Familienstand		N	Mittelwert	Standardabweichung	Signifikanz (M-W-Test)
Konfrontatives Coping	N-V	37	1,59	0,69	0,313
	V	24	1,44	0,46	
Distanzierung	N-V	37	1,20	0,76	0,052
	V	24	0,80	0,57	
Selbstkontrolle	N-V	37	1,73	0,58	0,970
	V	24	1,76	0,49	
Suche nach sozialer Unterstützung	N-V	37	1,42	0,83	0,473
	V	24	1,59	0,67	
Verantwortung übernehmen	N-V	37	1,82	0,94	0,065
	V	24	1,43	0,89	
Flucht/Vermeidung	N-V	37	1,67	0,58	0,038
	V	24	1,32	0,68	
Planende Problemlösung	N-V	37	1,54	0,74	0,519
	V	24	1,65	0,71	
Positive Neubewertung	N-V	37	1,04	0,59	0,706
	V	24	1,08	0,60	

N-V= ledig, verwitwet oder geschieden
V= verheiratet

Tab. 7 Untersuchung der Coping-Skalen in Abhängigkeit von der Schulbildung

Schulbildung	N	Mittelwert	Standardabweichung	Signifikanz (M-W-Test)
Konfrontatives Coping				
-10 J.	44	1,58	0,66	0,360
>10 J.	16	1,40	0,46	
Distanzierung				
-10 J.	44	1,14	0,78	0,133
>10 J.	16	0,77	0,44	
Selbstkontrolle				
-10 J.	44	1,80	0,51	0,227
>10 J.	16	1,59	0,62	
Suche nach sozialer Unterstützung				
-10 J.	44	1,53	0,84	0,241
>10 J.	16	1,30	0,49	
Verantwortung übernehmen				
-10 J.	44	1,74	0,89	0,230
>10 J.	16	1,39	1,00	
Flucht/Vermeidung				
-10 J.	44	1,68	0,58	0,004
>10 J.	16	1,11	0,63	
Planende Problemlösung				
-10 J.	44	1,48	0,78	0,075
>10 J.	16	1,91	0,50	
Positive Neubewertung				
-10 J.	44	1,09	0,64	0,580
>10 J.	16	0,99	0,42	

-10 J.= bis zu zehn Jahren Schulbildung

>10 J.= mehr als zehn Jahre und Abschluß Abitur oder Fachabitur

In der Auswertung anhand des Mann-Whitney-U-Test zeigt sich, dass das Geschlecht keinen Einfluss auf die Anwendung der Coping-Strategien hat. Die Untersuchung in Abhängigkeit vom Familienstand ergab, dass in der Gruppe der Ledigen, Verwitweten oder Geschiedenen signifikant häufiger die Coping-Strategie „Flucht/Vermeidung“ angewandt wurde und ebenfalls häufiger mit einer starken Tendenz zur Signifikanz die Strategie „Distanzierung“. In der Betrachtung der Abhängigkeit von der Schulbildung lässt

sich feststellen, dass in der Gruppe mit Abitur oder Fachabitur signifikant seltener die Coping-Strategie „Flucht/Vermeidung“ genutzt wurde als in der Gruppe mit höchstens 10 Jahren Schulbildung.

3.4.2 Multivariate Analyse der Interkorrelation von jeweils einer Coping-Skala mit den Grundmerkmalen

Es wurde eine multivariate Regressionsanalyse angeschlossen mit den Grundmerkmalen und jeweils einer Coping-Skala, in der sich die Gruppen signifikant oder mit einer starken Tendenz unterscheiden, um nachzuprüfen, ob der signifikante Unterschied bei Berücksichtigung der Grundmerkmale erhalten bleibt.

Tab. 8 Multivariate Analyse der WCCL-Skala „Distanzierung“ mit den Grundmerkmalen

	Odds Ratio	Konfidenzintervall
Distanzierung	0,23	0,08-0,67
Geschlecht	1,43	0,39-5,33
Familienstand	2,10	0,61-7,24
Schulbildung	3,47	0,78-15,42

Tab. 9 Multivariate Analyse der WCCL-Skala „Selbstkontrolle“ mit den Grundmerkmalen

	Odds Ratio	Konfidenzintervall
Selbstkontrolle	0,28	0,09-0,89
Geschlecht	1,38	0,38-5,00
Familienstand	3,41	1,00-11,63
Schulbildung	4,20	0,92-19,23

Tab. 10 Multivariate Analyse der WCCL-Skala „Suche nach sozialer Unterstützung“ mit den Grundmerkmalen

	Odds Ratio	Konfidenzintervall
Suche nach sozialer Unterstützung	3,39	1,36-8,43
Geschlecht	1,76	0,48-6,51
Familienstand	2,71	0,77-9,50
Schulbildung	6,76	1,40-32,66

Tab. 11 Multivariate Analyse der WCCL-Skala „Flucht/Vermeidung“ mit den Grundmerkmalen

	Odds Ratio	Konfidenzintervall
Flucht/Vermeidung	0,23	0,07-0,72
Geschlecht	1,88	0,51-6,93
Familienstand	2,22	0,64-7,69
Schulbildung	2,25	0,49-10,48

Tab.12 Multivariate Analyse der WCCL-Skala „Planende Problemlösung“ mit den Grundmerkmalen

	Odds Ratio	Konfidenzintervall
Planende Problemlösung	1,76	0,78-3,98
Geschlecht	1,86	0,54-6,42
Familienstand	2,96	0,92-9,56
Schulbildung	3,12	0,72-13,56

Die Analyse ergab, dass die Wahrscheinlichkeit, in die Suizidgruppe zu gehören, vermindert ist bei niedrigeren Summenwerten (oder seltenerer Anwendung) der folgenden Strategien: „Distanzierung“ (um den Faktor 0,23), „Selbstkontrolle“ (um den Faktor 0,28) und „Flucht/Vermeidung“ (um den Faktor 0,23). Erhöht ist die Wahrscheinlichkeit, in die

Suizidgruppe zu gehören, bei niedrigerem Summenwert (oder verminderter Anwendung) der Strategie „Suche nach sozialer Unterstützung“ (um den Faktor 3,39). In diesen Skalen blieben demnach die signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen in der Regression erhalten, die Grundmerkmale hatten also keinen Einfluss auf die Ergebnisse. Nur in der Skala „Planende Problemlösung“, die im Mann-Whitney-U-Test auch nur eine Tendenz ($p = 0,052$) gezeigt hatte, lässt sich in der Regressionsanalyse kein Unterschied zwischen den beiden Gruppen mehr feststellen (Konfidenzintervall 0,78 bis 3,98).

