

Wenn das Leben zur Qual wird.

Selbstwert, Freundschaftsbeziehungen und Suizidalität von
Studierenden

Masterarbeit

zur Erlangung des akademischen Grades
Master of Science

an der Umwelt-, Regional- und Bildungswissenschaftlichen Fakultät
der Karl-Franzens-Universität

vorgelegt von

Mag.theol. Mario BRUGGER, Bakk.phil.

am Institut für Erziehungs- und Bildungswissenschaft

Begutachter: *Ao. Univ.-Prof. Dr.phil. Peter Rossmann*

Graz, 2016

Ehrenwörtliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die angegebenen Quellen nicht benutzt und die den Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe. Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen inländischen oder ausländischen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht veröffentlicht. Die vorliegende Fassung entspricht der eingereichten elektronischen Version.

Datum:

Unterschrift:

Danksagung

An dieser Stelle danke ich all jenen Personen, die zum Gelingen meiner Masterarbeit beigetragen haben. Besonderer Dank gilt meinem Betreuer Ao. Univ.-Prof. Dr.phil. Peter Rossmann, der mich bei der Erstellung der Masterarbeit sehr unterstützt hat. Er stand mir mit Rat und Tat zur Seite und hat die wissenschaftlichen Arbeitsschritte durch seine wertvollen Anregungen angeleitet und begleitet.

Meinen aufrichtigen Dank richte ich an meine Mutter und meine Verwandten, die mich nicht nur finanziell unterstützt, sondern auch während meiner gesamten Studienzzeit moralisch bestärkt haben. Weiters richtet sich mein Dank ganz besonders an meine FreundInnen, die mich immer wieder ermutigt haben, mir das Ziel meines Studiums sowie meiner Masterarbeit vor Augen zu halten und frohen Mutes weiterzuarbeiten.

Mein ganz besonderer Dank gilt jenen Studierenden, die sich dazu bereit erklärt haben, an meiner Befragung für den empirischen Teil der Masterarbeit teilzunehmen. Durch ihre wertvolle Unterstützung ist es mir gelungen, eine große Stichprobe für den empirischen Teil meiner Masterarbeit zu sammeln.

Ohne das Wohlwollen und die wertvolle Unterstützung aller würde diese Masterarbeit in dieser Form nicht vorliegen. Dafür nochmals ein großes und herzliches DANKESCHÖN!

Zusammenfassung

Deutsch

Die Thematik des suizidalen Verhaltens ist generell ein sehr dunkles Kapitel in der Pädagogik, da es innerhalb der Gesellschaft immer wieder Menschen gibt, die sich das Leben nehmen oder auch mehrmals versuchen, ihrem Leben ein Ende zu setzen. Im Rahmen meiner Masterarbeit beschäftige ich mich mit der Thematik des suizidalen Verhaltens von Studierenden mit dem Schwerpunkt Selbstwert, Freundschaftsbeziehungen und Suizidalität. Laut meinen empirischen Forschungsergebnissen sind Studierende, die ein hohes Selbstwertgefühl aufweisen und die gute freundschaftliche Beziehungen haben, weniger gefährdet für suizidale Verhaltensweisen, als Studierende, die ein niedriges Selbstwertgefühl aufweisen und keine guten freundschaftlichen Beziehungen haben. Zusätzlich konnte durch meine empirische Untersuchung gezeigt werden, dass Studierende, die in einer Partnerschaft leben, weniger zu suizidalen Verhaltenstendenzen neigen, als Studierende, die in keiner Partnerschaft leben. Das Selbstwertgefühl, gute freundschaftliche Beziehungen sowie eine stabile Partnerschaft sind deshalb wesentliche Schutzfaktoren gegen suizidales Verhalten.

Abstract

English

The topic of the suicidal behaviour is in general a very dark chapter in the educational theory, because there are within the society over and over again people who take the life or also try several times to put an end to her life. Within the scope of my master thesis I deal with the topic of the suicidal tendencies of students with the main focus on self-esteem and relationship with friends. According to my empirical results of the research, students who show a high self-esteem and have good amicable relations, are at lower risk for suicidal behaviour patterns, than the students who show a low self-esteem and have no good amicable relations. In addition, it could be shown by my empirical investigation that the students who live in a partnership are less incline to suizidal behavioral trends, than the students who do not live in a partnership. Therefore, the self-esteem, good amicable relations as well as a stable partnership are essential protective factors against suicidal behaviour.

Inhaltsverzeichnis

| | |
|---|-----------|
| 1. Einleitung..... | 8 |
| THEORETISCHER TEIL..... | 10 |
| 2. Die wichtigsten wissenschaftlichen Begriffe und ein Überblick bezüglich des Umgangs mit dem Phänomen der Suizidalität | 10 |
| 2.1 Suizidalität | 10 |
| 2.2 Suizidphantasien und Suizidgedanken | 11 |
| 2.3 Suizidversuche | 12 |
| 2.4 Suizid und suizidale Verhaltensweisen | 13 |
| 2.5 Zwei Sichtweisen bezüglich des Umgangs mit dem Phänomen der Suizidalität | 14 |
| 3. Eine Darstellung unterschiedlicher Suizidtheorien sowie die Entwicklungsstadien einer Suizidhandlung..... | 16 |
| 3.1 Die psychoanalytische Suizidtheorie..... | 16 |
| 3.2 Die soziologische Suizidtheorie..... | 16 |
| 3.3 Die logotherapeutische Suizidtheorie..... | 18 |
| 3.4 Die lerntheoretische Suizidtheorie | 18 |
| 3.5 Die Entwicklungsstadien einer Suizidhandlung | 19 |
| 3.6 Das präsuizidale Syndrom | 19 |
| 4. Die statistische Verteilung und Häufigkeit von Suiziden und Suizidversuchen sowie unterschiedliche Suizidmethoden | 21 |
| 4.1 Ein Überblick über die statistische Verteilung und Häufigkeit des Suizides | 21 |
| 4.2 Die unterschiedlichen Suizidmethoden | 22 |
| 5. Die Risikofaktoren hinsichtlich des suizidalen Verhaltens | 24 |
| 5.1 Allgemeine Risikofaktoren sowie Risikogruppen für suizidales Verhalten..... | 24 |
| 5.2 Die Frage nach dem Sinn des Lebens als Risikofaktor für suizidales Verhalten | 26 |
| 5.3 Genetische Aspekte, die Verfügbarkeit von Mitteln und der Nachahmungseffekt als Risikofaktoren für suizidales Verhalten | 27 |
| 5.4 Die vier Ebenen von Risikofaktoren sowie die Unterscheidung der jeweiligen Altersgruppe..... | 28 |
| 5.5 Empirische Studien zu Risikofaktoren hinsichtlich des suizidalen Verhaltens | 29 |

| | |
|---|-----------|
| 6. Die Suizidprävention und die dafür wichtigsten Schutzfaktoren | 31 |
| 6.1 Die Suizidprävention im Überblick..... | 31 |
| 6.2 Die Schutzfaktoren gegen suizidales Verhalten..... | 33 |
| EMPIRISCHER TEIL | 36 |
| 7. Der Hintergrund und das Ziel der Untersuchung..... | 36 |
| 7.1 Der Hintergrund der Untersuchung | 36 |
| 7.2 Das Ziel der Untersuchung | 37 |
| 8. Die Fragestellungen, die Hypothesen und die Beschreibung des Messinstrumentes..... | 38 |
| 8.1 Die Fragestellungen..... | 38 |
| 8.2 Die Hypothesen..... | 38 |
| 8.3 Die Beschreibung des Messinstrumentes | 39 |
| 9. Die Durchführung der Erhebung, die Stichprobe und die statistische Auswertung | 43 |
| 9.1 Die Erhebung | 43 |
| 9.2 Die Stichprobe..... | 43 |
| 9.3 Die statistische Auswertung..... | 44 |
| 10. Beschreibung der Stichprobe | 45 |
| 10.1 Das Alter und das Geschlecht | 45 |
| <i>Tabelle 1: Altersverteilung der Stichprobe</i> | <i>45</i> |
| <i>Grafik 1: Altersverteilung der Stichprobe.....</i> | <i>45</i> |
| <i>Tabelle 2: Geschlechterverteilung in der Stichprobe</i> | <i>46</i> |
| <i>Grafik 2: Geschlechterverteilung in der Stichprobe.....</i> | <i>46</i> |
| 10.2 Die Herkunft und die Fakultätszugehörigkeit | 47 |
| <i>Tabelle 3: Herkunft der befragten Studierenden</i> | <i>47</i> |
| <i>Tabelle 4: Die Fakultätszugehörigkeit der befragten Studierenden</i> | <i>48</i> |
| <i>Grafik 3: Die Fakultätszugehörigkeit der befragten Studierenden</i> | <i>48</i> |
| 10.3 Die Berufstätigkeit und die Partnerschaft | 49 |
| <i>Tabelle 5: Die Berufstätigkeit während des Studiums</i> | <i>49</i> |
| <i>Grafik 4: Die Berufstätigkeit während des Studiums</i> | <i>49</i> |
| <i>Tabelle 6: Die Partnerschaft</i> | <i>50</i> |
| <i>Grafik 5: Die Partnerschaft</i> | <i>50</i> |

| | |
|---|-----------|
| 11. Beschreibung und Ergebnisse der Skalen | 51 |
| 11.1 Die aufsummierten Skalen..... | 51 |
| <i>Tabelle 7: Stichprobengröße der Selbstwert-Skala</i> | <i>51</i> |
| <i>Tabelle 8: Cronbach's Alpha der Selbstwert-Skala.....</i> | <i>51</i> |
| <i>Tabelle 9: Trennschärfen der Items der Selbstwert-Skala</i> | <i>51</i> |
| <i>Grafik 6: Punktwerte Verteilung der Selbstwert-Skala</i> | <i>52</i> |
| <i>Tabelle 10: Stichprobengröße der Freundschaft-Skala</i> | <i>53</i> |
| <i>Tabelle 11: Cronbach's Alpha der Freundschaft-Skala</i> | <i>53</i> |
| <i>Tabelle 12: Trennschärfen der Items der Freundschaft-Skala.....</i> | <i>53</i> |
| <i>Grafik 7: Punktwerte Verteilung der Freundschaft-Skala.....</i> | <i>54</i> |
| <i>Tabelle 13: Stichprobengröße der Suizidalität-Skala</i> | <i>55</i> |
| <i>Tabelle 14: Cronbach's Alpha der Suizidalität-Skala</i> | <i>55</i> |
| <i>Tabelle 15: Trennschärfen der Items der Suizidalität-Skala.....</i> | <i>55</i> |
| <i>Grafik 8: Punktwerte Verteilung der Suizidalität-Skala.....</i> | <i>56</i> |
| 11.2 Die Ergebnisse zu den aufgestellten Hypothesen | 57 |
| <i>Tabelle 16: Die Korrelationen zwischen den erfassten Variablen (n = 300)</i> | <i>57</i> |
| 11.3 Regressionsanalyse zur Vorhersage der Suizidalität..... | 60 |
| <i>Tabelle 17: Regressionsanalyse: Eingegangene/Entfernte Variablen.....</i> | <i>60</i> |
| <i>Tabelle 18: Regressionsanalyse: Zusammenfassung der einzelnen Modelle</i> | <i>60</i> |
| <i>Tabelle 19: Regressionsanalyse: Ergebnisse der Anova</i> | <i>61</i> |
| <i>Tabelle 20: Regressionsanalyse: Koeffizienten</i> | <i>61</i> |
| <i>Tabelle 21: Regressionsanalyse: Ausgeschlossene Variablen</i> | <i>62</i> |
| 11.4 Weitere Ergebnisse..... | 62 |
| | |
| 12. Die Diskussion der Ergebnisse | 63 |
| | |
| Literaturverzeichnis | 66 |
| | |
| Tabellenverzeichnis | 71 |
| | |
| Grafikverzeichnis | 73 |
| | |
| Fragebogen | 74 |

1. Einleitung

Die Thematik der *Suizidalität* bzw. des *suizidalen Verhaltens* ist generell ein sehr dunkles Kapitel in der Pädagogik, da es innerhalb der Gesellschaft immer wieder Menschen gibt, die sich das Leben nehmen oder auch mehrmals versuchen, ihrem Leben ein Ende zu setzen. Obwohl im Rahmen der Suizidforschung sehr viel getan wird, können Suizide oft nicht verhindert werden.

Diese Masterarbeit beschäftigt sich mit der Thematik des suizidalen Verhaltens und ist folgendermaßen aufgebaut:

Im ersten Kapitel werden die wichtigsten wissenschaftlichen Begriffe zum suizidalen Verhalten übersichtlich dargestellt. Schwerpunktmäßig geht es um die Begriffe Suizid, Suizidversuche, Suizidphantasien und Suizidalität. Am Ende des ersten Kapitels wird der Umgang mit dem Phänomen der Suizidalität skizziert.

Das zweite Kapitel beschäftigt sich mit der Darstellung der unterschiedlichen Suizidtheorien, die einen soziologischen, psychologischen, logotherapeutischen und lerntheoretischen Hintergrund aufweisen. Diese unterschiedlichen Theorien werden auf der Basis unterschiedlicher Fachliteratur beschrieben. Danach werden die Entwicklungsstadien einer Suizidhandlung schrittweise erklärt.

Die statistische Verteilung des Suizides und die unterschiedlichen Suizidmethoden werden im nächsten Kapitel behandelt. Dazu werden die wissenschaftlichen Beiträge von unterschiedlichen ForscherInnen, welche sich mit dieser Thematik auseinandersetzen, dargestellt.

Der Themenschwerpunkt im nächsten Kapitel sind die Risikogruppen sowie die Ursachen für suizidale Verhaltensweisen. Es werden die verschiedenen Risikogruppen sowie die unterschiedlichsten Ursachen beschrieben und anhand der wissenschaftlichen Literatur von unterschiedlichen ForscherInnen verglichen.

Das letzte Kapitel im theoretischen Abschnitt dieser Masterarbeit beschäftigt sich mit der Suizidprävention und den Schutzfaktoren gegen das suizidale Verhalten. Es werden verschiedene Ansätze der Suizidprävention beschrieben und im Rahmen der Schutzfaktoren werden aktuelle Studien zu diesem Thema vorgestellt.

Der zweite Abschnitt der Masterarbeit beschäftigt sich mit einer empirischen Befragung, die ich unter Studierenden durchgeführt habe. Zuerst werde ich das Ziel meiner Untersuchung beschreiben und dann die von mir aufgestellten Fragestellungen sowie Hypothesen darstellen. Anschließend wird das Messinstrument bzw. der von mir zusammengestellte Fragebogen beschrieben und erläutert.

Im darauffolgenden Kapitel werde ich beschreiben, wie ich die Befragung unter den Studierenden durchgeführt habe und welche Merkmale die erhobene Stichprobe aufweist. Danach erkläre ich die Auswertung der Daten im SPSS und die dafür notwendigen Arbeitsschritte.

Die Ergebnisse meiner Erhebung werden im nächsten Kapitel präsentiert. Zuerst werden die Cronbach's Alpha Werte der Skalen sowie die Trennschärfen der zugehörigen Items dargestellt und danach werden die erhobenen soziodemographischen Daten in graphischer Form präsentiert. Die erhobenen soziodemographischen Daten sind das Alter, das Geschlecht, die Herkunft, die Fakultätszugehörigkeit, das Vorhandensein einer Partnerschaft und die Berufstätigkeit neben dem Studium. Die gewonnenen Ergebnisse werden unter den jeweiligen Darstellungen genauestens beschrieben.

Anschließend werden die Korrelationen der unterschiedlichen Skalen und der soziodemographischen Daten in einer Tabelle dargestellt. Danach werden die aufgestellten Hypothesen anhand der Korrelationen sowie einer multiplen linearen Regressionsanalyse geprüft und deren Ergebnisse beschrieben.

Das Folgekaptitel dient im Anschluss dazu, die Ergebnisse der empirischen Erhebung zusammenzufassen und zu diskutieren.

THEORETISCHER TEIL

2. Die wichtigsten wissenschaftlichen Begriffe und ein Überblick bezüglich des Umgangs mit dem Phänomen der Suizidalität

2.1 Suizidalität

Es gibt laut Dr. Volker Faust keine richtig anerkannte Definition von Suizidalität, die dieses Phänomen in seiner ganzen Bandbreite abdeckt. Es gibt lediglich Definitionsvorschläge, welche versuchen, den Begriff der Suizidalität zu erklären. Eine mögliche Definition wäre, dass man unter Suizidalität jene Funktionen und Kräfte versteht, die auf die Selbstvernichtung des eigenen Lebens abzielen. Unter Suizidalität kann man aber auch einen Moment der seelischen Entwicklung verstehen, wo ein betroffener Mensch die momentane Situation des eigenen Lebens als hoffnungslos und ausweglos erlebt. Genauso schließt der Begriff der Suizidalität alle Denk-, Verhaltens- und Erlebensweisen von Menschen ein, die durch ein aktives Handeln den eigenen Tod anstreben oder den Tod als die Folge einer vollzogenen Handlung in Kauf nehmen. Suizidalität ist grundsätzlich bei allen Menschen möglich, wobei sie jedoch vermehrt bei psychosozialen Krisen und bei psychischen Erkrankungen auftritt. Bei der Suizidalität handelt es sich um ein bewusstes Denken und Handeln, das auf eine Person oder auf ein Lebenskonzept zielt. Dadurch soll etwas verändert werden, wie z.B. die Umwelt oder die eigene Beziehung zur Umwelt. In den meisten Fällen ist die Suizidalität kein Ausdruck einer Freiheit bzw. einer Wahlmöglichkeit, sondern einer Einengung durch eine persönlich erlebte Not sowie durch psychische oder körperliche Befindlichkeiten (vgl. Faust 2008, S. 6f.).