3.3.3. Untersuchung des möglichen Einflusses einer bipolaren Störung

Da sich die beiden Gruppen bezüglich der Diagnosen dergestalt unterscheiden, dass in der Kontrollgruppe fünf Patienten mit depressiver Phase einer bipolaren Störung sind, wurde untersucht, ob dies einen Einfluss hat auf die Anwendung der Coping-Strategien. Dazu wurde eine multivariate Regressionsanalyse durchgeführt mit der Variable „Bipolare Störung ja/nein“ und den Coping-Skalen. Tabelle 13 zeigt die Ergebnisse.

Tab. 13 Multivariate Analyse der WCCL-Skalen mit der Variable „Bipolare Störung“

	Odds Ratio	Konfidenzintervall
Konfrontatives Coping	0,24	0,05-1,27
Distanzierung	0,30	0,06-1,44
Selbstkontrolle	1,70	0,25-11,76
Suche nach sozialer Unterstützung	4,50	1,22-16,57
Verantwortung übernehmen	1,22	0,44-3,44
Flucht/Vermeidung	0,18	0,03-1,05
Planende Problemlösung	1,82	0,30-10,83
Positive Neubewertung	0,53	0,08-3,39
Bipolare Störung	0,00	0,00-2,21

Sowohl die Odds Ratio als auch die Konfidenzintervalle unterscheiden sich nur minimal, also nicht signifikant von denen aus der Regressionsanalyse der Coping-Skalen ohne die Variable „Bipolare Störung ja/nein“ (Tabelle 4). Die Diagnose „depressive Phase einer bipolaren Störung“ zeigt also keinen Einfluss auf die Anwendung der Coping-Strategien.

4. Diskussion

Im Mittelpunkt dieser Arbeit steht die Frage, wodurch sich depressive Patienten mit Neigung zu Suizidhandlungen von anderen depressiven Patienten bezüglich ihres Coping-Verhaltens unterscheiden.

Die hier vorliegende Untersuchung zeigt ein Ergebnis, das bisher in der Literatur nicht beschrieben wurde: Die Patienten der Suizidgruppe weisen einen signifikant selteneren Gebrauch der Coping-Strategie „Suche nach sozialer Unterstützung“ auf als die Patienten der Kontrollgruppe. Dieses Ergebnis ist insofern von Bedeutung, als es sich in beiden Gruppen um depressive Patienten handelt. Von depressiven Patienten wurde in der bisherigen Literatur jedoch ein Coping-Verhalten beschrieben, das in der Regel durch die Suche nach sozialer Unterstützung geprägt ist. U.a. untersuchten Coyne et al. (1981) das Coping depressiver Patienten und stellten fest, dass es charakterisiert ist durch die Suche nach emotionaler und informativer Unterstützung. Die vorliegenden Daten können so interpretiert werden, dass eine Assoziation zwischen suizidalem Verhalten und dem fehlenden Bemühen, sich soziale Unterstützung zu suchen, besteht.

Diese Erkenntnis passt zu der Tatsache, dass beim Coping in der Suizidgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe signifikant häufiger „Selbstkontrolle“ gebraucht wird, eine Strategie, die bedeutet, dass die Patienten das Problem und die damit verbundenen Gefühle für sich behalten, es also „mit sich selbst ausmachen wollen“.

Bereits bei der reinen Beschreibung des Coping-Verhaltens in den beiden Gruppen ist ein Ergebnis bemerkenswert: Beide Gruppen zeichnen sich durch die seltene Anwendung der Strategie „Positive Neubewertung“, aus (sich auf schöne Dinge zu konzentrieren; versuchen, das Gute in der Situation zu sehen und sich in positiver Weise daran anzupassen). Dieses Ergebnis passt zu der in unzähliger Literatur beschriebenen Hoffnungslosigkeit und den pessimistischen Zukunftsansichten depressiver Patienten, u.a. bei Berger (2000). Ebenso gab es zahlreiche Studien, die die Hoffnungslosigkeit von

suizidalen Patienten untersuchten und bestätigten, u.a. Schotte & Clum (1982, 1987) und Pollock & Williams (1998). Andere Autoren wiesen auf die Mängel bei Suizidpatienten hin, Belastungssituationen adäquat einzuschätzen und zu bewerten (Wilson, 1995) oder beschrieben ein für diese Patienten typisches dichotomes „alles-oder-nichts-Denken“ (Neuringer, 1961).

Wenn man die Ergebnisse des Vergleichs der beiden Gruppen betrachtet, findet man ebenfalls einige Parallelen zu den in bisherigen Untersuchungen gefundenen Erkenntnissen. Die nachfolgend genannten Studien der Arbeitsgruppen um Kotler und Botsis verwendeten für die Erhebung des Coping-Verhaltens jeweils den AECOM-CSQ. So stellten Botsis et al. (1994) fest, dass suizidgefährdete Patienten u.a. signifikant seltener die Strategie „replacement“ (alternative Lösungen für das Problem finden) anwendeten als die nicht-suizidgefährdeten psychiatrischen Patienten der Kontrollgruppe. In den Untersuchungen von Horesh et al. (1996) wurden suizidgefährdete Patienten mit nicht-suizidgefährdeten Patienten und mit gesunden Kontrollobjekten verglichen. Sie ergaben eine signifikant seltenere Anwendung des „mappings“ durch die Suizidgefährdeten, eine Strategie, die beschrieben wird als „Informationen über das Problem oder die Situation zu sammeln“ und sich daher stark deckt mit „replacement“. Beide Strategien („replacement“ und „mapping“) des AECOM-CSQ sind am ehesten vergleichbar mit der Coping-Strategie „Planende Problemlösung“ der WCCL. Diese Strategie wurde auch in der hier vorliegenden Studie seltener von den suizidalen Patienten angewendet als von den Patienten der Kontrollgruppe, mit einem deutlichen statistischen Trend ($p = 0,052$). Ebenso stellten Amir et al. (1999) bei einer Gruppe von suizidgefährdeten PTSD-Patienten fest, dass sie signifikant seltener die Strategien „replacement“ und „mapping“ gebrauchten als die nicht-suizidgefährdeten Angst-Patienten und die gesunden Studienteilnehmer. In dieser Studie wurde zusätzlich eine positive Korrelation des Suizidrisikos mit der Anwendung der Strategie „suppression“ gefunden (das Problem oder die Situation vermeiden). In der hier vorliegenden Studie zeigte sich, dass im Vergleich zur Kontrollgruppe in der Suizidgruppe signifikant häufiger die Strategie „Flucht/Vermeidung“ der WCCL benutzt wird (die Situation ignorieren; hoffen, dass sich das Problem von selbst löst), die in Bezug auf die erfasste Problematik in etwa der „suppression“ des AECOM-CSQ entspricht. Eine weitere Untersuchung von Kotler et al. (1993) ergab, dass die suizidgefährdeten Patienten signifikant weniger wahrscheinlich die Strategie „minimization“ anwandten, (die Wichtigkeit des Problems zu relativieren). Die „minimization“ des AECOM-CSQ

entspräche am ehesten der Strategie „Distanzierung“ der WCCL (das Problem wegschieben, nicht an sich heranlassen). Es finden sich jedoch diesbezüglich keine Übereinstimmungen mit der hier dargestellten Studie: in den hier vorliegenden Ergebnissen zeigte sich, dass in der Suizidgruppe die „Distanzierung“ signifikant häufiger angewendet wurde.

Die Ergebnisse der zuvor aufgeführten Studien sprechen insgesamt dafür, dass suizidale oder suizidgefährdete Patienten seltener planende, an der Lösung des Problems orientierte Coping-Strategien anwenden als die Teilnehmer der Kontrollgruppen. Stattdessen weisen sie ein eher vermeidendes, ausweichendes Coping-Verhalten vor. Dieses Ergebnis ist insofern bemerkenswert, als dass bei allen Studien Patienten mit psychischen Erkrankungen für die Kontrollgruppen herangezogen wurden, z.B. Angstpatienten in der Studie von Amir et al. (1999) und depressive Patienten in der hier vorliegenden Studie. Die oben genannten Mängel im Coping-Verhalten zeigen sich jedoch durchgehend ausschließlich bei den suizidalen Patienten.

Es stellt sich zunächst die Frage, warum das Hauptergebnis dieser Studie (die mangelnde Suche nach sozialer Unterstützung bei Suizidpatienten) nicht auch in vorigen Untersuchungen gefunden wurde. In diesem Zusammenhang soll auf strukturelle Unterschiede im Design dieser und der vorangegangenen Studien eingegangen werden. Vorab muss erwähnt werden, dass auch der AECOM-CSQ, der in den vorangegangenen Studien der Arbeitsgruppen um Botsis und Kotler verwendet wurde, eine mit der „Suche nach sozialer Unterstützung“ der WCCL vergleichbare Strategie enthält; sie heißt „Help seeking“. Es ist also auf den ersten Blick nicht offensichtlich, warum kein ähnliches Ergebnis in diesen Studien gefunden wurde. Schaut man sich die Studiendesigns jedoch genauer an, trifft man auf gewichtige Unterschiede: Zunächst differiert die Auswahl der Stichproben grundlegend. In allen vorangegangenen Studien wurde zur Erhebung des Suizidrisikos die „Suicide Risk Scale“ verwandt, es wurde also strenggenommen „nur“ die Suizidgefährdung erhoben.

Es ist ein methodisch deutlicher Vorteil der hier vorliegenden Studie, dass Patienten untersucht wurden, die unmittelbar zuvor tatsächlich einen Suizidversuch unternommen hatten. Damit wurde es sogleich ermöglicht, das Coping-Verhalten für die Belastungssituation zu erfassen, die dem Suizidversuch direkt voranging. Dies ist wesentlich genauer, als allgemeine Belastungssituationen von – theoretisch – suizidgefährdeten Patienten zu untersuchen.

Ebenso differiert die Zusammenstellung der jeweiligen Kontrollgruppen: Die meisten bisherigen Studien bildeten Kontrollgruppen aus allgemein stationär-psychiatrischen Patienten (Kotler et al., 1993, Botsis et al., 1994) und teilweise zusätzlich aus gesunden Studienteilnehmern (Horesh et al., 1996). Nur die Studie von Amir et al. (1999), die das Coping von suizidgefährdeten PTSD-Patienten untersuchte, hat als Kontrollgruppe neben gesunden Studienteilnehmern eine Gruppe von Patienten mit Angststörung. In der hier beschriebenen Studie ist die Auswahl der Patienten der Kontrollgruppe wesentlich „strenger“ als in den obengenannten Studien – die Kontrollgruppe ist ausschließlich aus Patienten mit depressiven Erkrankungen zusammengesetzt, ebenso wie die Suizidgruppe nur aus depressiven Patienten besteht. Damit wurde die Fragestellung in sinnvoller Weise eingegrenzt: Wodurch unterscheiden sich depressive Patienten mit Neigung zu Suizidversuchen von anderen depressiven Patienten?