Der Psychiater Paramala Santosh hat sich mit der Thematik der medikamentenbezogenen Suizidalität auseinandergesetzt. Unter medikamentenbezogener Suizidalität versteht man suizidbezogene Symptome, die während der Behandlungszeit mit einem Medikament auftreten. Dabei können sich bestehende Suizidgedanken verstärken oder neu auftretende Suizidgedanken dazukommen. Genauso können aufgrund der medikamentenbezogenen Suizidalität suizidales Verhalten und Suizidpläne entstehen. Es gibt aber nur einen kleinen Teil von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die durch die Einnahme von Antidepressiva eine medikamentenbezogene Suizidalität entwickeln (vgl. Santosh 2011, o.S.).

Im Bereich der Suizidalität kann man noch zusätzlich die akute Suizidalität unterscheiden. Das ist eine Form von Suizidalität, die plötzlich ausbricht und deshalb für die Betroffenen sehr gefährlich ist. Im Rahmen der akuten Suizidalität ist daher rasches Handeln gefragt, da es bei der akuten Suizidalität darum geht, sie zu erkennen, zu verstehen und schnell darauf zu reagieren.

Zusätzlich kann man noch die sogenannte anhaltende bzw. chronische Suizidalität unterscheiden. Dieser Begriff wurde bisher noch nicht verbindlich definiert und ist deshalb im Bereich der Forschung noch ziemlich unklar. Gemeint ist mit diesem Begriff eine eher hoffnungslose sowie lebensverneinende Einstellung, die einen überdauernden Charakter aufweist (vgl. Faust 2008, S. 9).

2.2 Suizidphantasien und Suizidgedanken

Adrian Holderegger ist Professor für Theologische Ethik an der Katholisch Theologischen Fakultät der Universität Freiburg und hat sich im Rahmen seiner Forschungen mit dem Begriff der Suizidphantasien auseinandergesetzt. Das Auftreten von Suizidphantasien ist ein erster Hinweis für eine bestehende Suizidgefahr bei der jeweiligen betroffenen Person. Die suizidgefährdete Person findet sich in der Realität immer weniger zurecht und kann sich kaum mehr damit abfinden. Dadurch entstehen Phantasien, welche die Methode der auszuführenden Suizidhandlung beinhalten.

Wenn sich die betroffene Person in einem Stadium des aktiven Überlegens befindet, sind die Suizidphantasien noch steuerbar. In einem späteren Stadium der suizidalen Entwicklung drängen sich diese Suizidphantasien passiv auf und überschwemmen die gesamte Gefühlswelt der betroffenen Person. Dieser Zustand muss als ein besonderes Alarmzeichen betrachtet werden, da es sehr schnell zu Suizidimpulsen kommen kann, die von der betroffenen Person überraschend in die Tat umgesetzt werden (vgl. Holderegger 2002, S. 27f.).

Für die klinischen Psychologinnen und Psychotherapeutinnen Helga Käsler sowie Brigitte Nikodem können Suizidphantasien auch bei Menschen auftreten, die nicht suizidgefährdet sind. Die Suizidphantasien bei diesen Personen bleiben dann meistens nur in den Gedanken bestehen. Wenn jedoch ein Mensch unglücklich ist, können die Suizidphantasien stärker werden, da sich der betroffene Mensch total eingeengt fühlt. Sehr viele Menschen mit Suizidphantasien wollen eigentlich nicht sterben, sondern nur aus einer schlimmen Situation entkommen. Wenn es den betroffenen Personen jedoch nicht gelingt, an

der eigenen Situation etwas zu ändern, können aus Suizidphantasien ernsthafte Pläne entstehen, die in der Realität von den Betroffenen möglicherweise umgesetzt werden (vgl. Käsler/Nikodem 1996, S. 77f.).

Für die österreichische Psychologin Barbara Juen kommen Suizidgedanken vor allem im Jugendalter besonders häufig vor, wobei gelegentlich auftretende Suizidgedanken zu keinem Suizidversuch führen müssen. Ob es zu einem Suizidversuch kommt, hängt in erster Linie davon ab, inwiefern die betroffenen Jugendlichen auf eine Bandbreite von möglichen Bewältigungsstrategien flexibel zurückgreifen können. Sollten die betroffenen Jugendlichen nur wenige Bewältigungsstrategien kennen, ist das Risiko für einen Suizidversuch bedeutend höher (vgl. Juen/Warger 2009, o.S.).

2.3 Suizidversuche

Bei einem Suizidversuch steht in häufigen Fällen nicht das Verlangen zu sterben im Vordergrund, sondern der Wunsch etwas am eigenen Leben zu ändern, da man nicht mehr so weiterleben möchte wie bisher. Das trifft auch auf Kinder, Jugendliche sowie junge Erwachsene zu, da sie ständig mit neuen Veränderungen bzw. Anforderungen konfrontiert sind. Wenn sie diese Veränderungen bzw. Anforderungen nicht bewältigen können, kann für sie der Tod eine Art Ausweg aus dieser Situation darstellen. Ein Suizidversuch ist daher oft ein Hilfeschrei und eine verzweifelte Suche nach Zuwendung.

Ein Suizidversuch beginnt meistens mit dem Wunsch nach Ruhe und einer Unterbrechung des Lebens. Anschließend kommt es bei den Betroffenen zu Suizidgedanken, Suizidplänen sowie Todeswünschen, die sich zu einer selbstschädigenden und lebensbedrohlichen Handlung entwickeln können. Suizidpläne bzw. Suizidversuche sind fast immer ein Anzeichen für eine große Not, in der sich die betroffene Person derzeit befindet. Ein Mensch, der sich fest entschlossen hat zu sterben, befindet sich in einer akuten sowie lebensbedrohlichen Krise (vgl. Becker 2013, o.S.).

2.4 Suizid und suizidale Verhaltensweisen

Bei einem Suizid handelt es sich um eine vorsätzlich angestrebte sowie gelungene Selbsttötung eines Menschen, welche durch eine zielgerichtete Handlung erfolgt. Diese Handlung erfolgt mit bewusster Absicht sowie durch die bewusste Intention zu sterben (vgl. Schmidtke/Schaller 2013, S. 16).

Laut Dr. Volker Faust, der im Bereich der psychosozialen Gesundheit tätig ist, ist der Suizid eine selbstverursachte sowie eine selbstschädigende Handlung. Das Ziel dieser Handlung ist der Tod, da bei der betroffenen Person, welche diese Handlung durchführt, ein hoher Todeswunsch vorhanden ist. Die betroffene Person hat dabei die Erwartung bzw. den Glauben, dass sie mit der angewendeten Suizidmethode ihr Todesziel erreicht (vgl. Faust 2008, S. 8).

Es gibt laut Eva Maria Krebs-Roubicek, welche sich mit der Suizidalität im Alter beschäftigt hat, generelle Suizidhinweise, die bei betroffenen Personen beachtet werden müssen. Suizidhinweise wären beispielsweise frühere Suizidversuche, die bereits von der betroffenen Person unternommen wurden. Diese werden jedoch oft von den betroffenen Personen und ihren Familien verheimlicht. Genauso können Suizide in der Familie oder in der näheren Umgebung ein Hinweis für eine erhöhte Suizidgefährdung sein (vgl. Krebs-Roubicek 1988, S. 191).

Gert Egle hat sich mit der Thematik des suizidalen Verhaltens auseinandergesetzt. Für ihn ist das suizidale Verhalten ein Oberbegriff für die verschiedenen Befindlichkeiten eines Individuums, die das Leben eines Menschen aufgrund eines möglichen Todes durch eigene Aktivitäten berühren. Der Begriff des suizidalen Verhaltens wird deshalb auch synonym mit dem Begriff der Suizidalität verwendet. Das suizidale Verhalten beinhaltet Suizidendenzen, wie beispielsweise Suizidgedanken oder Suizidabsichten sowie suizidale Handlungen. Heutzutage wird das suizidale Verhalten als ein multifaktorielles Geschehen betrachtet, welches verschiedene Ursachen und Auslöser hat (vgl. Egle 2013, o.S.).

2.5 Zwei Sichtweisen bezüglich des Umgangs mit dem Phänomen der Suizidalität

Gabriele Leitzinger, Britta Schmaddebeck und Isabel Beuchel haben sich mit der Suizidalität im Alter beschäftigt und widmen sich in ihrem Artikel auch der geschichtlichen Entwicklung des Suizides. Bereits im Altertum waren Selbstmordphantasien bzw. Selbstmordideen weit verbreitet, da man den Suizid nicht als Schuld betrachtet hat. Im frühen Rom war die Qualität des Lebens viel wichtiger als die Dauer des Lebens. Für einen hochgebildeten Menschen im frühen Rom war es vor allem wichtig möglichst gut zu leben anstatt möglichst lange zu leben. Im 4. Jahrhundert kam es im Einflussbereich der römisch katholischen Kirche zu einer Umwälzung, da sich der gebildete Kirchenlehrer Augustinus gegen den Selbstmord gestellt und den Suizid als eine kriminelle Handlung beurteilt hat, die streng bestraft werden müsse. Der Suizid war etwas Verpönte, da er als Frevel gegen Gott gesehen wurde. Innerhalb von anderen Kulturen gab es verschiedene Sichtweisen bezüglich des Suizides. In Japan beispielsweise wurde der Suizid in die nationale Tradition eingebettet und im Islam ist der Suizid strengstens verboten, da das Leben unantastbar ist. Ein Mensch darf nicht über das Ende der eigenen Lebenszeit bestimmen (vgl. Leitzinger/Schmaddebeck/Beuchel 1994, S. 128).

Nach den Forschungen von Dr. Volker Faust hat es das suizidale Denken und Verhalten in der Geschichte der Menschheit schon immer gegeben. Das Phänomen der Suizidalität kommt in allen Völkern und in allen Kulturen vor, wobei man aber nicht genau sagen kann, ob der Vorzeitmensch bereits Erfahrungen mit dem Suizid gemacht hat. Bis zum Ende des Mittelalters haben die Menschen geglaubt, dass eine suizidale Handlung im Jenseits bestraft wird, wobei sich die Position der christlichen Kirche im Lauf der Jahrhunderte verändert hat. Am Anfang hatte man Verständnis, wenn sich jemand das Leben genommen hat und deshalb erfolgte darüber auch kein Urteil. Schließlich wurde ein Mensch, der sich das Leben genommen hat, von der christlichen Kirche verurteilt, indem man dem betroffenen Menschen sogar die Bestattung verweigert hat. In der Renaissance und in der frühen Neuzeit war der Suizid ein Akt der menschlichen Willensfreiheit oder wurde als ein Anzeichen für eine ernstzunehmende Krankheit betrachtet (vgl. Faust 2008, S. 4).

Im Jahr 1851 hat der Philosoph Arthur Schopenhauer den Suizid nicht als Krankheit gesehen, da ein Mensch, der sich das Leben nehmen will, eigentlich leben möchte und daher nur unzufrieden mit der momentanen Lebenssituation ist. Ein suizidgefährdeter Mensch kann die

Bedingungen des eigenen Lebens nicht mehr ertragen. Arthur Schopenhauer war der Meinung, dass der Mensch ein Recht auf die Verfügbarkeit des eigenen Lebens hat (vgl. Leitzinger/Schmaddebeck/Beuchel 1994, S. 128f.).

Innerhalb der Wende vom 19. zum 20. Jahrhundert wurde zwischen der Suizidalität aufgrund einer psychischen Erkrankung sowie aufgrund einer persönlichen Krisensituation unterschieden. Im 19. Jahrhundert gab es bereits eine aufstrebende psychiatrisch-psychotherapeutische sowie soziologisch orientierte Suizidologie, die sich mit Krankheitskonzepten sowie mit therapeutischen Empfehlungen beschäftigte. Vor allem wurden zu dieser Zeit psychologische, soziale und biologische Komponenten diskutiert, wobei man aber auch zwischen Ursache und Motiv einen Unterschied gemacht hat. Als Ursache wird eine abnorme seelische Verfassung zum Zeitpunkt des Suizides bezeichnet. Das Motiv ist der Beweggrund für den Suizid und daher ein eher individuelles Phänomen. In der heutigen Zeit werden innerhalb der Suizidforschung sowohl medizinische als auch psychosoziale Aspekte berücksichtigt (vgl. Faust 2008, S. 4f.).

3. Eine Darstellung unterschiedlicher Suizidtheorien sowie die Entwicklungsstadien einer Suizidhandlung

3.1 Die psychoanalytische Suizidtheorie

Der bekannteste Vertreter der psychoanalytischen Suizidtheorie ist Sigmund Freud, der behauptet hat, dass mit dem Suizid eigentlich ein Mord begangen wird. Wenn eine Person einen gleichermaßen geliebten sowie gehassten Menschen verliert, wird die Aggression gegenüber diesem Menschen nach innen verlegt. Sollten diese Hassgefühle im Inneren stärker werden, wird sich die betroffene Person im Endeffekt das Leben nehmen. Die Ursache für einen Suizid nach Sigmund Freud ist Trauer bzw. Melancholie.

Innerhalb der psychoanalytischen Suizidtheorie kann man auch noch die psychoanalytische Narzissmustheorie unterscheiden. Der Vertreter dieser Theorie ist der Psychoanalytiker Heinz Henseler, der eine suizidgefährdete Person als eine verunsicherte Persönlichkeit mit labilem Selbstwertgefühl gesehen hat. Die Selbsteinschätzung einer suizidgefährdeten Person schwankt ständig zwischen starken Minderwertigkeitskomplexen und krankhaften Größenphantasien. Hinter einem Ich, das schwach geliebt ist, steht ein stark überhöhtes Ich-Ideal, das für die suizidgefährdete Person unerreichbar ist. Die Folge dieser Unerreichbarkeit ist ein Gefühl des Scheiterns bzw. des Versagens, wodurch es zu einer narzisstischen Katastrophe kommt, die unbedingt abgewehrt werden muss, da es ansonsten zur Zerstörung des eigenen Ichs kommt (vgl. Leitzinger/Schmaddebeck/Beuchel 1994, S. 133).

3.2 Die soziologische Suizidtheorie

Der Soziologe Èmile Durkheim ist der bekannteste Vertreter der soziologischen Suizidtheorie. Seiner Ansicht nach ist der Zustand der jeweiligen Gesellschaft für den Suizid eines Individuums verantwortlich. Er beschreibt den egoistischen Suizid, den altruistischen Suizid, den anomischen Suizid und den fatalistischen Suizid.

Nach Èmile Durkheim entsteht der egoistische Suizid aus einem Mangel an Gemeinschaftsbewusstsein, da der Mensch ein soziales Wesen ist und einen Lebenssinn benötigt. Der Lebenssinn ist jedoch nur spürbar und erfüllbar, wenn man als Mensch die Zugehörigkeit zur Gesellschaft bzw. zu einer Gruppe erfährt. Je stärker sich ein Mensch mit einer Gruppe verbunden fühlt, desto besser kann die Gruppe dazu beitragen, einen Lebenssinn

zu geben und persönliche Krisen zu überwinden. Das Problem dabei ist jedoch, dass sich die gesellschaftlichen Strukturen in vielfältiger Art und Weise verändern, indem z.B. die Scheidungsrate ansteigt, viele Kinder als Einzelkinder aufwachsen und viele Eltern über keine positiven Erziehungsziele mehr verfügen. Durch den Gemeinschaftsmangel wird als Folge ein Mangel an Lebenssinn erfahren, da viele Kinder und Jugendliche das Gefühl für Verbundenheit verloren oder auch nie entwickelt haben. Vor allem in Krisensituationen kann das Eingebundensein in eine intakte Gemeinschaft, wie z.B. die Familie, den Freundeskreis oder die Schule, vor suizidalen Handlungen bewahren.

Es gibt Familien, die keinen oder nur sehr wenig Freiraum bieten, um ein eigenständiges Ich zu entwickeln. Das kann für den Menschen sehr schädlich sein, da es kaum eine Gelegenheit gibt, sich als eigenständiges Individuum zu erleben. Vor allem kommt diese Problematik in Familien vor, wo sich die einzelnen Familienmitglieder in starken Abhängigkeiten zueinander befinden, da jedes Familienmitglied nur mehr für die Familie lebt. Dadurch entsteht bei den einzelnen Familienmitgliedern ein enormer Druck, der im Laufe der Zeit so stark werden kann, dass es zu Suizidversuchen kommt. Diese Form des Suizides wird als altruistischer Suizid bezeichnet, da man sich für andere Menschen aufopfert.