Ein weiterer Vorteil dieser Studie liegt in der Tatsache, dass hier die WCCL zur Erfassung des Coping-Verhaltens verwandt wurde, zu der mehr vergleichbare Daten in der Literatur vorliegen und die sich international mehr durchgesetzt hat als der AECOM-CSQ.

Ein Schwachpunkt dieser Studie besteht darin, dass die Diagnosen und das Ausmaß der Depressivität bei den Patienten der Kontrollgruppe klinisch, also ohne standardisierte Messinstrumente erhoben wurden und in ICD-9 kodiert wurden. Um die Gruppen dennoch vergleichen zu können, wurden die ICD-9-Diagnosen anhand von Referenztabellen der WHO (Freyberger, Schulte-Markwort und Dilling 1992) in ICD-10-Diagnosen umkodiert. Darüber hinaus wäre wünschenswert gewesen, das Ausmaß der Depressivität mit identischen Skalen vergleichen zu können.

Wie können nun die oben beschriebenen Erkenntnisse für die Versorgung suizidgefährdeter Patienten und für die Prävention von Suizidversuchen genutzt werden?

Ein Ziel der hier vorliegenden Studie war es, ein Vorhersage-Modell zu entwickeln, das bei der Erkennung einer akuten Suizidgefährdung von Risikopatienten (Patienten mit depressiven Erkrankungen) hilft. Zu diesem Zweck wurde in mehreren multivariaten Regressionsanalysen untersucht, wie verlässlich die verschiedenen Coping-Skalen zur Vorhersage der Gruppenzugehörigkeit herangezogen werden können.

Betrachtet man die Ergebnisse der Regressionsanalyse mit Berücksichtigung der Grundmerkmale, in denen sich die beiden Gruppen unterscheiden, stellt man fest, dass die Grundmerkmale keinen Einfluss auf die Vorhersage der Gruppenzugehörigkeit bezüglich

folgender Coping-Skalen haben: In der Suizidgruppe häufigerer Gebrauch der Strategien „Selbstkontrolle“, „Flucht/Vermeidung“ und „Distanzierung“ und seltenere Anwendung der Strategie „Suche nach sozialer Unterstützung“. Für diese Skalen blieb also der signifikante Unterschied zwischen den beiden Gruppen über die Regressionsanalyse mit Grundmerkmalen hinweg erhalten. Lediglich bei der Skala „Planende Problemlösung“ verschwindet der Unterschied zwischen den beiden Gruppen in der Regressionsanalyse. Man muss dabei bedenken, dass in dieser Skala von Anfang an kein signifikanter Unterschied zu verzeichnen war, sondern nur ein statistischer Trend ($p = 0,052$).

Um festzustellen, ob Interkorrelationen zwischen den einzelnen Coping-Skalen bestehen, wurde eine multivariate Regressionsanalyse mit allen Coping-Skalen unternommen. Hier zeigt sich, dass durchaus Interkorrelationen zwischen den Skalen vorhanden sind. Bei der Skala „Suche nach sozialer Unterstützung“ bleibt allerdings der signifikante Unterschied auch über diese Regressionsanalyse hinweg erhalten.

Zusammenfassend ergaben die verschiedenen Regressionsanalysen also, dass die Skala „Suche nach sozialer Unterstützung“ durchgängig zuverlässig zwischen den beiden Gruppen differenziert. Dies bedeutet, dass ein Vorhersagemodell bestätigt wird, in dem eine geringe „Suche nach sozialer Unterstützung“ einen Risikofaktor für die Entwicklung akuter Suizidalität darstellt. In Zukunft könnte also die Erhebung der WCCL bei der Erkennung einer akuten Suizidgefährdung hilfreich sein. Darüber hinaus könnten die Coping-Strategien und relevante Defizite bei allen depressiven Patienten besser erfasst werden.

Dies leitet über zu der Frage, wie diese Erkenntnisse therapeutisch genutzt werden können. Aus den vorangegangenen Erläuterungen ist deutlich geworden, dass bei der Krisenintervention bei akut suizidgefährdeten Personen in besonderem Maße auf das „sich Unterstützung suchen“ Wert gelegt werden muss. Die Patienten sollten darin gefördert werden, sich aus ihrer Selbstisolation (und Selbstkontrolle) zu befreien, und sie sollten darin ermutigt werden, sich möglicher sozialer Kontakte bewusst zu werden und die entsprechenden Personen auch anzusprechen. In bestimmten Situationen wird es erforderlich sein, dass der Therapeut selbst engmaschig mit dem Patienten in Kontakt tritt, um einem Suizidversuch vorzubeugen.

Die Ergebnisse aus dem Mann-Whitney-U-Test in Abhängigkeit von den Grundmerkmalen deuten darauf hin, dass ganz besondere Aufmerksamkeit und Vorsicht bei den Patienten geboten ist, die ohne Partner leben, also ledig, geschieden/getrennt oder verwitwet sind. Die in dieser Gruppe etwas seltenere Anwendung der „Suche nach sozialer Unterstützung“

ist zwar nicht signifikant, aber sowohl bei der Strategie „Flucht/Vermeidung“ finden wir in der Gruppe der nicht Verheirateten eine signifikant häufigere Anwendung als auch – mit einer statistischen Tendenz – bei der „Distanzierung“. Dies spricht dafür, dass diese Personengruppe ein besonders vermeidend/abwendendes Coping-Verhalten an den Tag legt. Außerdem ist bei diesen Personen, im Vergleich zu den in Partnerschaft/Ehe lebenden nicht von vornherein und selbstverständlich ausreichender sozialer Kontakt vorhanden und muss daher eventuell in besonderem Maße gefördert werden.

Im Hinblick auf eine weiterführende Therapie von Risikopatienten soll auf die zufriedenstellenden Ergebnisse einer Therapiestudie von Folkman et al. (1991) verwiesen werden, die bereits in der Einleitung ausführlich beschrieben wurden (S. 8 ff). Im Rahmen eines Bewältigungs-Effektivitäts-Trainings („Coping Effectiveness Training“) absolvierten die Teilnehmer ein Training der sozialen Unterstützung („Social Support Training“), das insbesondere die Ziele „Auswählen“, „Erlangen“ und „Bewahren“ des sozialen Kontaktes verfolgt. Die Erkenntnisse aus der hier vorliegenden Studie sprechen dafür, dass eine derartige psychotherapeutisch orientierte Intervention auch bei der Behandlung von suizidgefährdeten Patienten von Nutzen sein könnte. Das in dieser Studie gefundene Ergebnis sollte in zukünftigen Studien erhärtet werden. Eine Längsschnittstudie, die eine Standardtherapie mit einem durch „Social Support Training“ ergänzten Therapieprogramm vergleicht, könnte darüber Aufschluss geben, ob die neue Therapie langfristig zu einer Verminderung der Rezidive von Suizidversuchen führt.

5 Zusammenfassung

Das zentrale Ziel der Studie war es, Patienten mit depressiven Erkrankungen, die in den letzten drei Monaten einen Suizidversuch unternommen hatten, im Hinblick auf verschiedene psychologische Bewältigungsformen zu untersuchen. Dabei ging es um die Frage, ob es Beziehungen zwischen bestimmten Bewältigungsformen und der Suizidgefährdung gibt, und ob hieraus Rückschlüsse für die Prävention von Suizidversuchen und für die Therapie Suizidgefährdeter gezogen werden können. Frühere klinische Untersuchungen haben Hinweise darauf erbracht, dass Patienten, die zu Suizidhandlungen neigen, vermehrt vermeidende und abwehrende Bewältigungsstrategien wie z.B. „Flucht“ oder „Distanzierung“ anwenden. 33 Patienten mit depressiven Erkrankungen und einem Suizidversuch in den letzten drei Monaten wurden anhand der WCCL („Ways of Coping Checklist“) auf ihr Bewältigungsverhalten vor dem Suizidversuch untersucht und mit einer Gruppe von 28 depressiven Patienten verglichen, die keinen Suizidversuch in der Vorgeschichte aufwiesen. Die Auswertung der Daten ergab, dass die Patienten mit einem Suizidversuch in der Vorgeschichte signifikant seltener von der Strategie „Suche nach sozialer Unterstützung“, sowie – mit einer statistischen Tendenz – vom „Planenden Problemlösen“ Gebrauch machten. Signifikant häufiger kamen dagegen die Verhaltensweisen „Flucht/Vermeidung“, „Selbstkontrolle“ und „Distanzierung“ zur Anwendung.

Unterteilt man die Patienten nur anhand ihrer Grundmerkmale (Familienstand, Geschlecht, Bildungsstand) und vergleicht sie bezüglich ihres Coping-Verhaltens, so zeigt sich zwar, dass in der Gruppe der nicht-verheirateten Patienten sowie in der Gruppe mit dem niedrigeren Bildungsstand signifikant häufiger die Strategie „Flucht/Vermeidung“ angewandt wurde, die Regressionsanalyse ergab jedoch, dass die Unterschiede in den Grundmerkmalen keinen Einfluss auf die signifikanten Unterschiede im Vergleich der Suizidgruppe mit der Kontrollgruppe hatten. In der Regressionsanalyse zur Vorhersagbarkeit der Gruppenzugehörigkeit zeigte sich, dass die Strategie „Suche nach sozialer Unterstützung“ zuverlässig zwischen den beiden Gruppen differenziert und sich somit zur Vorhersage einer Suizidgefährdung nutzen lässt. Diese Erkenntnisse unterstreichen, dass besonders in der Behandlung depressiver Erkrankungen zur Prävention von Suizidalität noch stärker als bisher versucht werden sollte, die Patienten aus ihrer Selbstisolation herauszuführen und Wege zur sozialen Unterstützung aufzuzeigen.

6 **Literaturverzeichnis**

Ahrens, B. (1996): Mortalität und Suizidalität bei psychischen Störungen. In: Freyberger, H.J. & Stieglitz, R.-D. (Hrsg.): Kompendium der Psychiatrie und Psychotherapie. Karger, Basel-Freiburg-Paris, 533-551.

Aldwin, C., Folkman, S., Schaefer, C., Coyne, J.C. & Lazarus, R.S. (1980): Ways of coping: A process measure. Presented at the 88th annual meeting of the American Psychological Association. Montreal, Quebec. Canada

Amir, M., Kaplan, Z., Efroni, R. & Kotler, M. (1999): Suicide risk and coping styles in posttraumatic stress disorder patients. *Psychotherapy and Psychosomatics* 68, 76-81

Asberg, M., Transkman, P. & Thoren, P. (1976): 5-HIAA in the cerebrospinal fluid: A biochemical suicide predictor? *Arch. gen. Psychiatry* 33, 1193-1197

Berger, M. (2000): *Psychiatrie und Psychotherapie*. Urban & Fischer Verlag, München, Jena

Botsis, A.J., Soldatos, C.R., Liossi, A. & Stefanis, C.N. (1994): Suicide and violence risk. I. Relationship to coping styles. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 89, 92-96

Bräutigam, W. & Christian, P. (1986): *Psychosomatische Medizin*. Thieme, Stuttgart

Coyne, J.C., Aldwin, C. & Lazarus, R.S. (1981): Depression and coping in stressful episodes. *Journal of Abnormal Psychology* 90, 439-447

Cronbach, L.J. (1951): Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychosomatika* 16, 287-334

Durkheim, E. (1897): *Suicide*. New York: Free Press, 1951

D’Zurilla, T.J., Chang, E.C., Nottingham, E.J. & Faccino, L. (1998): Social Problem-solving deficits and hopelessness, depression, and suicidal risk in college students and psychiatric inpatients. *Journal of Clinical Psychology* 54, 1091-1107