Der anomische Suizid hat nach Émile Durkheim mit der Bedürfnis- und Triebstruktur des Menschen zu tun. Jeder Mensch kommt mit einer entsprechenden Anzahl von Bedürfnissen auf die Welt, wie z.B. das Bedürfnis nach Essen, Trinken, Schlafen oder nach Sicherheit, Geborgenheit und Liebe. Genauso hat der Mensch aber auch ein Bedürfnis nach Geltung, Macht und Selbstverwirklichung, wobei diese drei Bedürfnisse unbegrenzt sind und deshalb einen klaren Rahmen benötigen. Kinder und Jugendliche sind jedoch noch nicht richtig in der Lage, sich selbst Grenzen zu setzen, weshalb verbindliche Normen von außen notwendig sind. In der Regel haben Kinder und Jugendliche aber ein großes Bedürfnis nach eigenen Grenzen, da ihnen dadurch Sicherheiten und klare Strukturen geboten werden. Wenn dieses Bedürfnis jedoch nicht erfüllt wird, kann es genauso zu Suizidgedanken bzw. zu Suizidversuchen kommen. Deshalb ist es für Kinder und Jugendliche wichtig, dass sie einer sozialen Gruppe angehören, wo Grenzen, Werte und Normen vermittelt werden.

Der fatalistische Suizid ist das Gegenstück zum anomischen Suizid, da der fatalistische Suizid die Auswirkung einer zu starken Regulierung und Disziplinierung innerhalb der Gesellschaft darstellt. Die betroffenen Personen sind einem sehr starken Druck ausgesetzt, der aufgrund von materiellen oder moralischen Gegebenheiten entstehen kann. Vor allem im Bereich der Erziehung kann dieser starke Druck vorkommen, da es viele Kinder gibt, die vernachlässigt oder überbehütet werden. Es ist aber genauso in der heutigen Gesellschaft möglich, dass man

den Kindern Halt gibt, indem sie in einer Gemeinschaft aufwachsen, wo gemeinsames Handeln und eine liebende Zuwendung mit angemessenen Grenzen an der Tagesordnung stehen (vgl. Käsler/Nikodem 1996, S. 55ff.).

3.3 Die logotherapeutische Suizidtheorie

Der Vertreter der logotherapeutischen Suizidtheorie ist der bereits verstorbene Neurologe und Psychiater Viktor Frankl, der den Suizid auf der kognitiven Ebene zu erklären versuchte. Er verglich Lebensgeschichten von Menschen, die ähnlich verlaufen sind und stellte dabei fest, dass es Menschen gibt, die an einem vermeintlich aussichtslosen Schicksal scheitern und dadurch Suizid begehen. Genauso gibt es aber auch Menschen, die ihr vermeintlich aussichtsloses Schicksal bewältigen können und daran sogar wachsen sowie reifen. Das Hauptproblem von suizidgefährdeten Menschen ist, dass sie nicht wissen, welcher Sinn hinter dem Leiden steht und wie sie damit positiv umgehen können. Nach Viktor Frankl würde es zu keinem Suizid kommen, wenn die betroffenen Personen eine Art Sinn in ihrem Leben entdecken würden (vgl. Leitzinger/Schmaddebeck/Beuchel 1994, S. 134).

3.4 Die lerntheoretische Suizidtheorie

Das erlernte Verhalten spielt in der Suizidthematik eine große Rolle, da es auf die Methode, den Moment und den Ort der Suizidhandlung einen entsprechenden Einfluss hat. Der Sozialwissenschaftler Bodo de Vries geht davon aus, dass es zu einer suizidalen Handlung aufgrund einer emotionalen Unruhe kommt. Durch diese Unruhe entstehen Suizidphantasien, die zu einem Selbsttötungsversuch führen können. Dabei spielen die Imitation, die Vorwegnahme einer Verstärkung sowie das operante Lernen eine entscheidende Rolle (vgl. Leitzinger/Schmaddebeck/Beuchel 1994, S. 134).

Aus lerntheoretischer Sicht kann es zu einer suizidalen Krise kommen, wenn ein Mensch mit einer Situation konfrontiert wird, für die er noch kein handfestes Verhaltensrepertoire erlernt hat. Eine suizidale Krise kann bei Erlebnissen eintreten, die als zu schnell, zu schmerzhaft, zu selten oder als zu schwer bewältigbar wahrgenommen werden. Genauso kann ein Verlust der Einflussmöglichkeit auf die eigene Umwelt suizidales Verhalten auslösen, da der Mensch sicherheitsbedürftig ist und die eigene Umwelt stets kontrollieren möchte (vgl. Käsler/Nikodem 1996, S. 66).

3.5 Die Entwicklungsstadien einer Suizidhandlung

Der Psychiater Walter Pödlinger beschreibt die suizidale Entwicklung anhand von drei Stadien, die schrittweise durchlaufen werden. Er unterscheidet das Stadium der Erwägung, der Abwägung und das Stadium des Entschlusses. Beim Stadium der Erwägung wird aufgrund von psychodynamischen Faktoren, wie beispielweise soziale Isolierung, Stress oder Identitätsverletzung, ein Suizid von der betroffenen Person in Erwägung gezogen. Dabei wird die betroffene Person sehr stark von Modellen aus der Umwelt beeinflusst, wie z.B. von Suiziden in der Familie oder bei Bekannten. Diese Modelle werden nicht nachgeahmt, aber sie bilden Wissensbrennpunkte über die Möglichkeit einer suizidalen Handlung. Eine suizidale Erwägung kommt innerhalb der Gesellschaft recht häufig vor.

Das Stadium der Abwägung ist durch eine starke Ambivalenz zwischen konstruktiven und destruktiven Tendenzen gekennzeichnet. Die betroffene Person schwankt zwischen einem starken Lebenswillen und einem Bedürfnis nach dem eigenen Tod. Diese Unschlüssigkeit ist der eigentliche Hauptgrund für die Ankündigung von Suizidabsichten, welche aber innerhalb der Gesellschaft kaum ernst genommen werden. Hinter der Suizidankündigung verbergen sich ein Hilferuf sowie ein Versuch der Kontaktaufnahme im eigenen Umfeld. Am Ende dieses Stadiums können bei der betroffenen Person Suizidtendenzen oder Suizidversuche auftreten.

Im Stadium des Entschlusses kommt es schließlich zu einer Entscheidung, da von der betroffenen Person bereits Vorbereitungen für den eigenen Suizid getroffen werden. Diese Vorbereitungen werden aber verheimlicht, damit die betroffene Person im eigenen Umfeld nicht auffällt und als ruhig wahrgenommen wird. Es werden die nötigen Schritte geplant und schließlich kommt es zu einem Suizidversuch bzw. zu einer erfolgreichen Suizidhandlung (vgl. Oerter/Montada 2002, S. 303f.).

3.6 Das präsuizidale Syndrom

Im Jahr 1948 hat der Facharzt für Psychiatrie und Neurologie Erwin Ringel das erste Selbstmordverhütungszentrum in Wien gegründet. Mit der dortigen Polizei hat er eine Abmachung getroffen, dass die Menschen, welche mit Medikamenten oder Leuchtgas einen Selbstmordversuch unternommen haben, in die Entgiftungsstation gebracht wurden. Nachdem Erwin Ringel eine große Anzahl von Menschen mit Selbstmordversuchen untersucht hatte, beschrieb er im Jahr 1953 das sogenannte präsuizidale Syndrom. Das suizidale Verhalten ist nach Erwin Ringel mehrfaktoriell bedingt, weshalb das präsuizidale Syndrom den

gemeinsamen Nenner zwischen psychischen Zuständen und Suizidhandlungen darstellt. Das präsuizidale Syndrom baut sich auf drei großen Symptomen auf, welche als Einengung, gerichtete Aggression auf die eigene Person und als Selbstmordphantasien bezeichnet werden. Die Einengung kann situativ, dynamisch, zwischenmenschlich und wertspezifisch erfolgen. Hinsichtlich der Selbstmordphantasien beschäftigt sich die suizidale Person zuerst vage, aber dann immer konkreter mit der Möglichkeit des Selbstmordes. Nach Erwin Ringel ist jede selbstmordgefährdete Person ein zutiefst frustrierter Mensch, der von Aggressionen beherrscht wird, aber nicht imstande ist, diese Aggression nach außen abzureagieren. Deshalb richtet ein selbstmordgefährdeter Mensch die Aggression gegen sich selbst (vgl. Stangl 2012, o.S.).

4. Die statistische Verteilung und Häufigkeit von Suiziden und Suizidversuchen sowie unterschiedliche Suizidmethoden

4.1 Ein Überblick über die statistische Verteilung und Häufigkeit des Suizides

Für den Arzt Hellmuth Braun-Scharm, der im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie tätig ist, sind die Suizidversuchsrate bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen am höchsten, wobei diese dann aber im Laufe der Zeit kontinuierlich abnehmen. Dahingegen steigen die Suizidrate mit dem zunehmenden Alter an, wodurch man sagen kann, dass das Jugendalter durch eine hohe Rate von Suizidversuchen und durch eine niedrige Rate von Suiziden gekennzeichnet ist (vgl. Braun-Scharm 1996, S. 18).

Der Universitätsprofessor Peter Rossmann ist im Bereich der Integrationspädagogik sowie der Heilpädagogischen Psychologie tätig und hat sich deshalb auch mit der Thematik des suizidalen Verhaltens beschäftigt. Laut den Forschungen in diesem Bereich sind Suizide in Europa derzeit die zweithäufigste Todesursache bei Jugendlichen und das Suizidrisiko ist stark vom jeweiligen Lebensalter abhängig. In der Altersgruppe der 15- bis 24-Jährigen ist die Suizidrate ziemlich hoch, wobei vor allem Jungs und junge Männer ungefähr viermal so häufig einen Suizid begehen als Mädchen und junge Frauen. Die Suizidrate steigen im Laufe der Lebensspanne weiter an und erreichen bei 75 Jahren ihren Höhepunkt. Die offiziell erfassten Zahlen von durchgeführten Suiziden liegen im Durchschnitt vermutlich etwas zu niedrig, da sich auch hinter vielen Todesfällen, wie z.B. hinter Verkehrsunfällen, Badeunfällen oder versehentlichen Medikamentenüberdosierungen, unerkannte Suizide verbergen können.

Etwa zwei Drittel der Suizidversuche, welche auch zur Kenntnis genommen werden, sind von Personen des weiblichen Geschlechts durchgeführt worden. Vorliegende Studien haben bestätigt, dass die Parasuizidrate um ein Vielfaches höher sind als die Suizidrate. Im europäischen Raum wird bei den 15- bis 24-jährigen Mädchen eine Parasuizidrate von 283 und bei den 15- bis 24-jährigen Jungen sowie Männern eine Parasuizidrate von 168 geschätzt. Es muss angenommen werden, dass ungefähr 3 % der Frauen und 2 % der Männer zumindest einmal im Leben wegen eines Suizidversuches medizinisch behandelt werden (vgl. Rossmann/Reicher 2008, S. 276f.).

Marc Oliver Grupp hat eine Dissertation über suizidales Verhalten geschrieben, in der er aufgrund seiner Forschungen herausgefunden hat, dass weltweit ca. 1 000 000 Menschen durch einen Suizid jährlich sterben. Im Jahr 2000 sind ungefähr 815 000 Menschen durch einen Suizid umgekommen, wodurch man sagen kann, dass in diesem Jahr alle 40 Sekunden ein Suizid begangen worden ist. Die Länder mit der höchsten Suizidrate sind Litauen, Russland, Weißrussland, Lettland, Ukraine, Ungarn, Sri Lanka, Slowenien, Kasachstan, Estland, Japan und Finnland.

Innerhalb der Europäischen Union begehen jährlich etwa 58 000 Menschen einen Suizid, wobei die meisten dieser Suizidopfer an starken Depressionen leiden. Es gibt europäische Länder, wo die Suizidzahlen sinken, stagnieren oder auch ansteigen (vgl. Grupp 2009, S. 11f.).

4.2 Die unterschiedlichen Suizidmethoden

Die häufigste Suizidmethode nach Volker Faust ist das Erhängen, da beispielsweise in Deutschland über die Hälfte der Männer und ein Drittel der Frauen diese Methode wählen. An zweithäufigster Stelle wird die Methode der Vergiftung gewählt und an dritthäufigster Stelle wählen vor allem Männer die Verwendung von Schusswaffen und Frauen den Sturz aus der Höhe sowie den Sturz vor einen Zug oder ein Auto (vgl. Faust 2008, S. 4).

Bei den Suizidmethoden gibt es laut Hellmuth Braun-Scharm eine sogenannte Faustregel, da von jungen und weiblichen Personen vor allem weiche Suizidmethoden, wie z.B. die Einnahme von Tabletten, angewendet werden. Die sogenannten harten Suizidmethoden, wie z.B. das Erschießen, werden hauptsächlich von älteren und männlichen Personen genutzt. Innerhalb der letzten Jahre haben sich die Geschlechter in der Wahl der Suizidmethode ziemlich angenähert, wobei das Muster mit den weichen und harten Methoden aber nach wie vor existiert. Vor allem junge Menschen, die sich das Leben nehmen wollen, greifen heutzutage auf eine ausgesprochen harte Methode zurück, die man als Eisenbahnsuizide bezeichnet (vgl. Braun-Scharm 1996, S. 18f.).

Susann Furrer und Reto Widmer haben sich mit den suizidalen Handlungen innerhalb der westlichen Gesellschaften beschäftigt. Für sie gibt es verschiedene Methoden, wie man einen Suizid begehen kann. Diese Methoden sind Erhängen, Erwürgen, Vergiftung, Feuerwaffen, Schnitt-, Stich- und Hiebverletzungen, Ertrinken, ein Sprung aus der Höhe, elektrischer

Strom, Selbstverbrennung, Suizid im Straßen- und Schienenverkehr sowie die Methode des komplexen Suizides. Beim komplexen Suizid verübt eine betroffene Person Selbstmord, indem sie z.B. durch Tablettenkonsum und zusätzlich noch durch einen elektrischen Stromschlag in einer mit Wasser gefüllten Badewanne verstirbt (vgl. Furrer/Widmer 1997, o.S.).

Die Forscherin Annett Niklaus ist im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung tätig und hat sich auch mit den Suizidmethoden beschäftigt. Für sie stellen sich die betroffenen Personen häufig die Frage, ob es eine sichere Suizidmethode gibt, die schmerzfrei ist und die mit Sicherheit zum Tod führt. Es gibt aber keine sichere Suizidmethode, da jeder Suizidversuch misslingen kann und statt dem Tod zu einer lebenslangen Schädigung oder Behinderung führen kann (vgl. Niklaus 2016, o.S.).

5. Die Risikofaktoren hinsichtlich des suizidalen Verhaltens

5.1 Allgemeine Risikofaktoren sowie Risikogruppen für suizidales Verhalten

Ein Risikofaktor bzw. eine Risikogruppe für suizidale Handlungen oder für einen Suizid ist eine Gruppe, deren Suizid- oder Suizidversuchsziffer deutlich höher ist als die der Allgemeinbevölkerung bzw. der entsprechenden Alters- und Geschlechtsvergleichsgruppe. Aktuelle Forschungsuntersuchungen haben herausgefunden, dass eine psychische Erkrankung das Risiko suizidaler Handlungen deutlich erhöht. Ein besonders hohes Risiko für Suizide weisen Menschen auf, die depressiv, alkoholkrank, medikamentenabhängig sowie drogenabhängig sind. Genauso sind Menschen gefährdet, die bereits Suizidankündigungen gemacht oder bereits einen Suizidversuch unternommen haben. Zu dieser Risikogruppe zählen aber auch Menschen, die eine Persönlichkeitsstörung aufweisen.

Insbesondere Personen, die in Haft sind, können als suizidgefährdet angesehen werden, da vor allem in den ersten Tagen der Haft das Suizidrisiko ziemlich hoch ist. Forschungen haben gezeigt, dass der Suizid die häufigste Todesursache in Gefängnissen ist. Innerhalb der Forschung ist jedoch nach wie vor umstritten, ob homosexuelle Personen eine spezifische Risikogruppe darstellen, da es Studien gibt, die keine wesentliche Erhöhung der Suizidgefährdung bei homosexuellen Personen feststellen konnten (vgl. Schmidtke/Schaller 2013, S. 20ff.).

Man kann laut Paramala Santosh gewisse Warnzeichen für Suizidalität bei betroffenen Personen erkennen. Diese Anzeichen können sich auf der Ebene des Verhaltens oder auf der Ebene der Emotionalität entwickeln. Beispiele für Anzeichen im Verhalten sind Aussagen, dass das Leben nicht lebenswert ist oder dass man lieber tot sein möchte. Genauso können alarmierende Anzeichen der Rückzug von der eigenen Familie, das Abgeben des eigenen Besitzes, das Schreiben eines Testamentes, impulsive Handlungen oder auch selbstzerstörerische Verhaltensweisen sein. Emotionale Anzeichen sind Gefühle von Traurigkeit sowie Hoffnungslosigkeit, emotionale Labilität, Wut, Schuldgefühle oder auch Angst (vgl. Santosh 2011, o.S.).

Die Psychotherapeutin Doris Wolf schreibt in ihrem Artikel, dass es viele Gründe geben kann, warum ein Mensch sich das Leben nehmen möchte. Das Bedürfnis nach Zuwendung und Aufmerksamkeit ist bei vielen betroffenen Personen oft der Hauptgrund für einen Suizid bzw. für eine suizidale Handlung. In sehr vielen Fällen sehen betroffene Personen keinen Ausweg

aus einer schwierigen finanziellen Lage, aus Konflikten mit der Umwelt oder aus körperlichen sowie seelischen Erkrankungen. Die betroffenen Personen fühlen sich überfordert und den Problemen hilflos ausgeliefert, da sie der Meinung sind, dass sich die momentane Lebenssituation nie mehr verbessern wird. Deshalb ist ein Suizid bzw. eine suizidale Verhaltensweise ein Versuch, aus dieser scheinbar ausweglosen Situation zu entkommen (vgl. Wolf 2010, o.S.).

Gert Egle unterscheidet generell fünf Risikogruppen, welche besonders für suizidale Verhaltensweisen gefährdet sind. Zur Risikogruppe Nummer eins zählen Menschen, die unter jeglicher Art von Depressionen leiden. In die Risikogruppe Nummer zwei fallen Menschen, die alkoholkrank, medikamentenabhängig oder drogenabhängig sind. Der Grund dafür ist, dass ein Zustand der Betäubung in den meisten Fällen nur einen ersten Schritt bis zum endgültigen Weg in den Tod darstellt. Genauso spielen depressive Verstimmungen innerhalb der Risikogruppe Nummer zwei eine wesentliche Rolle, da diese oft der Anlass für einen Drogenmissbrauch sind oder auch in Phasen einer unfreiwilligen Abstinenz auftreten können. Vereinsamte Personen zählen zur Risikogruppe Nummer drei, die aufgrund der Vereinsamung sehr oft unter schweren Depressionen leiden.

Zur Risikogruppe Nummer vier zählen alte Menschen, bei denen Depressionen ebenfalls sehr häufig vorkommen. Bei älteren Menschen spielt die sogenannte Alterssuizidalität eine wesentliche Rolle, da diese sich oft innerhalb der Gesellschaft nutzlos und unwichtig fühlen. Zudem sind ältere Menschen mit zunehmenden Belastungen konfrontiert, die aufgrund von schweren körperlichen oder seelischen Krankheiten entstehen können. In die Risikogruppe Nummer fünf fallen jene Personen, die bereits einen Suizid angekündigt oder auch schon einen Suizidversuch unternommen haben (vgl. Egle 2013, o.S.).

Andreas Thalmeier hat sich in seiner Dissertation auch mit den Risikofaktoren von suizidalen Handlungen auseinandergesetzt. Nach seinen Forschungen ist der wichtigste Faktor im persönlichen Umfeld eines Menschen die Familie, welche soziale, emotionale und finanzielle Unterstützung bieten kann. Personen, die verheiratet sind, haben niedrigere Suizidraten als Personen, die geschieden oder verwitwet sind. Genauso sind soziale Kontakte zu FreundInnen, ArbeitskollegInnen und NachbarInnen von zentraler Bedeutung. Mehrere Studien haben gezeigt, dass suizidgefährdete Personen generell weniger soziale Kontakte besitzen bzw. pflegen. Für Suizidversuche bzw. Suizide sind genauso Personen mit gewissen Persönlichkeitsmerkmalen gefährdet. Zu dieser Gruppe zählen Personen, die aggressives

sowie impulsives Verhalten aufweisen und Personen, die ein erhöhtes Maß an Neurotizismus besitzen. Zudem sind Personen, die unter einer starken Hoffnungslosigkeit leiden, für Suizidversuche bzw. Suizide anfällig.

Negative Lebensereignisse können eine entscheidende Rolle dabei spielen, ob sich eine suizidgefährdete Person das Leben nimmt oder nicht. Das Entscheidende dabei ist nicht das negative Lebensereignis an sich, sondern die Art und Weise, wie die betroffene Person das Ereignis wahrnimmt und damit umgeht. Es gibt Menschen, die eine begrenzte Kapazität zum Lösen der eigenen Probleme haben, wodurch sie eher dazu tendieren, auf unerwünschte bzw. negative Ereignisse mit Hoffnungslosigkeit, Ärger oder Angst zu reagieren. Zu den negativen Lebensereignissen zählen vor allem Probleme in der Arbeit, Familienstreitigkeiten, körperliche Krankheiten, finanzielle Probleme, Trennungen oder der Tod eines Familienmitgliedes (vgl. Thalmeier 2007, S. 9ff.).

5.2 Die Frage nach dem Sinn des Lebens als Risikofaktor für suizidales Verhalten

Adrian Holderegger hat herausgefunden, dass sich suizidgefährdete Personen häufig die Frage nach dem Sinn des Lebens stellen. Vielen suizidgefährdeten Personen gelingt es nicht, eine befriedigende Antwort auf diese Frage zu finden, wodurch diese dann oft eine Suizidhandlung begehen. Mit der Frage des eigenen Lebenssinnes wird in sehr vielen Fällen ein entscheidendes Problem bei den betroffenen Personen umschrieben, bei dem es darum geht, was das Leben lebenswert macht und ob es einen Menschen im eigenen Leben gibt, der zuverlässig hinter einem steht. Die Frage nach dem Lebenssinn umschreibt den Wunsch nach Verbundenheit mit anderen Menschen sowie nach Gemeinsamkeitserfahrungen. Ein gelebter Glaube sowie eine echte religiöse Bindung können bei suizidgefährdeten Personen dazu beitragen, das eigene Leben besser zu verstehen. Allerdings kommt es auch bei tiefreligiösen Menschen zu Suiziden, da eine religiöse Betätigung kein Allheilmittel ist. Sogar eine starke religiöse Bindung kann einen Menschen nicht vor einem Suizid bewahren, da es im Menschen gestörte seelische Grundkräfte geben kann, die zu einer suizidalen Handlung führen können (vgl. Holderegger 2002, S. 86ff.).

5.3 Genetische Aspekte, die Verfügbarkeit von Mitteln und der Nachahmungseffekt als Risikofaktoren für suizidales Verhalten

Im Artikel von Peter Rossmann und Hannelore Reicher werden als Risikofaktor für suizidale Verhaltensweisen zusätzlich genetische Aspekte benannt. Durch Familien-, Zwillings-, Adoptions- und molekulargenetische Studien konnten Hinweise auf die Wirkung von genetischen Einflüssen herauskristallisiert werden. Beispielsweise sind die Konkordanzraten für Suizide und Suizidversuche bei eineiigen Zwillingen deutlich höher als bei zweieiigen Zwillingen. Von manchen ForscherInnen wird zudem vermutet, dass sich die Prädisposition für suizidales Verhalten in einer deutlichen Verminderung des Serotoninspiegels niederschlägt. Es konnte bereits festgestellt werden, dass suizidale Kinder und Jugendliche eine signifikant niedrigere Serotoninkonzentration aufweisen als Kinder und Jugendliche mit einer depressiven Erkrankung. Bei Kindern und Jugendlichen könnte deshalb auch ein Mangel an Serotonin für suizidale Verhaltensweisen verantwortlich sein.

Ein weiterer Risikofaktor für suizidale Verhaltensweisen ist die Verfügbarkeit von Mitteln, die einen Suizid unterstützen. Durch die Beobachtung von Kindern und Jugendlichen hat man herausgefunden, dass mit der leichten Erreichbarkeit von Schusswaffen sowie Medikamenten, die Wahrscheinlichkeit von suizidalen Verhaltensweisen höher ist. Deshalb wäre es vor allem für die Suizidprävention wichtig, dass man den Zugang zu Suizidmitteln beschränkt.

Der Nachahmungseffekt spielt bei suizidalen Verhaltensweisen auch eine entscheidende Rolle. Ein gutes Beispiel dafür ist der Roman *Die Leiden des jungen Werthers* von Johann Wolfgang von Goethe, in dem sich der junge Held nach einer unglücklichen Liebesgeschichte erschossen hat. Dies hat dazu geführt, dass sich viele junge Männer genauso wie Werther gekleidet und erschossen haben. Genauso kommt es durch die Darstellung von Suiziden in Spielfilmen zu Nachahmungssuiziden, wie z.B. durch die TV-Serie *Tod eines Schülers*, in der sich ein 19-Jähriger vor den Zug wirft und als Folge davon die Zahl der Eisenbahnsuizide unter Jugendlichen monatelang erhöht war. Zudem wirken groß aufgemachte Berichte in den Massenmedien wie eine Werbekampagne für suizidale Verhaltensweisen. Wenn man aber mit Berichten über Suizide in den Massenmedien vorsichtiger umgehen würde, ist die Chance groß, dass es zu einer Reduzierung von Nachahmungssuiziden kommt (vgl. Rossmann/Reicher 2008, S. 281ff.).

5.4 Die vier Ebenen von Risikofaktoren sowie die Unterscheidung der jeweiligen Altersgruppe

Gabriele Leitzinger, Britta Schmaddebeck und Isabel Beuchel unterscheiden hinsichtlich der Risikofaktoren des suizidalen Verhaltens vier Ebenen, die dabei eine entscheidende Rolle spielen. Sie unterscheiden die emotionale, soziale, körperliche und psychiatrische bzw. psychische Ebene. Auf der emotionalen Ebene sind die Risikofaktoren vor allem Unfallerlebnisse, eine Trennung von wichtigen Bezugspersonen, Vereinsamung und Isolation. Innerhalb der sozialen Ebene können Schwierigkeiten auftreten, wie beispielsweise finanzielle Probleme oder neue Lebensabschnitte. Die Risikofaktoren für suizidales Verhalten auf der körperlichen Ebene sind körperliche Behinderungen, somatische (insbesondere unheilbare) Erkrankungen und eine allgemeine Verschlechterung der physischen Konstitution. Auf der psychiatrischen bzw. psychischen Ebene können bei den betroffenen Personen Psychosen, Depressionen, Neurosen und Suchterkrankungen auftreten (vgl. Leitzinger/Schmaddebeck/Beuchel 1994, S. 132).

Für Armin Schmidtke und Sylvia Schaller sind die Risikofaktoren für suizidales Verhalten je nach Altersgruppe unterschiedlich. Bei den jüngeren Personen sind in den meisten Fällen Probleme im zwischenmenschlichen Bereich sowie Partnerverluste ausschlaggebend. Personen im mittleren Alter leiden häufig unter Partnerschaftsproblemen, Arbeitsplatzproblemen und unter finanziellen Problemen. Die Ursachen für suizidales Verhalten bei Personen im hohen Alter sind in den meisten Fällen psychische Erkrankungen, der Verlust des sozialen Netzwerkes, das Verlieren des Freundeskreises, die Probleme mit den eigenen Kindern, eine materielle Perspektivenlosigkeit sowie fehlende Aufgaben. Genauso kann die Angst vor Schmerzen sowie die Angst vor dem Verlust der eigenen Selbstbestimmung zu suizidalen Verhaltensweisen führen. Vor allem die Angst, dass man den eigenen Angehörigen zur Last fällt, ist ein häufiges Motiv für suizidales Verhalten (vgl. Schmidtke/Schaller 2013, S. 25).

5.5 Empirische Studien zu Risikofaktoren hinsichtlich des suizidalen Verhaltens

Eine Studie aus Deutschland, die im Jahr 2002 durchgeführt wurde, hat gezeigt, dass Menschen ohne Arbeit sowie Menschen, die unter Arbeitsplatzunsicherheiten leiden, anfällig für suizidale Verhaltensweisen sein können. Die Folgen von Arbeitslosigkeit sind soziale Benachteiligungen und gesundheitliche Probleme, wie z.B. die Erhöhung des systolischen Blutdrucks, Herzbeschwerden, Ein- und Durchschlafstörungen sowie Depressivität. Aus den Jahren 1998, 2000 und 2001 konnten Repräsentativerhebungen mit jeweils mehr als 1000 befragten Personen zeigen, dass Arbeitslose ängstlicher sowie depressiver sind als Personen, die eine Berufstätigkeit ausüben. Genauso weisen arbeitslose Personen eine Vielzahl von Körperbeschwerden auf und haben damit einen ungünstigeren Gesundheitszustand als Personen, die berufstätig sind.

An der deutschen Studie nahmen 420 Personen teil, welche von Mitte April bis Mitte Juli 2002 befragt wurden. Von den befragten Personen waren 198 männlich und 211 weiblich. Das Durchschnittsalter der befragten Personen betrug 29 Jahre. Es wurden standardisierte Instrumente für diese Studie verwendet, wie z.B. der HADS zur Erfassung von Angst und Depressivität oder der GBB-24 zur Messung von Körperbeschwerden. Mithilfe eines Items wurde der subjektive Gesundheitszustand der befragten Personen erhoben. Als Antwortmöglichkeiten standen *sehr gut, gut, zufrieden stellend, weniger gut und schlecht* zur Verfügung. Die Fragebögen wurden zu den befragten Personen nach Hause geschickt und von diesen anschließend wieder zurückgesendet. Die Ergebnisse haben gezeigt, dass 120 Personen bereits mehrmals arbeitslos waren und 157 Personen durchgehend beruflich tätig waren. Personen, welche ein Studium absolviert hatten, waren weniger arbeitslos als Personen, die kein Studium abgeschlossen hatten. Arbeitslose Personen sind generell unzufriedener mit dem politischen System, mit dem Einkommen und der Lebenssituation. Genauso weisen arbeitslose Personen ängstliche sowie depressive Symptome auf und der eigene Gesundheitszustand wird als wesentlich schlechter eingeschätzt. Vor allem Personen, die bereits länger als ein Jahr keine Arbeit mehr haben, sind für diese negativen Gesundheitsauswirkungen besonders anfällig (vgl. Berth/Förster/Brähler 2003, S. 555ff.).

In einer Studie von Cui S. und Cheng Y. wurde ein Zusammenhang zwischen gleichrangigen Beziehungen und Selbstmordversuchen unter chinesischen Jugendlichen erforscht, um die Hypothese zu überprüfen, dass gleichrangige Beziehungen und Selbstmordversuche etwas miteinander zu tun haben. Für diese Studie wurden 8778 chinesische Jugendliche befragt und

es wurden mäßige Effekte zwischen Einsamkeitsgefühlen und Selbstmordversuchen gefunden. Bei Problemen in gleichrangigen Beziehungen ist das Risiko für einen Selbstmordversuch unter chinesischen Jugendlichen höher, da positive Peer-Beziehungen ein wesentlicher Schutzfaktor für die Jugendlichen in China sind (vgl. Cui/Cheng 2010, o.S.).

Dennis M. und Wakefield P. haben eine Studie durchgeführt, in der 76 ältere Menschen zu den Themen Selbstmordabsicht, soziale Kontakte, Lebensereignisse und Schwierigkeiten befragt wurden. Vor allem jene älteren Menschen, die alleine bzw. isoliert leben und eine schlechte körperliche Fitness aufweisen, sind für Selbstmordabsichten gefährdet. Deshalb sind soziale sowie freundschaftliche Kontakte für ältere Menschen besonders wichtig, da diese die Lebensqualität und die Lebensfreude aufrecht erhalten können (vgl. Dennis/Wakefield 2007, o.S.).

In der Studie von Benedikt Till, Ulrich S. Tran und Thomas Niederkrotenthaler wurden 382 Personen zu den Themen Beziehungsstatus, Zufriedenheit in der Beziehung, Beziehungskonflikte sowie Selbstmordrisikofaktoren befragt. Das Ergebnis dieser Studie besagt, dass das Risiko für einen Suizid unter Singles höher ist, als unter Personen, die in einer glücklichen Partnerschaft leben. Genauso konnte durch diese Studie herausgefunden werden, dass Personen, die in einer unglücklichen Partnerschaft leben, ein höheres Suizidrisiko aufweisen, als Personen, die in ihrer Partnerschaft zufrieden sind (vgl. Till/Tran/Niederkrotenthaler 2016, o.S.).

6. Die Suizidprävention und die dafür wichtigsten Schutzfaktoren

6.1 Die Suizidprävention im Überblick

Im Rahmen der Suizidprävention ist es wichtig, dass suizidal-gefährdete Personen zu entsprechenden Therapieangeboten vermittelt werden, die zur Prävention von suizidalen Verhaltensweisen geeignet sind. Vor allem kognitiv-behaviorale Interventionen können zu einer Veränderung der kognitiven Aspekte beitragen, wie z.B. bei Hoffnungslosigkeit, zur Verbesserung von Problemlösefertigkeiten oder zur Vermittlung von Methoden der Stressbewältigung. Sollten bei betroffenen Personen Kommunikations- und Beziehungsprobleme vorhanden sein, kann eine interpersonelle Psychotherapie sowie eine Ehe- oder Familientherapie hilfreich sein. Bei Misshandlungs- bzw. Missbrauchsfällen ist in den meisten Fällen notwendig, dass das betroffene Kind aus der Familie herausgenommen wird. Ein genauso wichtiger Aspekt für eine gelingende Suizidprävention ist, dass Informationen über die Möglichkeiten der Behandlung und Beratung sowie die Ermutigung zu einer Kontaktaufnahme in Anspruch genommen werden.

Eine sehr wichtige Aufgabe im Rahmen der Suizidprävention ist der Einfluss auf die Berichterstattung in den Medien, damit Nachahmungssuizide möglichst verhindert werden können. Zusätzlich müssen Maßnahmen getroffen werden, durch welche die Erreichbarkeit von Suizidmitteln erschwert wird. Dazu gehört die Verhinderung des Zugangs zu Schusswaffen, zu Medikamenten, zu Alkohol und zu Drogen.

Ein ausgezeichneter Ort für die Suizidprävention ist die Schule, da dort eine große Zahl von Jugendlichen erreicht werden kann. Hierfür gibt es psychoedukative Aufklärungsprogramme, die sich an die LehrerInnen, Eltern oder auch an die SchülerInnen richten. Zusätzlich gibt es Methoden der direkten Fallfindung mit Hilfe von Screenings sowie die Durchführung von Interventionen in Gruppen.