Englert, J.S., Ahrens, B., Gebhardt, R., Kliefoth, M., Saupe, R. & Stieglitz, R.D. (1994): Das Berliner Coping Projekt- Bewältigung von Krankheit und Belastungssituationen bei schizophrenen Patienten. In: Schüßler, G., Leibing, E. (Hrsg.): *Coping: Verlaufs- und Therapie-Studien chronischer Krankheit*. Hogrefe, Göttingen, Bern, Toronto, Seattle 207-219

Englert, J.S., Gebhardt, R., Saupe, R. & Stieglitz, R.D. (1993): Erfassung von Krankheitsbewältigung. Validierungsstudie zur WCCL bei schizophrenen Patienten. *Zeitschrift für Klinische Psychologie* 22, 77-82

Esquirol, J.E.D. (1838): *Von den Geisteskrankheiten*. Voß-Verlag, Berlin. (Neuaufgabe: Huber, Stuttgart 1968)

Ferring, D. & Filipp, S.H. (1989): Die SEBV. Bewältigung kritischer Lebensereignisse: erste Erfahrungen mit einer deutschsprachigen Version der „Ways of Coping Checklist“. *Zeitschrift für Differenzielle und Diagnostische Psychologie* 10 (4), 189-199

Foa, E.B. & Rothbaum, B.O. (1992): Kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlung posttraumatischer Belastungsreaktionen. In: Fliegenbaum, W. (Hrsg.): *Zukunftsperspektiven der Klinischen Psychologie*. Springer, Berlin-Heidelberg-New-York, 129-156

Folkman, S., Schaefer, C. & Lazarus, R.S. (1979): Cognitive processes as mediators between stress and coping. In: Hamilton, V. & Warburton, D.M. (eds.): *Human stress and cognition: An information processing approach*. Wiley, New York, 265-298

Folkman, S. & Lazarus, R.S. (1980): An analysis of coping in a middle aged community sample. *Journal of Health and Behaviour* 21, 219-239

Folkman, S., Lazarus, R.S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A. & Grün, R. (1986): The dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology* 50, 992-1003

Folkman, S. & Lazarus, R.S. (1988): *Ways of Coping Test Booklet*. Consulting Psychologists Press. Palo Alto, California

Folkman, S., Chesney, M., McKusick, L., Ironson, G., Johnson, D.S. & Coates, T.J. (1991): Translating coping theory into an intervention. In: Eckenrode, J. (ed.): *The social context of coping*, 239-260. Plenum Press, New York

Freud, S. (1917): *Trauer und Melancholie*. In: *Studienausgabe Bd. III*. Fischer, Frankfurt/Main 1975

Freyberger, H.J., Schulte-Markwort, E. & Dilling, H. (1992): Referenztabellen der WHO zum Kapitel V (F) der 10. Revision der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10): ICD-9 vs. ICD-10. Manuskript vom 7.11.1992 zur Veröffentlichung in der Zeitschrift „Fortschritte in der Neurologie und Psychiatrie“

Goethe, J.W. von (1774): *Die Leiden des jungen Werther*. (Neuaufgabe 2001), Reclam, Stuttgart

Hamilton, M. (1984): *Klinische Psychopathologie*. Enke, Stuttgart

Hegerl, U., Althaus, D., Niklewski, G. & Schmidtke, A. (2003): Optimierte Versorgung depressiver Patienten und Suizidprävention. *Dtsch. Ärzteblatt*; 100: A 2732-2737

Hendin, H. (1978): Suicide: The Psychosocial Dimension. *Suicide and Life-Threatening Behaviour* 8, 99-117

Henseler, H. (1974): *Narzisstische Krisen*. Rowohlt, Reinbek

Horesh, N, Rolnick, T., Iancu, I., Dannon, P., Lepkifker, E., Apter, A. & Kotler, M. (1996): Coping styles and suicide risk. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 93, 489-493

Kähler, W.M. (1990): Statistische Datenanalyse mit SPSS/PC+. Eine Einführung in Grundlagen und Anwendung. Vieweg, Braunschweig

Köhler, W., Schachtel, G. & Voleske, P. (1995): Biostatistik (2.Auflage), Springer-Verlag, Berlin Heidelberg

Kotler, M., Finkelstein, G., Molcho, A., Botsis, A.J., Plutchik, R., Brown, S.L., & van Praag, H.M. (1993): Correlates of suicide and violence risk in an inpatient population: Coping styles and social support. *Psychiatry Research* 47, 281-290

Lazarus, R.S. (1966): Psychological stress and the coping process. McGraw Hill, New York

Lazarus, R.S. & Launier, R. (1978): Stress-related transactions between person and environment. In: Pervin, L.A. & Lewis, M. (eds.): Perspectives in interactional psychology. New York: Plenum Press, 287-327

Lecrubier, Y., Sheehan, D., Weiller, E., Amorim, P., Bonora, I., Sheehan, K., Janavs, J. & Dunbar, G., (1997): The Mini International Neuropsychiatric Interview. (MINI), a short diagnostic interview: Reliability and validity according to the CIDI. *European Psychiatry* 12, 224-231

Lorenz, R.J. (1992): Grundbegriffe der Biometrie (3.Auflage). Gustav Fischer, Stuttgart. Kapitel 6, 164-169

Martelli, M.F., Auerbach, S.M., Alexander, J. & Mercuri, L.C. (1987): Stress management in the health care setting: Matching intervention to patient coping type. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 856-862

Meyers Taschenlexikon (1985) Meyers Lexikonverlag

Neuringer, C. (1961): Dichotomous evaluations in suicidal individuals. *Journal of Consulting Psychology* 28, 54-58

Pollock, L.R. & Williams, J.M.G. (1998): Problem solving and suicidal behaviour. *Suicide and Life-Threatening Behaviour* 28, 375-387

Reimer, C. (1985): Psychotherapie der Suizidalität. In: Pöldinger, W. & Reimer, C. (Hrsg.): *Psychiatrische Aspekte suizidalen Verhaltens*. Tropon, Köln

Reimer, C. & Arentewicz (1989): *Kurzpsychotherapie nach Suizidversuch*. Springer-Verlag, Berlin Heidelberg

Ringel, E. (1953): *Der Selbstmord. Abschluß einer krankhaften psychischen Entwicklung*. Mandrich, Wien

Salkovskis, P.M., Atha, C. & Storer, D. (1990): Cognitive-behavioral problem solving in the treatment of patients who repeatedly attempt suicide: A controlled trial. *British Journal of Psychiatry* 157, 871-876

Schmidtke, A. & Weinacker, B. (1994): Suizidalität in den alten und neuen Bundesländern: Status und Trends. *Suizidprophylaxe* 21, 4-16

Schotte, D.E. & Clum, G.A. (1982): Suicide ideation in a College population: A test of a model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 50, 690-696

Schotte, D.E. & Clum G.A. (1987): Problem-solving skills in suicidal psychiatric patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 55, 49-54

Storm, R. (1995): *Wahrscheinlichkeitsrechnung, mathematische Statistik und statistische Qualitätskontrolle* (10. Auflage). Fachbuchverlag Leipzig, Köln

Wilson, K.G., Stelzer, J., Bergman, J.N., Kral, M.J., Inayatullah, M. & Elliott, C.A. (1995): Problem solving, stress, and coping in adolescent suicide attempts. *Suicide and Life-Threatening Behaviour* 25, 241-252

Winokur, G., Clayton, T. & Reich, T. (1969): *Manic Depressive Illness*. Mosby, St. Louis (M.O.)

Wolfersdorf, M. & Mäulen, B. (1992): Suiziprävention bei psychisch Kranken. In: Wedler, H., Wolfersdorf, M. & Welz, R. (Hrsg.): Therapie bei Suizidgefährdung. Ein Handbuch. Roderer, Regensburg, 175-197

Wolfersdorf, M. (1994): Suizidologie als moderne Wissenschaft. Suizidprophylaxe 2 47-53

Wolfersdorf, M. (2000): Suizidalität. In: Berger, M. (Hrsg.): Psychiatrie und Psychotherapie. Urban & Fischer Verlag München, Jena

WCCL-S (1)

Selbstrating!

Baseline

Daten nicht vorhanden

0

Hier ist eine Liste mit Aussagen darüber, wie man mit einer schwierigen Situation umgehen kann.
Bitte denken Sie an ein Ereignis, das Sie im letzten halben Jahr beschäftigt hat.

Dieses Ereignis ist:

Es begann ca. _____ und dauerte _____

Bitte überlegen Sie bei jeder Aussage, in welchem Ausmaß sie für Sie zutrifft und kreuzen Sie die entsprechende Antwort an.		nie	selten	gelegentlich	oft
1	Ich konzentrierte mich darauf, was ich als nächstes zu tun hatte.	☐	☐	☐	☐
2	Ich versuchte, das Problem zu durchdenken, um es besser zu verstehen.	☐	☐	☐	☐
3	Ich wandte mich der Arbeit oder anderen Aktivitäten zu, um mich abzulenken.	☐	☐	☐	☐
4	Ich dachte mir, daß mit der Zeit alles anders aussehen würde - ich brauchte nur abzuwarten.	☐	☐	☐	☐
5	Ich schloß Kompromisse, um der Situation noch etwas Positives abzugewinnen.	☐	☐	☐	☐
6	Ich tat irgendetwas, obwohl ich wußte, daß es nicht viel nutzen würde; Hauptsache, ich habe überhaupt etwas getan.	☐	☐	☐	☐
7	Ich versuchte, die verantwortliche Person zu einer Änderung ihrer Meinung zu bewegen.	☐	☐	☐	☐
8	Ich redete mit jemandem, um mehr über die Situation zu erfahren.	☐	☐	☐	☐
9	Ich machte mir Vorwürfe.	☐	☐	☐	☐
10	Ich versuchte, mir eine Entscheidung möglichst lange offenzuhalten.	☐	☐	☐	☐
11	Ich hoffte auf ein Wunder.	☐	☐	☐	☐
12	Ich nahm das Geschehene hin; manchmal habe ich eben Pech.	☐	☐	☐	☐
13	Ich tat so, als ob nichts geschehen wäre.	☐	☐	☐	☐

WCCL-S (2)	<u>Selbstrating!</u>	Baseline
-------------------	-----------------------------	-----------------

Bitte überlegen Sie bei jeder Aussage, in welchem Ausmaß sie für Sie zutrifft und kreuzen Sie die entsprechende Antwort an.		nie	selten	gelegentlich	oft
14	Ich versuchte, meine Gefühle für mich zu behalten.	☐	☐	☐	☐
15	Ich bemühte mich, die gute Seite der Ereignisse zu sehen - jedes Unglück hat auch sein Gutes.	☐	☐	☐	☐
16	Ich schlief mehr als gewöhnlich.	☐	☐	☐	☐
17	Ich äußerte der Person/den Personen gegenüber, die das Problem verursacht hatte/n, meinen Ärger.	☐	☐	☐	☐
18	Ich ließ mich von jemandem trösten.	☐	☐	☐	☐
19	Ich sagte Dinge zu mir, die mir halfen, mich besser zu fühlen	☐	☐	☐	☐
20	Ich fühlte mich angeregt, etwas Kreatives zu tun.	☐	☐	☐	☐
21	Ich versuchte, die ganze Sache zu vergessen.	☐	☐	☐	☐
22	Ich suchte professionelle Hilfe auf.	☐	☐	☐	☐
23	Ich entwickelte mich in meiner Persönlichkeit positiv.	☐	☐	☐	☐
24	Ich wartete die weiteren Ereignisse ab, bevor ich etwas tat.	☐	☐	☐	☐
25	Ich entschuldigte mich oder tat etwas, um es wieder gutzumachen.	☐	☐	☐	☐
26	Ich machte mir einen Plan, was als nächstes zu tun sei und befolgte ihn.	☐	☐	☐	☐
27	Ich fand mich mit dem ab, was meiner Vorstellung am nächsten kam.	☐	☐	☐	☐
28	Ich machte meinen Gefühlen irgendwie Luft.	☐	☐	☐	☐
29	Mir wurde klar, daß ich das Problem selbst verursacht hatte.	☐	☐	☐	☐
30	Es ging mir besser als zuvor.	☐	☐	☐	☐
31	Ich sprach mit jemandem, der an dem Problem konkret etwas ändern konnte.	☐	☐	☐	☐
32	Ich schob die ganze Angelegenheit für eine Weile beiseite - ich ruhte aus oder nahm Urlaub.	☐	☐	☐	☐
33	Ich versuchte, mein Wohlbefinden durch Essen, Trinken, Rauchen, Medikamente oder Drogen zu verbessern.	☐	☐	☐	☐