Durch den Einsatz von psychoedukativen Mitteln werden durch Vorträge und Diskussionen die AdressatInnen über das Problem des Suizides informiert sowie für einschlägige Warnsignale sensibilisiert. Es gibt jedoch noch keine konkreten Hinweise dafür, dass diese Form von Suizidprävention auch wirklich eine positive Wirkung hinsichtlich der Suizidproblematik hat.

Mithilfe von Maßnahmen der direkten Fallfindung sollen gefährdete Kinder durch einen Screeningprozess direkt selektiert und zu entsprechenden Behandlungsangeboten weitervermittelt werden. Zuerst bekommen alle SchülerInnen kurze Fragebogentests zur Erfassung von Depressivität und suizidalen Tendenzen vorgegeben. Anschließend kommen

SchülerInnen, die bei diesen Tests auffallend hohe Werte erzielt haben, zu einem computergestützten diagnostischen Interview, wodurch dann entschieden wird, welche SchülerInnen von Fachleuten persönlich untersucht werden müssen. Die Akzeptanz von solchen Screeningmaßnahmen innerhalb von Schulen ist jedoch noch sehr gering.

In den Schulen werden flächendeckende Angebote von als hilfreich erachteten therapeutischen Interventionen für alle SchülerInnen wesentlich besser aufgenommen. Diese Programme werden in Gruppen durchgeführt und beinhalten die Verbesserung von Problemlösefertigkeiten, die Vermittlung von Methoden der Stressbewältigung, Entspannungsmethoden oder auch den Aufbau von sozialen Fertigkeiten (vgl. Rossmann/Reicher 2008, S. 284ff.).

Bei Selbstmordgedanken kann man laut Paramala Santosh genauso eine Suizidprävention betreiben, indem man sich professionelle Hilfe holt oder indem man das Alleinsein vermeidet. Zusätzlich sollte man mit einem vertrauten Menschen reden, Alkohol und Drogen vermeiden und sich von tödlichen Waffen fernhalten. Ein spezieller Trick, der bei Selbstmordgedanken genauso hilfreich sein kann, ist die Erkenntnis bzw. die Einstellung, dass Suizidgedanken einen temporären Zustand darstellen und deshalb wieder vergehen können (vgl. Santosh 2011, o.S.).

Nach den Forschungserkenntnissen von Katja Becker ist es nicht immer einfach einen Suizidversuch zu verhindern, da die Rückfallrate besonders in den ersten zwölf Monaten nach einem Suizidversuch besonders hoch ist. Während dieser Zeit sollte das betroffene Kind bzw. der betroffene Jugendliche über eine verlässliche Bezugsperson verfügen. Falls es zu einer Notfallsituation kommt, sollte unbedingt eine Kontaktmöglichkeit zu einem/r TherapeutIn oder einer Klinik bestehen.

Bei einer medikamentösen Behandlung muss darauf geachtet werden, dass keine potenziell gefährlichen Medikamente verschrieben werden, bei denen die Aufbewahrung und die Einnahme nicht sicher überwacht werden kann. Aus der unmittelbaren Umgebung der betroffenen Personen sollten außerdem Tabletten, Giftstoffe und Schusswaffen entfernt werden, damit es zu keiner impulsiven Handlung kommt. Genauso sollten psychische Erkrankungen längerfristig und konsequent von Fachkräften behandelt werden (vgl. Becker 2013, o.S.).

Die medizinische Primärversorgung spielt bei der Suizidprävention eine entscheidende Rolle, da die Mehrzahl der betroffenen Personen vor der Durchführung einer suizidalen Handlung mit Fachkräften aus der primären medizinischen Versorgung Kontakt aufnehmen. Dabei ist es jedoch oft schwierig zu unterscheiden, welche Personen mit Suizidgedanken den nächsten Schritt zur suizidalen Handlung wagen werden und welche nicht. Deshalb ist die Einschätzung der vorhandenen Risikofaktoren für Suizidalität von enormer Bedeutung, damit angemessene Interventionen eingeleitet werden können (vgl. Grupp 2009, S. 15).

Armin Schmidtke und Sylvia Schaller haben aus den bisher durchgeführten Untersuchungen hinsichtlich des suizidalen Verhaltens herausgefunden, dass für die Suizidprävention eine adäquate Behandlung affektiver Störungen sowie bei älteren Menschen palliativmedizinische Maßnahmen inklusive adäquater Schmerzbehandlung extrem wichtig sind. Dazu gehört aber auch, dass bei den betroffenen Personen die Angst vor Schmerzen reduziert und eine entwürdigende Behandlungsform verhindert werden muss (vgl. Schmidtke/Schaller 2013, S. 29).

6.2 Die Schutzfaktoren gegen suizidales Verhalten

Als Schutzfaktoren gegenüber suizidalen Verhaltensweisen gelten Selbstvertrauen, ein positives Selbstkonzept, Impulskontrolle sowie ein angemessener Umgang mit Gefühlen, wie z.B. Wut oder Angst. Zu den Schutzfaktoren zählen genauso ein flexibles Problemlöseverhalten, kommunikative Fähigkeiten sowie ein Gespür für soziale Verantwortung. Zusätzlich können sinngebende Verankerungen, eine positive Einstellung zum Leben, eine stabile Identitätsentwicklung und eine realistische Zukunftsplanung vor suizidalen Verhaltensweisen schützen. Eine wesentliche Rolle spielt dabei das Umfeld, in dem ein Kind aufwächst, da ein emotional warmes sowie strukturiertes Erziehungsklima und eine dauerhafte Beziehung zu wenigstens einer emotional stabilen erwachsenen Person wichtige Schutzfaktoren darstellen. Innerhalb der Familie sind auch Vorbilder sehr wichtig, da diese dazu ermutigen können, die eigenen Probleme aktiv zu bewältigen (vgl. Kamm/Jehli/Wiesner 2010, S. 13).

Salome von Greyerz und Elvira Keller-Guglielmetti haben sich mit Gesundheitsstrategien und mit Schutzfaktoren gegenüber suizidalen Verhaltensweisen bzw. Suizidalität auseinandergesetzt. Man kann Schutz- und Risikofaktoren unterscheiden, wobei die

Schutzfaktoren die Wirkung von Risikofaktoren abschwächen. Schutzfaktoren für suizidale Verhaltensweisen bzw. Suizidalität sind Selbstvertrauen, soziale Kompetenzen, soziale Integration, persönliche sowie berufliche Perspektiven, gute schulische Leistungen, eine gute Beziehung zur Schule und Religiosität (vgl. Von Greyerz/Keller-Guglielmetti 2005, o.S.).

Norbert Erlemeier ist Professor für Psychologie sowie Gerontopsychologie und hat sich intensiv mit der Resilienzforschung auseinandergesetzt. Im Vordergrund der Resilienzforschung stehen die Ressourcenorientierung sowie die Gesundheitsförderung. Innerhalb der letzten Jahre hat es bereits einige Studien zum Phänomen der Resilienz gegeben. Hinsichtlich der Suizidprävention und der Resilienzforschung muss man sich die Frage stellen, warum nicht alle Menschen, die von bestimmten Lebensrisiken betroffen sind, ihren Lebenswillen verlieren. Es muss also bestimmte Schutzfaktoren geben, die als eine Art Puffer wirken, wodurch negative Folgen bzw. bleibende Schäden vermieden werden.

Eine These dazu wäre, dass die Resilienz als Puffer vor allem dann aktiv ist, wenn Personen, die einem hohen Lebensrisiko ausgesetzt sind, sich so verhalten, dass die Wahrscheinlichkeit suizidal zu werden, vehement reduziert wird. Die Gültigkeit dieser Hypothese wurde durch eine Metaanalyse im Jahr 2011 überprüft, bei der verstärkende und abschwächende Faktoren hinsichtlich der Resilienz gefunden wurden. Verstärkende Faktoren sind ein höherer Grad an innerer Kontrollüberzeugung, Selbstvertrauen, die Fähigkeit zum Problemlösen sowie verschiedene soziale Unterstützungsressourcen. Abschwächende Faktoren sind ein Übermaß an Perfektionismus sowie ein Gefühl der Hoffnungslosigkeit (vgl. Erlemeier 2013, o.S.).

Franz Petermann, Professor für Klinische Psychologie, und seine Kollegen Michael Kusch sowie Kay Niebank haben sich in ihren Forschungen mit Schutzfaktoren bei Kindern auseinandergesetzt und drei Kategorien klassifiziert. Die erste Kategorie beinhaltet die disponierenden Eigenschaften des Kindes, wie z.B. positives Temperament, Autonomie, positive Selbsteinschätzung, intellektuelle Fähigkeiten, soziale Fertigkeiten sowie Humor. Zur zweiten Kategorie gehören die Merkmale des Familienmilieus wie beispielsweise familiärer Zusammenhalt, emotionale Wärme sowie eine gute Beziehung zu mindestens einem Elternteil. Die dritte Kategorie enthält die Eigenschaften der außerfamiliären Umwelt, wie z.B. positive Schulerfahrungen, externe Ressourcen sowie eine soziale Unterstützung (vgl. Petermann/Kusch/Niebank 1998, S. 220f.).

Die Journalistin Sophie Rohrmeier hat Germanistik, Philosophie sowie Psychologie in München studiert und hat einen Artikel über Freundschaft geschrieben. Laut ihren Forschungen sind psychisch gesunde FreundInnen ein Schutzfaktor gegen depressive Verstimmungen bzw. Erkrankungen. Wenn eine Person genügend psychisch gesunde FreundInnen hat, sinkt das Risiko an einer Depression zu erkranken. Genauso können Freundschaften dazu beitragen, dass eine Person nicht auf die schiefe Bahn gerät und somit im Leben abstürzt. Freundschaften sind auch ein wesentlicher Schutzfaktor gegen Suizidalität bzw. suizidale Verhaltensweisen (vgl. Rohrmeier 2015, o.S.).

Jürgen Bengel ist Universitätsprofessor für Psychologie und hat sich mit seinen Kolleginnen Frauke Meinders-Lücking sowie Nina Rottmann mit den Schutzfaktoren auseinandergesetzt. Laut seinen Forschungen sind gute Beziehungen unter Geschwistern für eine positive Entwicklung sehr wichtig. Ein positiver Kontakt zu den Geschwistern kann das Risiko einer depressiven Erkrankung beträchtlich mindern. Bei einer eher schlechten Beziehungsqualität zu den Geschwistern ist die Gefahr groß, dass es zu nach außen verlagerten Problemen im Laufe des Lebens kommt. Es wird angenommen, dass gute Geschwisterbeziehungen ein Umfeld darstellen, in dem moralisches Denken, Konfliktlösung und soziales Verständnis gelernt werden können (vgl. Bengel/Meinders-Lücking/Rottmann 2009, S. 99).

EMPIRISCHER TEIL

7. Der Hintergrund und das Ziel der Untersuchung

7.1 Der Hintergrund der Untersuchung

Der Hintergrund der Untersuchung beschäftigt sich mit der Frage, ob der Selbstwert bzw. das Selbstwertgefühl und Freundschaften mit der Suizidalität bzw. mit dem suizidalen Verhalten von Studierenden in Zusammenhang stehen. Dabei geht es vorwiegend um die These, dass der Selbstwert bzw. das Selbstwertgefühl ein wesentlicher Schutzfaktor im Leben von jungen Erwachsenen ist, wodurch suizidale Verhaltensmuster abgeschwächt bzw. generell abgewehrt werden können. Genauso werden auch Freundschaften unter diesem Blickwinkel betrachtet sowie überprüft, ob diese suizidale Verhaltensmuster verhindern können.

Zusätzlich wird durch diese Untersuchung überprüft, ob eine Berufstätigkeit neben dem Studium sowie eine Partnerschaft mit dem suizidalen Verhalten in Zusammenhang stehen. Die Hintergrundüberlegungen zu diesem Erhebungsteil sind, dass Studierende, die neben dem Studium berufstätig sind, höchstwahrscheinlich einen höheren Stresspegel aufweisen als Studierende, die neben dem Studium nicht berufstätig sind. Eine berufliche Tätigkeit neben dem Studium kann möglicherweise zu einer Doppelbelastung führen, da man das Studium und die Berufstätigkeit zeitlich managen muss und dadurch wenig Freizeit übrig bleibt. Aufgrund des höchstwahrscheinlich höheren Stresspegels, ist das Risiko für suizidale Verhaltensauffälligkeiten möglicherweise bei den Studierenden, die neben dem Studium berufstätig sind, etwas höher.

Bezüglich der Partnerschaft soll mit dieser Untersuchung herausgefunden werden, ob Studierende, die in einer Partnerschaft leben, hinsichtlich suizidaler Verhaltensweisen weniger gefährdet sind als Studierende, die in keiner Partnerschaft leben. Meine Hintergrundüberlegung für diese These geht davon aus, dass Studierende in einer Partnerschaft generell zufriedener mit dem Leben sind, da sie einen Menschen gefunden haben, mit dem sie ihre Zeit gemeinsam verbringen und mit dem sie sich über alles austauschen können.

Zum Schluss möchte ich im Rahmen meiner Erhebung herausfinden, ob Studierende mit Geschwistern für suizidale Verhaltensweisen weniger gefährdet sind als Studierende ohne Geschwister. Ich gehe davon aus, dass Geschwister ein positiver Schutzfaktor sind, da sie in schweren Zeiten Halt und Unterstützung geben können. Ob das empirisch nachzuweisen ist, werde ich mithilfe meiner Befragung versuchen herauszufinden.

7.2 Das Ziel der Untersuchung

Durch meine empirische Erhebung möchte ich herausfinden, inwiefern bei Studierenden suizidales Verhalten mit dem eigenen Selbstwertgefühl und mit der Qualität von Freundschaften zusammenhängt. Zusätzlich möchte ich ermitteln, ob eine Partnerschaft, eine Berufstätigkeit neben dem Studium und das Vorhandensein von Geschwistern einen Einfluss auf das suizidale Verhalten haben oder nicht. Damit diese Thesen empirisch beantwortet werden können, habe ich passende Fragestellungen sowie Hypothesen formuliert, die ich im nächsten Kapitel vorstellen werde.

8. Die Fragestellungen, die Hypothesen und die Beschreibung des Messinstrumentes

8.1 Die Fragestellungen

Die Fragestellungen für meine Untersuchung lauten folgendermaßen:

Sind Studierende, die ein hohes Selbstwertgefühl besitzen, weniger gefährdet für suizidale Verhaltensweisen als Studierende, die ein niedriges Selbstwertgefühl haben?

Sind Studierende, die gute freundschaftliche Beziehungen haben, weniger gefährdet für suizidale Verhaltensweisen als Studierende, die keine guten freundschaftlichen Beziehungen besitzen?

Sind Studierende, die in einer Partnerschaft leben, weniger gefährdet für suizidale Verhaltensweisen als Studierende, die in keiner Partnerschaft leben?

Sind Studierende, die Geschwister haben, weniger gefährdet für suizidale Verhaltensweisen, als Studierende, die keine Geschwister haben?

Sind Studierende, die neben dem Studium berufstätig sind, gefährdeter für suizidale Verhaltensweisen als Studierende, die neben dem Studium nicht berufstätig sind?

8.2 Die Hypothesen

Aus diesen Fragestellungen habe ich folgende Hypothesen für meine Untersuchung aufgestellt:

Hypothese 1:

Studierende, die ein hohes Selbstwertgefühl aufweisen, sind weniger gefährdet für suizidale Verhaltensweisen als Studierende, die ein niedriges Selbstwertgefühl aufweisen.

Hypothese 2:

Studierende, die gute freundschaftliche Beziehungen haben, sind weniger gefährdet für suizidale Verhaltensweisen als Studierende, die keine guten freundschaftlichen Beziehungen haben.

Hypothese 3:

Studierende die in einer Partnerschaft leben, sind weniger gefährdet für suizidale Verhaltensweisen, als Studierende, die in keiner Partnerschaft leben.

Hypothese 4:

Studierende, die Geschwister haben, sind weniger gefährdet für suizidale Verhaltensweisen, als Studierende, die keine Geschwister haben.

Hypothese 5:

Studierende, die neben dem Studium berufstätig sind, sind gefährdeter für suizidale Verhaltensweisen, als Studierende, die neben dem Studium nicht berufstätig sind.

8.3 Die Beschreibung des Messinstrumentes

Zur Überprüfung meiner Hypothesen habe ich einen Fragebogen zusammengestellt, der Fragen bzw. Aussagen zum eigenen Befinden/Selbstwert, zur Qualität von Freundschaften und zu suizidalen Tendenzen enthält. Dieser befindet sich im Anhang der Masterarbeit. Der Aufbau des Fragebogens sieht folgendermaßen aus:

Am Beginn des Fragebogens befindet sich ein kurzer Einleitungstext, der knapp und präzise beschreibt, worum es beim Fragebogen geht. Den befragten Personen soll dadurch klar gemacht werden, welche Inhalte im Fragebogen enthalten sind und wie der Fragebogen ausgefüllt werden muss. Am Ende der Erklärung findet sich noch ein Hinweis darauf, dass die Aussagen ehrlich beantwortet werden sollen und dass die Auswertung des Fragebogens anonym ist.

Nach dem Einleitungstext sind auf der restlichen Seite verschiedene Aussagen zu finden, die von den befragten Personen beantwortet wurden. Es handelt sich dabei um Aussagen zum Befinden/Selbstwert, zur Qualität von Freundschaften und zu suizidalen Tendenzen.