WCCL-S (3)	<u>Selbstrating!</u>	Baseline		
<i>Bitte überlegen Sie bei jeder Aussage, in welchem Ausmaß sie für Sie zutrifft und kreuzen Sie die entsprechende Antwort an.</i>				
	nie	selten	gelegentlich	oft
34 Ich ließ es darauf ankommen oder tat etwas Risikoreiches.	O	O	O	O
35 Ich bemühte mich, nicht voreilig zu handeln oder meinem ersten Gefühl zu folgen.	O	O	O	O
36 Ich fand zum Glauben.	O	O	O	O
37 Ich behielt meinen Stolz und ließ mich nicht unterkriegen.	O	O	O	O
38 Ich entdeckte wieder, was im Leben wichtig ist.	O	O	O	O
39 Ich veränderte etwas, so daß sich alles zum Besten wendete.	O	O	O	O
40 Ich vermied das Zusammensein mit anderen Personen.	O	O	O	O
41 Ich ließ die Sache nicht an mich herankommen - ich dachte nicht viel darüber nach.	O	O	O	O
42 Ich bat einen Verwandten oder Freund, dessen Meinung ich respektierte, um Rat.	O	O	O	O
43 Ich ließ keinen wissen, wie schlimm die Dinge wirklich waren.	O	O	O	O
44 Ich lehnte es ab, die Sache ernst zu nehmen.	O	O	O	O
45 Ich erzählte jemandem, wie es mir ging.	O	O	O	O
46 Ich ließ mich nicht unterkriegen und kämpfte für das, was ich wollte.	O	O	O	O
47 Ich ließ das Problem an anderen Personen aus.	O	O	O	O
48 Ich schöpfte aus der Erfahrung, die ich früher mit ähnlichen Situationen gemacht hatte.	O	O	O	O
49 Ich wußte, was zu tun war; deshalb verdoppelte ich meine Bemühungen, um die Dinge ins Laufen zu bringen.	O	O	O	O
50 Ich glaubte einfach nicht, daß es wirklich passiert war.	O	O	O	O
51 Ich nahm mir fest vor, daß es das nächste Mal anders laufen würde.	O	O	O	O
52 Ich überlegte mir verschiedene Lösungen für des Problem.	O	O	O	O
53 Ich fand mich damit ab, weil nichts mehr zu ändern war.	O	O	O	O
54 Ich bemühte mich, mich durch meine Gefühle nicht zu sehr bei anderen Dingen beeinträchtigen zu lassen.	O	O	O	O

WCCL-S (4)

Selbstrating!

Baseline

Bitte überlegen Sie bei jeder Aussage, in welchem Ausmaß sie für Sie zutrifft und kreuzen Sie die entsprechende Antwort an.		nie	selten	gelegentlich	oft
55	Ich wünschte mir, daß ich das Geschehene und meine Gefühle ändern könnte.	☐	☐	☐	☐
56	Ich änderte mich bewußt.	☐	☐	☐	☐
57	Ich träumte von einer besseren Zeit oder wünschte mich an einen anderen Ort.	☐	☐	☐	☐
58	Ich wünschte mir, daß die Situation bald vorbei wäre.	☐	☐	☐	☐
59	Ich malte mir aus, wie die Angelegenheit ausgehen würde.	☐	☐	☐	☐
60	Ich betete.	☐	☐	☐	☐
61	Ich machte mich auf das Schlimmste gefaßt.	☐	☐	☐	☐
62	Ich ging im Geiste durch, was ich sagen oder tun könnte.	☐	☐	☐	☐
63	Ich nahm, mir eine Person, die ich bewundere, zum Vorbild und überlegte mir, wie sie in der Situation handeln würde.	☐	☐	☐	☐
64	Ich versuchte, mich in die Lage der anderen Person hineinzusetzen	☐	☐	☐	☐
65	Ich machte mir klar, wieviel schlimmer die Situation noch sein könnte.	☐	☐	☐	☐
66	Ich betätigte mich sportlich.	☐	☐	☐	☐
67	Ich hielt mich an etwas fest, was etwas Gutes aus der Situation machen konnte.	☐	☐	☐	☐
68	Ich kritisierte oder belehrte mich selbst.	☐	☐	☐	☐
69	Ich versuchte, keine Möglichkeit zu verspielen, sondern alles noch ein bißchen offenzuhalten.	☐	☐	☐	☐
70	Ich fühlte mich schlecht, weil ich das Ereignis nicht vermeiden konnte.	☐	☐	☐	☐
71	Ich machte etwas ganz Neues, was ich unter anderen Umständen noch nie getan hatte.	☐	☐	☐	☐
72	Ich wünschte, ich wäre eine stärkere Person - optimistischer und durchsetzungsfähiger.	☐	☐	☐	☐
73	Ich wünschte mir, daß ich das, was passiert war, schnell ändern könnte.	☐	☐	☐	☐
74	Ich sann über phantastische Dinge nach und malte mir solche Sachen aus, die dazu beitragen konnten, daß sich meine Stimmung verbesserte.	☐	☐	☐	☐
75	Ich nahm alles, eins nach dem anderen	☐	☐	☐	☐