Die 11 Aussagen zum Selbstwert sind aus dem *Fragebogen zum Selbstwertgefühl von Rosenberg* entlehnt worden. Die Originalskala von Rosenberg enthält zu jeder Aussage fünf Antwortmöglichkeiten. Für die Antwortmöglichkeit „*Ich bin entgegengesetzter Meinung*“ wird ein Punkt vergeben, für die Antwortmöglichkeit „*Stimme nicht überein*“ werden zwei Punkte vergeben, für die Antwortmöglichkeit „*Weder noch*“ werden drei Punkte vergeben, für die Antwortmöglichkeit „*Stimme überein*“ werden vier Punkte vergeben und für die Antwortmöglichkeit „*Stimme sehr überein*“ werden fünf Punkte vergeben (vgl. Pullmann/Allik 2000, o.S.).

Von den 11 Aussagen zum Selbstwert sind 7 Items negativ gepolt, wodurch die Selbstwert-Skala im SPSS umgepolt worden ist, sodass für die Antwort *trifft zu* 4 Punkte und für die Antwort *trifft nicht zu* 1 Punkt vergeben worden ist.

Die Selbstwertgefühl-Skala nach Rosenberg ist ein vollstandardisiertes Verfahren, das eine positive oder negative Selbstbewertung erfasst. Auf zwei Skalen wird das Maß für die Selbstachtung gemessen. Diese Skalen sind das Selbstwertgefühl und das Gefühl der Wertlosigkeit. Die formulierten Items auf diesen Skalen werden auf einer vierstufigen oder manchmal auch auf einer sechsstufigen Skala eingeschätzt. Hauptsächlich sind Erwachsene aus einer klinischen oder einer nicht-klinischen Population die Zielgruppe für dieses Verfahren (vgl. Lexikon der Psychologie 2000, o.S.).

Ein Beispiel aus meinem Fragebogen:

| | trifft zu | trifft eher zu | trifft eher nicht zu | trifft nicht zu |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Im Großen und Ganzen bin ich mit mir selbst zufrieden. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Manchmal denke ich, dass ich für nichts zu gebrauchen bin. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Die 10 Aussagen zu den Freundschaften sind aus keiner Skala entlehnt sondern von mir persönlich zusammengestellt worden. Der Grund dafür ist, dass ich bei meinen Recherchen leider keine Skala gefunden habe, die das Thema *Qualität von Freundschaften* überblicksmäßig abdeckt. Deshalb habe ich selbst einige, meines Erachtens, passende Aussagen zu diesem Thema zusammengestellt.

Von den 10 Aussagen zu den Freundschaften ist eine Aussage negativ gepolt, wodurch die Freundschaft-Skala im SPSS auch umgepolt worden ist.

Ein Beispiel aus meinem Fragebogen:

| | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Für mich sind Freundschaften im Leben wichtig. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich kann mich auf meine FreundInnen verlassen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Die 5 Aussagen zu den suizidalen Tendenzen sind aus der Paykel Suizid Skala entlehnt worden. Hierbei handelt es sich um einen 6-stufigen Fragebogen, der aufsteigend nach der Intensität des suizidalen Verhaltens geordnet ist. In der Originalskala stehen die Antwortmöglichkeiten „Ja“ und „Nein“ zur Verfügung, wobei die maximale Punktzahl 5 beträgt und minimal 0 Punkte erreicht werden können. Die Paykel Suizid Skala ist ein standardisiertes Messinstrument zur Erfassung der Suizidalität (vgl. Edanackaparampil 2014, S. 42f.).

Ein Beispiel aus meinem Fragebogen:

| | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Ich habe schon mal das Gefühl gehabt, dass mein Leben nicht lebenswert ist. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich habe mir schon mal gewünscht, dass ich tot bin. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Mein Fragebogen besteht aus insgesamt 26 Items, die alle zu einer Ich-Aussage formuliert worden sind. Davon beinhalten 11 Items Aussagen zum eigenen Befinden/Selbstwert, 10 Items sind Aussagen zur Qualität von Freundschaften und 5 Items enthalten Aussagen zum suizidalen Verhalten.

Für die Items steht eine vierstufige Antwortskala zur Verfügung, welche die Antwortmöglichkeiten "trifft zu", „trifft eher zu“, „trifft eher nicht zu“ und „trifft nicht zu“ enthalten. Bei den letzten zwei Items stehen nur die Antwortmöglichkeiten „trifft zu“ und „trifft nicht zu“ zur Verfügung, da man bei diesen zwei Fragestellungen die Antwortmöglichkeiten nicht abstimmen kann.

Auf der zweiten Seite des Fragebogens werden noch einige soziodemographische Daten abgefragt. Erhoben werden das Alter, das Geschlecht, die Nationalität, die Fakultätszugehörigkeit, die Berufstätigkeit neben dem Studium, die Partnerschaft, die Geschwister- sowie die Kinderanzahl.

Bei der Fakultätszugehörigkeit stehen die Antwortmöglichkeiten „*Katholische Theologie*“, „*Rechtswissenschaften*“, „*Sozial- und Wirtschaftswissenschaften*“, „*Geisteswissenschaften*“, „*Naturwissenschaften*“, „*Umwelt-, Regional- und Bildungswissenschaften*“ sowie „*Sonstige*“ zur Verfügung.

Bei der Frage nach der Berufstätigkeit neben dem Studium und der Partnerschaft stehen die Antwortmöglichkeiten „*ja*“ und „*nein*“ zur Verfügung, da mit diesen Fragen lediglich erhoben wird, ob die Studierenden neben dem Studium berufstätig sind oder ob sie aktuell in einer Partnerschaft leben. Hinsichtlich der Frage nach der Geschwister- und der Kinderanzahl wird erhoben, wie viele Geschwister oder Kinder die Studierenden haben. Dafür steht neben der Frage ein kleines Feld zur Verfügung, wo die Studierenden die jeweilige Anzahl eintragen können. Sollten keine Geschwister oder keine Kinder vorhanden sein, muss von den Studierenden die Zahl „*0*“ in das Feld eingetragen werden.

9. Die Durchführung der Erhebung, die Stichprobe und die statistische Auswertung

9.1 Die Erhebung

Für die Erhebung meines Fragebogens habe ich als Zielgruppe Studierende ausgewählt, da diese zu den jungen Erwachsenen zählen. Um eine große Anzahl von Studierenden zusammenzubekommen, habe ich mich für die Befragung hauptsächlich auf öffentlichen Plätzen der Karl-Franzens-Universität Graz bewegt.

Die Befragungen wurden an der *Vorklinik, im Resowi-Zentrum, im WALL-Gebäude* und an der *Katholisch-Theologischen Fakultät* durchgeführt. Zusätzlich konnte ich meine Befragung auch in drei verschiedenen Lehrveranstaltungen durchführen, da ich dort von den Vortragenden die Zusage für die Vorgabe meines Fragebogens bekommen habe. Einige Fragebögen habe ich auch per E-Mail verschickt, da ich manche Studierenden persönlich kenne und diese sich dazu bereit erklärt haben, meinen Fragebogen am PC auszufüllen.

Sehr viele Studierende waren sofort dazu bereit, meinen Fragebogen auszufüllen, da ich immer gleich zu Beginn gesagt habe, dass das Ausfüllen des Fragebogens nur fünf Minuten dauert. Manche von den angesprochenen Studierenden wollten meinen Fragebogen leider nicht ausfüllen, da sie gerade keine Zeit oder kein Interesse an einer Befragung hatten. Ich habe den Studierenden immer genau erklärt, worum es bei meinem Fragebogen geht und wie er ausgefüllt werden muss. Vor allem habe ich bei der Erklärung immer wieder betont, dass der Fragebogen ehrlich beantwortet werden soll und dass die Auswertung völlig anonym ist.

9.2 Die Stichprobe

Das Ziel meiner Befragung war es, eine Stichprobe von 300 Studierenden zu bekommen. Dabei habe ich vor allem beachtet, dass ich 150 männliche und 150 weibliche Studierende befrage, damit das Geschlechterverhältnis ausgewogen ist. Zusätzlich habe ich während meiner Befragung darauf geachtet, dass ich Studierende von verschiedenen Fakultäten befrage und dass das Alter der Studierenden in die Kategorie der jungen Erwachsenen passt.

9.3 Die statistische Auswertung

Nachdem ich eine Stichprobe von 300 Studierenden gesammelt hatte, habe ich damit begonnen, die Daten der Fragebögen ins SPSS einzugeben. Jeder Fragebogen hat von mir eine Nummer bekommen, damit ich, falls es nach der Eingabe Datenlöcher gibt, den jeweiligen Fragebogen schnell wiederfinde und die fehlenden Daten nachtragen kann. Die Antwortmöglichkeiten meiner Likert-Skala haben anschließend für die Eingabe Punkte bekommen – 4 Punkte für „trifft zu“, 3 Punkte für „trifft eher zu“, 2 Punkte für „trifft eher nicht zu“ und 1 Punkt für „trifft nicht zu.“

Genauso haben die Antwortmöglichkeiten beim Geschlecht Punkte bekommen – 1 Punkt für „männlich“ und 2 Punkte für „weiblich.“ Bei der Fakultätszugehörigkeit habe ich 1 Punkt für „Katholische Theologie“, 2 Punkte für „Rechtswissenschaften“; 3 Punkte für „Sozial- und Wirtschaftswissenschaften“, 4 Punkte für „Geisteswissenschaften“, 5 Punkte für „Naturwissenschaften“, 6 Punkte für „Umwelt-, Regional- und Bildungswissenschaften“ sowie 7 Punkte für „Sonstige“ vergeben. Zusätzlich habe ich noch 8 Punkte für „Mehrere Fakultäten“ hinzugefügt, da es in meiner Stichprobe Studierende gab, die an mehreren Fakultäten studieren.

Bei den Antwortmöglichkeiten für die Berufstätigkeit neben dem Studium und der Partnerschaft hat die Antwort „ja“ 2 Punkte und die Antwort „nein“ 1 Punkt bekommen. Das Alter, die Nationalität, die Anzahl der Geschwister sowie der Kinder haben keinen Punkt bekommen, da bei diesen Fragen keine Antwortmöglichkeiten vorgegeben waren.

Alle 26 Items meines Fragebogens haben von mir einen eigenen Namen zugewiesen bekommen, damit im SPSS jedes Item benannt ist und man es dadurch leichter erkennen sowie zuordnen kann. Die Items von der Selbstwert-Skala haben den Buchstaben „B“ und eine fortlaufende Nummer bekommen, wie z.B. *B1* oder *B2*. Die Items von der Freundschafts-Skala haben den Buchstaben „F“ und eine fortlaufende Nummer bekommen, wie z.B. *F1* oder *F2*. Die Items der Suizidalität-Skala haben den Buchstaben „S“ und eine fortlaufende Nummer erhalten, wie z.B. *S1* oder *S2*.

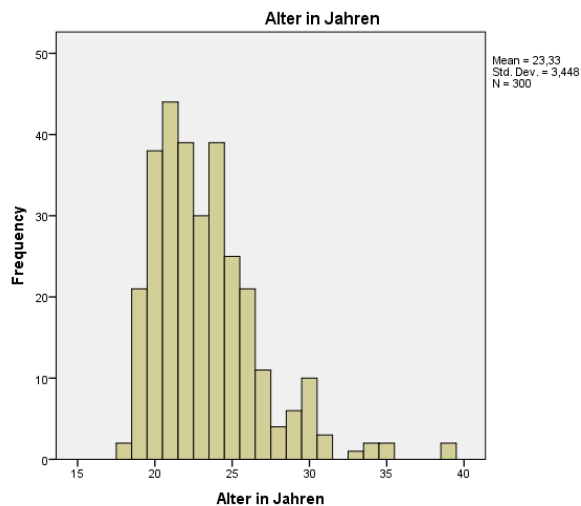
Die Stichprobe sowie genauen Schritte der einzelnen Auswertung der Skalen werde ich mit den Ergebnissen im nächsten Kapitel darstellen.

10. Beschreibung der Stichprobe

10.1 Das Alter und das Geschlecht

Tabelle 1: Altersverteilung der Stichprobe

| | | Alter in Jahren | | | Cumulative Percent |
|-------|----|-----------------|---------|---------------|--------------------|
| | | Frequency | Percent | Valid Percent | |
| Valid | 18 | 2 | ,7 | ,7 | ,7 |
| | 19 | 21 | 7,0 | 7,0 | 7,7 |
| | 20 | 38 | 12,7 | 12,7 | 20,3 |
| | 21 | 44 | 14,7 | 14,7 | 35,0 |
| | 22 | 39 | 13,0 | 13,0 | 48,0 |
| | 23 | 30 | 10,0 | 10,0 | 58,0 |
| | 24 | 39 | 13,0 | 13,0 | 71,0 |
| | 25 | 25 | 8,3 | 8,3 | 79,3 |
| | 26 | 21 | 7,0 | 7,0 | 86,3 |
| | 27 | 11 | 3,7 | 3,7 | 90,0 |
| | 28 | 4 | 1,3 | 1,3 | 91,3 |
| | 29 | 6 | 2,0 | 2,0 | 93,3 |
| | 30 | 10 | 3,3 | 3,3 | 96,7 |
| | 31 | 3 | 1,0 | 1,0 | 97,7 |
| | 33 | 1 | ,3 | ,3 | 98,0 |
| | 34 | 2 | ,7 | ,7 | 98,7 |
| | 35 | 2 | ,7 | ,7 | 99,3 |
| | 39 | 2 | ,7 | ,7 | 100,0 |
| Total | | 300 | 100,0 | 100,0 | |



Grafik 1: Altersverteilung der Stichprobe

Das Alter der befragten Studierenden liegt im Bereich von 18 bis 39 Jahren, wobei der Altersdurchschnitt im Bereich von 20 bis 26 Jahren liegt.

Table 2: Gender distribution in the sample

| | | Geschlecht | | | |
|-------|----------|------------|---------|---------------|--------------------|
| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
| Valid | männlich | 150 | 50,0 | 50,0 | 50,0 |
| | weiblich | 150 | 50,0 | 50,0 | 100,0 |
| Total | | 300 | 100,0 | 100,0 | |

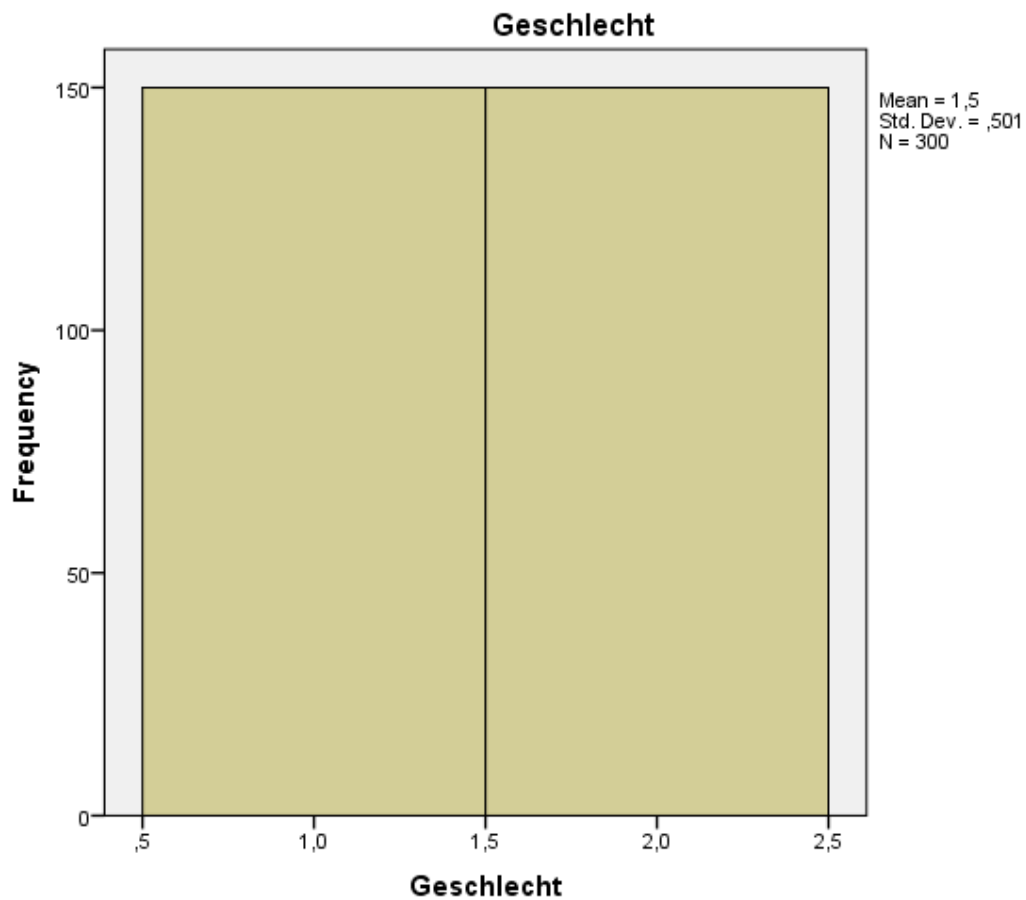


Figure 2: Gender distribution in the sample

The distribution of gender is balanced, as 150 male and 150 female students were surveyed.

10.2 Die Herkunft und die Fakultätszugehörigkeit

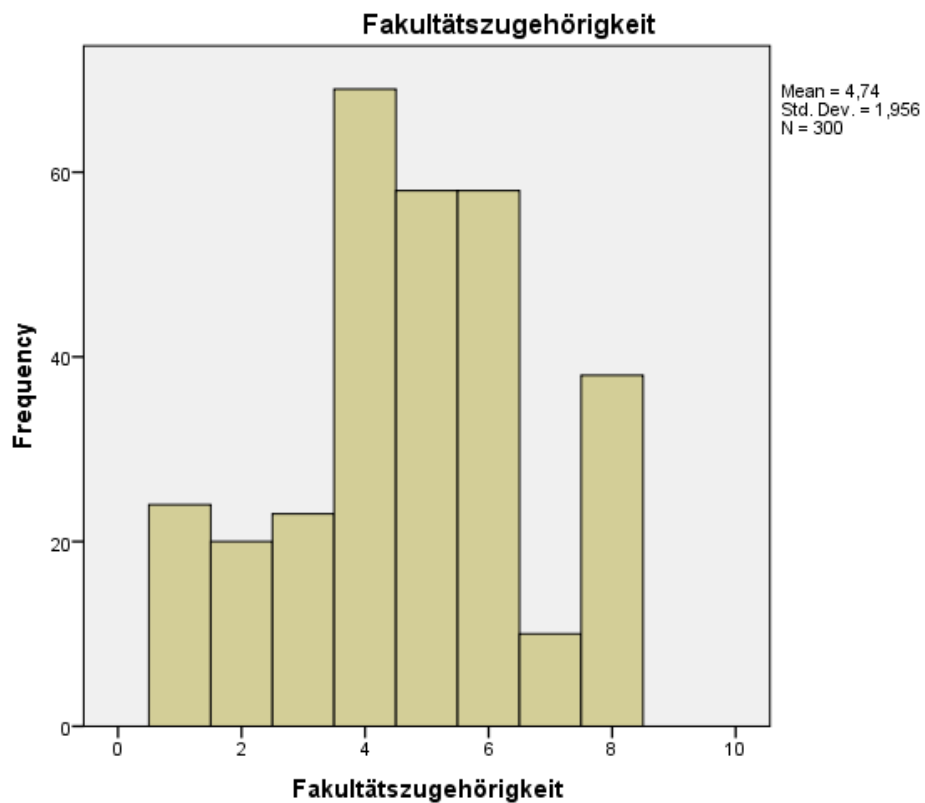
Tabelle 3: Herkunft der befragten Studierenden

| | | Herkunft | | |
|-------|---------------|-----------|---------|---------------|
| | | Frequency | Percent | Valid Percent |
| Valid | Österreich | 262 | 87,3 | 87,3 |
| | Deutschland | 14 | 4,7 | 4,7 |
| | Italien | 7 | 2,3 | 2,3 |
| | Kroatien | 3 | 1,0 | 1,0 |
| | Bosnien | 2 | ,7 | ,7 |
| | Russland | 2 | ,7 | ,7 |
| | Serbien | 2 | ,7 | ,7 |
| | Ungarn | 2 | ,7 | ,7 |
| | Bulgarien | 1 | ,3 | ,3 |
| | Finnland | 1 | ,3 | ,3 |
| | Frankreich | 1 | ,3 | ,3 |
| | Liechtenstein | 1 | ,3 | ,3 |
| | Portugal | 1 | ,3 | ,3 |
| | Slowenien | 1 | ,3 | ,3 |
| | Total | 300 | 100,0 | 100,0 |

Die befragten Studierenden kommen aus unterschiedlichen Ländern, wobei die meisten Studierenden eine österreichische Nationalität haben. Ein kleiner Anteil kommt aus Deutschland und aus Italien. Vereinzelt Studierende kommen aus Bosnien, Bulgarien, Finnland, Frankreich, Kroatien, Liechtenstein, Portugal, Russland, Serbien, Slowenien und Ungarn.

Tabelle 4: Die Fakultätszugehörigkeit der befragten Studierenden

| | | Fakultätszugehörigkeit | | | Cumulative |
|-------|--|------------------------|---------|---------------|------------|
| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Percent |
| Valid | Katholische Theologie | 24 | 8,0 | 8,0 | 8,0 |
| | Rechtswissenschaften | 20 | 6,7 | 6,7 | 14,7 |
| | Sozial- und Wirtschaftswissenschaften | 23 | 7,7 | 7,7 | 22,3 |
| | Geisteswissenschaften | 69 | 23,0 | 23,0 | 45,3 |
| | Naturwissenschaften | 58 | 19,3 | 19,3 | 64,7 |
| | Umwelt-, Regional- und Bildungswissenschaften | 58 | 19,3 | 19,3 | 84,0 |
| | Sonstige | 10 | 3,3 | 3,3 | 87,3 |
| | mehrere Fakultäten | 38 | 12,7 | 12,7 | 100,0 |
| | Total | 300 | 100,0 | 100,0 | |



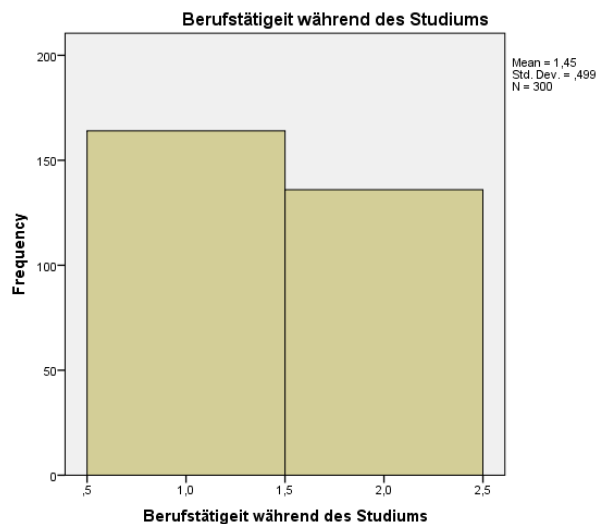
Grafik 3: Die Fakultätszugehörigkeit der befragten Studierenden

Die befragten Studierenden kommen aus den verschiedensten Fakultäten, wobei der Schwerpunkt der Stichprobe bei den Geisteswissenschaften, Naturwissenschaften sowie den Umwelt-, Regional- und Bildungswissenschaften liegt. Eine kleine Anzahl der Studierenden kommt aus der Katholischen Theologie, den Rechtswissenschaften sowie den Sozial- und Wirtschaftswissenschaften. Von den 300 befragten Studierenden haben 38 Studierende angegeben, dass sie an mehreren Fakultäten studieren und 10 Studierende kommen aus einer anderen Universität.

10.3 Die Berufstätigkeit und die Partnerschaft

Table 5: Die Berufstätigkeit während des Studiums

| Berufstätigkeit während des Studiums | | | | | |
|--------------------------------------|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
| Valid | nein | 164 | 54,7 | 54,7 | 54,7 |
| | ja | 136 | 45,3 | 45,3 | 100,0 |
| | Total | 300 | 100,0 | 100,0 | |

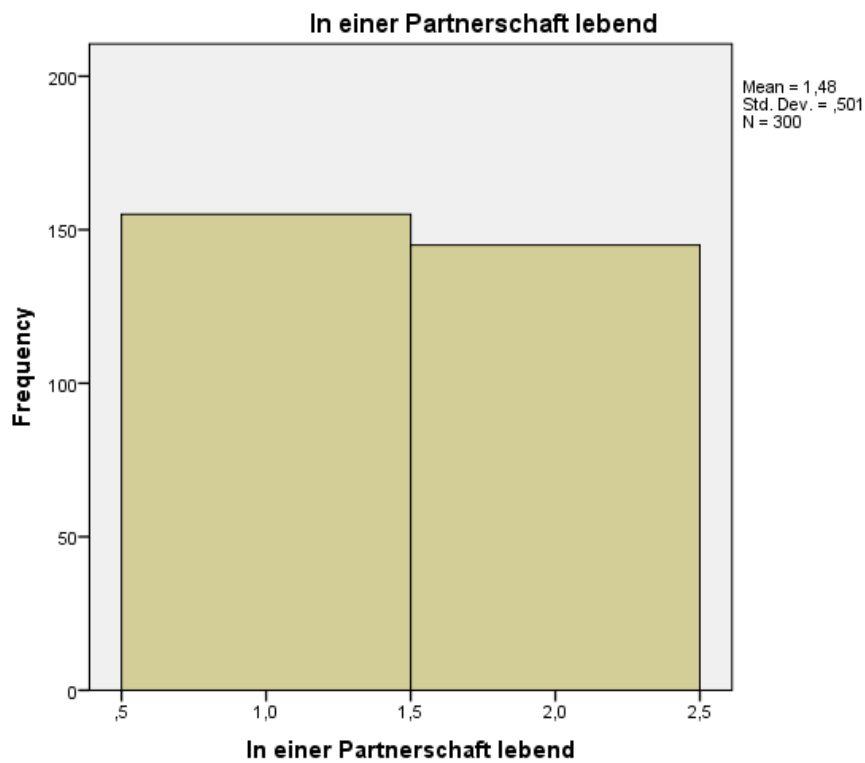


Grafik 4: Die Berufstätigkeit während des Studiums

Die Anzahl der berufstätigen und nicht berufstätigen Studierenden während des Studiums ist ziemlich ausgewogen, da von den 300 befragten Studierenden 136 berufstätig und 164 nicht berufstätig sind.

Tabelle 6: Die Partnerschaft

| In einer Partnerschaft lebend | | | | | |
|-------------------------------|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
| Valid | nein | 155 | 51,7 | 51,7 | 51,7 |
| | ja | 145 | 48,3 | 48,3 | 100,0 |
| | Total | 300 | 100,0 | 100,0 | |



Grafik 5: Die Partnerschaft

Die Anzahl der Studierenden, die in einer Partnerschaft leben und die nicht in einer Partnerschaft leben ist auch ausgewogen, da von den 300 befragten Studierenden 145 in einer Partnerschaft und 155 in keiner Partnerschaft leben.

11. Beschreibung und Ergebnisse der Skalen

11.1 Die aufsummierten Skalen

Nachdem die Dateneingabe erfolgreich abgeschlossen wurde, habe ich zuerst die drei Skalen meines Fragebogens im SPSS aufsummiert, um das Cronbach's Alpha jeder einzelnen Skala zu ermitteln und um die interne Konsistenz bzw. die Trennschärfe zu überprüfen. Das Ergebnis der Aufsummierung der Skalen sieht folgendermaßen aus:

Tabelle 7: Stichprobengröße der Selbstwert-Skala

| | | N | % |
|-------|-----------------------|-----|-------|
| Cases | Valid | 300 | 100,0 |
| | Excluded ^a | 0 | ,0 |
| | Total | 300 | 100,0 |

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

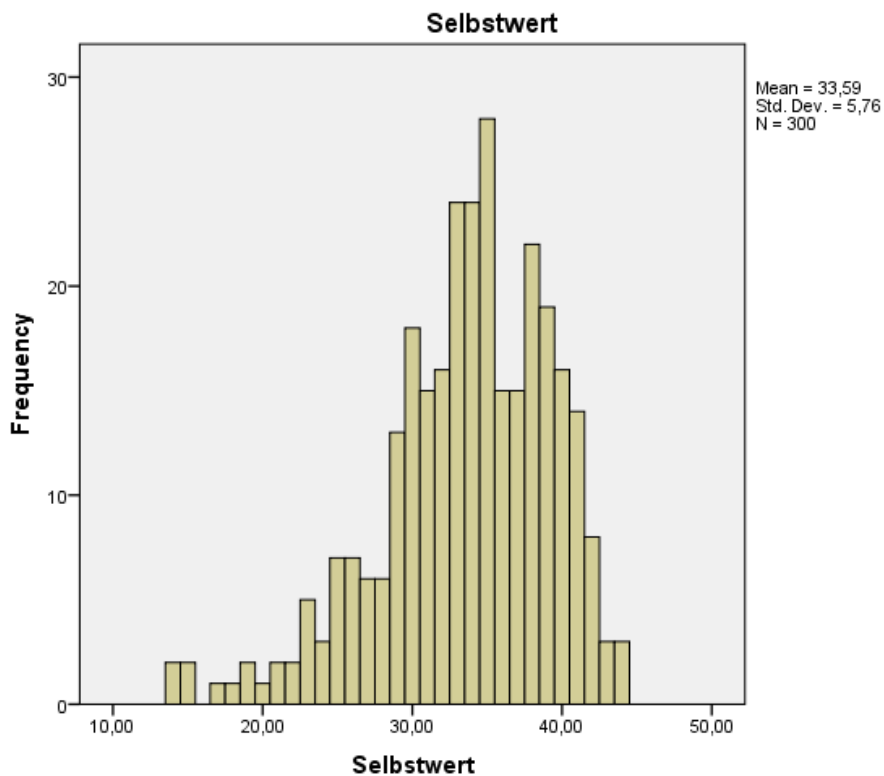
Tabelle 8: Cronbach's Alpha der Selbstwert-Skala

| Cronbach's Alpha | N of Items |
|------------------|------------|
| ,867 | 11 |

Tabelle 9: Trennschärfen der Items der Selbstwert-Skala

| | Scale Mean if Item Deleted | Scale Variance if Item Deleted | Corrected Item-Total Correlation | Cronbach's Alpha if Item Deleted |
|--|----------------------------|--------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| Im Großen und Ganzen bin ich mit mir selbst zufrieden. | 30,23 | 28,059 | ,640 | ,852 |
| Manchmal denke ich, dass ich für nichts zu gebrauchen bin. | 30,39 | 26,694 | ,646 | ,850 |
| Ich habe eine Menge guter Eigenschaften. | 30,21 | 29,665 | ,475 | ,862 |
| Ich mache Dinge genauso gut wie die meisten anderen Leute. | 30,56 | 29,177 | ,425 | ,865 |

| | | | | |
|---|-------|--------|------|------|
| Es gibt nicht viel, worauf ich stolz bin. | 30,20 | 28,292 | ,524 | ,859 |
| Manchmal fühle ich mich nutzlos. | 30,45 | 26,168 | ,704 | ,845 |
| Manchmal fühle ich mich unsicher. | 31,43 | 27,383 | ,561 | ,857 |
| Ich habe häufig Schuldgefühle. | 30,62 | 27,313 | ,538 | ,859 |
| Meine Fehler und Schwächen versuche ich vor anderen zu verbergen. | 31,11 | 29,158 | ,361 | ,871 |
| Ich fühle mich öfters wie ein/e VersagerIn | 30,41 | 25,848 | ,737 | ,843 |
| Ich habe eine positive Einstellung zu mir selbst. | 30,25 | 27,875 | ,651 | ,851 |



Grafik 6: Punktwertverteilung der Selbstwert-Skala

Das Cronbach's Alpha weist bei der Selbstwertskala einen Wert von .87 auf, welcher sehr gut ist. Die Selbstwert-Skala hat eine gute interne Konsistenz und die Trennschärfe geht in eine hohe Richtung.

Tabelle 10: Stichprobengröße der Freundschaft-Skala

| Statistics | | |
|--------------------------|---------|---------|
| Freundschaft_vollständig | | |
| N | Valid | 300 |
| | Missing | 0 |
| Mean | | 34,5333 |
| Std. Deviation | | 4,08385 |

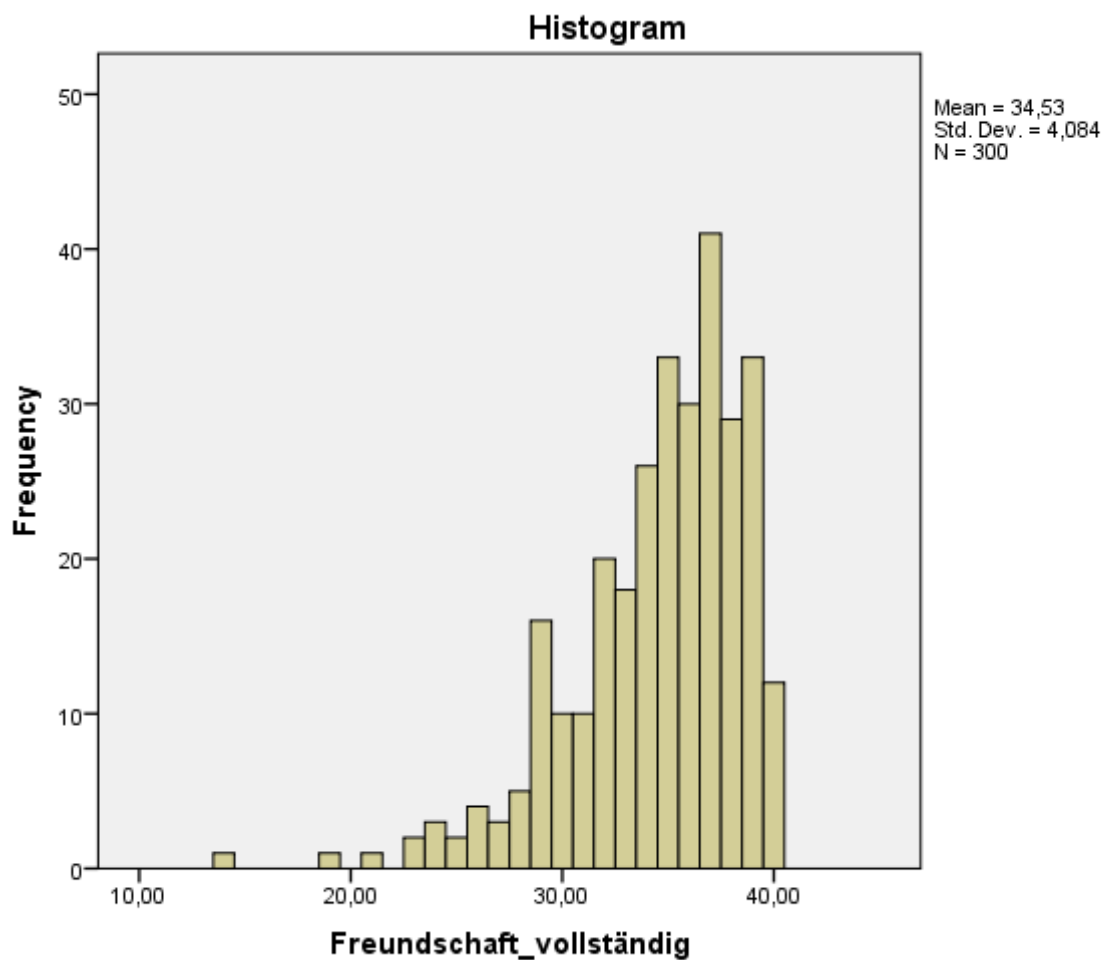
Tabelle 11: Cronbach's Alpha der Freundschaft-Skala

| Reliability Statistics | |
|------------------------|------------|
| Cronbach's Alpha | N of Items |
| ,817 | 10 |

Tabelle 12: Trennschärfen der Items der Freundschaft-Skala

| Item-Total Statistics | | | | |
|--|-------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|
| | Scale Mean if Item Deleted | Scale Variance if Item Deleted | Corrected Item- Total Correlation | Cronbach's Alpha if Item Deleted |
| Für mich sind Freundschaften im Leben wichtig. | 30,73 | 14,601 | ,471 | ,805 |
| Ich kann mich auf meine FreundInnen verlassen. | 30,93 | 13,871 | ,560 | ,795 |
| Ich fühle mich manchmal von meinen FreundInnen vernachlässigt. | 31,47 | 13,847 | ,364 | ,820 |
| Ich fühle mich von meinen FreundInnen ausreichend wertgeschätzt. | 31,07 | 13,942 | ,542 | ,797 |
| Ich kann mit meinen FreundInnen über eigene Probleme reden. | 30,95 | 13,551 | ,569 | ,794 |
| Meine FreundInnen haben immer ein offenes Ohr für mich. | 30,92 | 13,443 | ,702 | ,783 |
| Ich fühle mich bei meinen FreundInnen immer wohl. | 31,08 | 13,752 | ,563 | ,795 |

| | | | | |
|---|-------|--------|------|------|
| Ich fühle mich durch meine FreundInnen in meinem Selbstwertgefühl bestärkt. | 31,13 | 13,740 | ,499 | ,801 |
| Ich habe mit meinen FreundInnen regelmäßig Kontakt. | 30,89 | 13,673 | ,589 | ,792 |
| Es fällt mir leicht, neue Freundschaften zu knüpfen | 31,55 | 13,705 | ,329 | ,829 |



Grafik 7: Punktwerteverteilung der Freundschaft-Skala

Das Cronbach's Alpha weist bei der Freundschaft-Skala einen Wert von .82 auf, welcher auch sehr gut ist. Die Freundschaft-Skala hat eine gute interne Konsistenz und die Trennschärfe liegt in einem passablen Bereich, wodurch keines der Items entfernt werden muss. Freundschaften werden als eine positive Unterstützung wahrgenommen, da die Trennschärfe in diesem Bereich sehr hoch ist.

Tabelle 13: Stichprobengröße der Suizidalität-Skala

| | | N | % |
|-------|-----------------------|-----|-------|
| Cases | Valid | 300 | 100,0 |
| | Excluded ^a | 0 | ,0 |
| | Total | 300 | 100,0 |

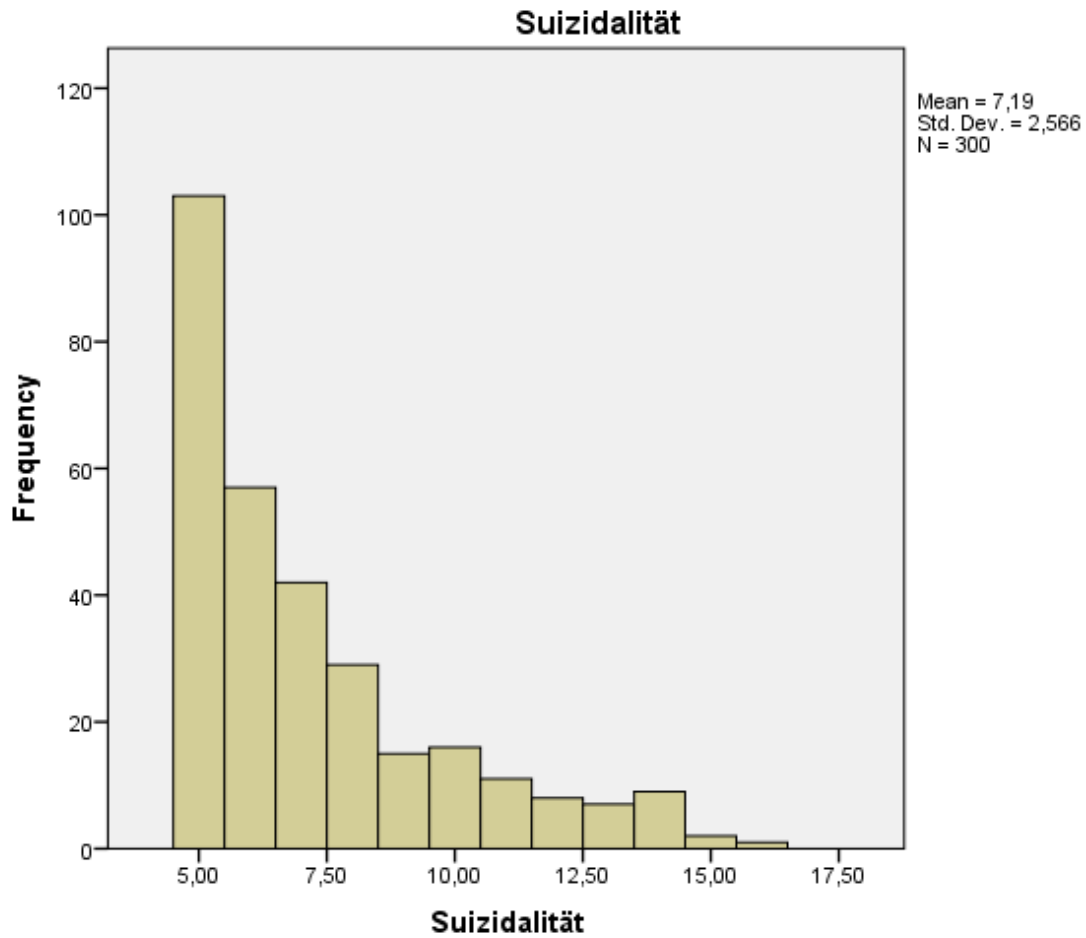
a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Tabelle 14: Cronbach's Alpha der Suizidalität-Skala

| Cronbach's Alpha | N of Items |
|------------------|------------|
| ,721 | 5 |

Tabelle 15: Trennschärfen der Items der Suizidalität-Skala

| | Scale Mean if Item Deleted | Scale Variance if Item Deleted | Corrected Item-Total Correlation | Cronbach's Alpha if Item Deleted |
|---|----------------------------|--------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| Ich habe schon mal das Gefühl gehabt, dass mein Leben nicht lebenswert ist. | 5,23 | 3,407 | ,593 | ,632 |
| Ich habe mir schon mal gewünscht, dass ich tot bin. | 5,64 | 3,182 | ,752 | ,536 |
| Ich habe bereits in manchen Situationen den Tod als eine Erlösung vom Leben betrachtet. | 5,61 | 3,523 | ,655 | ,591 |
| Ich habe schon mal gedroht, mir das Leben zu nehmen. | 6,13 | 6,037 | ,395 | ,732 |
| Ich habe schon mal versucht, mir das Leben zu nehmen. | 6,17 | 6,391 | ,245 | ,756 |



***Grafik 8:** Punktwerte Verteilung der Suizidalität-Skala*

Das Cronbach's Alpha weist bei der Suizidalität-Skala einen Wert von .72 auf, welcher ziemlich akzeptabel ist. Die Suizidalität-Skala hat eine gute interne Konsistenz und die Trennschärfe liegt in einem passablen Bereich, wodurch keines der Items entfernt werden muss.

11.2 Die Ergebnisse zu den aufgestellten Hypothesen

Um die von mir aufgestellten Hypothesen zu überprüfen, habe ich im SPSS eine Korrelation berechnet, die besagt, inwiefern der Selbstwert und die Qualität der Freundschaften mit dem suizidalen Verhalten zusammenhängen. Zusätzlich habe ich mithilfe der Korrelation auch überprüft, inwiefern eine Partnerschaft, eine Berufstätigkeit neben dem Studium und die Anzahl der Geschwister mit dem suizidalen Verhalten korrelieren. Die Ergebnisse der aufgestellten Hypothesen sehen folgendermaßen aus:

Tabelle 16: Die Korrelationen zwischen den erfassten Variablen (n = 300)

| | | Correlations | | | | | | | | |
|--------------------------------------|---------------------|--------------|--------------------------------------|-------------------------------|-----------------|------------------------|-------------------|------------|--------------|--------------|
| | | Geschlecht | Berufstätigkeit während des Studiums | In einer Partnerschaft lebend | Alter in Jahren | Anzahl der Geschwister | Anzahl der Kinder | Selbstwert | Freundschaft | Suizidalität |
| Geschlecht | Pearson Correlation | 1 | ,080 | ,113* | -,191** | ,113* | ,061 | -,153** | ,080 | ,013 |
| Berufstätigkeit während des Studiums | Pearson Correlation | ,080 | 1 | ,084 | ,222** | ,101 | ,049 | ,086 | ,112 | -,082 |
| In einer Partnerschaft lebend | Pearson Correlation | ,113* | ,084 | 1 | ,087 | -,020 | ,138* | ,145* | ,047 | -,167** |
| Alter in Jahren | Pearson Correlation | -,191** | ,222** | ,087 | 1 | ,044 | ,277** | ,146* | -,008 | -,049 |
| Anzahl der Geschwister | Pearson Correlation | ,113* | ,101 | -,020 | ,044 | 1 | ,184** | ,012 | -,019 | ,032 |
| Anzahl der Kinder | Pearson Correlation | ,061 | ,049 | ,138* | ,277** | ,184** | 1 | ,024 | -,065 | -,039 |
| Selbstwert | Pearson Correlation | -,153** | ,086 | ,145* | ,146* | ,012 | ,024 | 1 | ,380** | -,446** |
| Freundschaft_vollständig | Pearson Correlation | ,080 | ,112 | ,047 | -,008 | -,019 | -,065 | ,380** | 1 | -,276** |
| Suizidalität | Pearson Correlation | ,013 | -,082 | -,167** | -,049 | ,032 | -,039 | -,446** | -,276** | 1 |

. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Hypothese 1:

Studierende, die ein hohes Selbstwertgefühl aufweisen, sind weniger gefährdet für suizidale Verhaltensweisen als Studierende, die ein niedriges Selbstwertgefühl aufweisen.

Verifiziert: Diese Hypothese kann eindeutig *verifiziert* werden, da durch die Pearson-Korrelation von **-,446** ein negativer Wert zwischen dem Selbstwert und der Suizidalität vorliegt. Deshalb sind Studierende, die ein hohes Selbstwertgefühl aufweisen, weniger gefährdet für suizidale Verhaltensweisen als Studierende, die ein niedriges Selbstwertgefühl aufweisen.

Hypothese 2:

Studierende, die gute freundschaftliche Beziehungen haben, sind weniger gefährdet für suizidale Verhaltensweisen als Studierende, die keine guten freundschaftlichen Beziehungen haben.

Verifiziert: Genauso kann diese Hypothese *verifiziert* werden, da durch die Pearson-Korrelation von **-,276** ein negativer Wert zwischen Freundschaften und der Suizidalität vorliegt. Aufgrund dieses Ergebnisses sind Studierende, die gute freundschaftliche Beziehungen haben, weniger gefährdet für suizidale Verhaltensweisen, als Studierende, die keine guten freundschaftlichen Beziehungen haben.

Hypothese 3:

Studierende, die in einer Partnerschaft leben, sind weniger gefährdet für suizidale Verhaltensweisen, als Studierende, die in keiner Partnerschaft leben.

Verifiziert: Diese Hypothese kann genauso *verifiziert* werden, da durch die Pearson-Korrelation von **-,167** ein negativer Wert zwischen der Partnerschaft und der Suizidalität besteht. Studierende, die in einer Partnerschaft leben, sind daher weniger gefährdet für suizidale Verhaltensweisen als Studierende, die in keiner Partnerschaft leben.

Hypothese 4:

Studierende, die Geschwister haben, sind weniger gefährdet für suizidale Verhaltensweisen, als Studierende, die keine Geschwister haben.

Falsifiziert: Die vierte Hypothese muss *falsifiziert* werden, durch die nicht signifikante Pearson-Korrelation von ,032 zwischen der Anzahl der Geschwister und der Suizidalität. Studierende, die Geschwister haben, sind deshalb nicht weniger gefährdet für suizidale Verhaltensweisen als Studierende, die keine Geschwister haben.

Hypothese 5:

Studierende, die neben dem Studium berufstätig sind, sind gefährdeter für suizidale Verhaltensweisen, als Studierende, die neben dem Studium nicht berufstätig sind.

Falsifiziert: Die letzte Hypothese muss nach genauerer Betrachtung *falsifiziert* werden, da durch die Pearson-Korrelation von -,082 ein nicht signifikanter Koeffizient zwischen der Berufstätigkeit während des Studiums und der Suizidalität vorhanden ist. Deshalb sind Studierende, die neben dem Studium berufstätig sind, nicht gefährdeter für suizidale Verhaltensweisen, als Studierende, die neben dem Studium nicht berufstätig sind.

11.3 Regressionsanalyse zur Vorhersage der Suizidalität

Die Regressionsanalyse zeigt, welcher lineare Zusammenhang zwischen den einzelnen Variablen besteht und welche voneinander unabhängigen Beiträge die einzelnen Prädiktorvariablen zur Vorhersage der abhängigen Variable "Ausmaß der Suizidalität" liefern. Sie wird nach der Methode „Stepwise“ gerechnet.

Tabelle 17: Regressionsanalyse: Eingegangene/Entfernte Variablen

| Variables Entered/Removed ^a | | | |
|--|-------------------------------|------------------------------|--|
| Model | Variables Entered | Variab les Remo ved | Method |
| 1 | Selbstwert | | Stepwise (Criteria: Probability-of-F-to-enter <= ,050, Probability-of-F-to- remove >= ,100). |
| 2 | Freundschaft_vollständig | | Stepwise (Criteria: Probability-of-F-to-enter <= ,050, Probability-of-F-to- remove >= ,100). |
| 3 | In einer Partnerschaft lebend | | Stepwise (Criteria: Probability-of-F-to-enter <= ,050, Probability-of-F-to- remove >= ,100). |

a. Dependent Variable: Suizidalität

Tabelle 18: Regressionsanalyse: Zusammenfassung der einzelnen Modelle

| Model Summary | | | | |
|---------------|-------------------|----------|-------------------|----------------------------|
| Model | R | R Square | Adjusted R Square | Std. Error of the Estimate |
| 1 | ,446 ^a | ,198 | ,196 | 2,30114 |
| 2 | ,460 ^b | ,212 | ,206 | 2,28595 |
| 3 | ,472 ^c | ,223 | ,215 | 2,27395 |

a. Predictors: (Constant), Selbstwert

b. Predictors: (Constant), Selbstwert, Freundschaft_vollständig

c. Predictors: (Constant), Selbstwert, Freundschaft_vollständig, In einer Partnerschaft lebend

Tabelle 19: Regressionsanalyse: Ergebnisse der Anova

ANOVA^a

| Model | | Sum of Squares | df | Mean Square | F | Sig. |
|-------|------------|----------------|-----|-------------|--------|-------------------|
| 1 | Regression | 390,804 | 1 | 390,804 | 73,803 | ,000 ^b |
| | Residual | 1577,983 | 298 | 5,295 | | |
| | Total | 1968,787 | 299 | | | |
| 2 | Regression | 416,799 | 2 | 208,400 | 39,881 | ,000 ^c |
| | Residual | 1551,987 | 297 | 5,226 | | |
| | Total | 1968,787 | 299 | | | |
| 3 | Regression | 438,214 | 3 | 146,071 | 28,249 | ,000 ^d |
| | Residual | 1530,573 | 296 | 5,171 | | |
| | Total | 1968,787 | 299 | | | |

a. Dependent Variable: Suizidalität

b. Predictors: (Constant), Selbstwert

c. Predictors: (Constant), Selbstwert, Freundschaft_vollständig

d. Predictors: (Constant), Selbstwert, Freundschaft_vollständig, In einer Partnerschaft lebend

Tabelle 20: Regressionsanalyse: Koeffizienten

Coefficients^a

| Model | | Unstandardized Coefficients | | Standardized Coefficients | t | Sig. |
|-------|-------------------------------|-----------------------------|------------|---------------------------|--------|------|
| | | B | Std. Error | Beta | | |
| 1 | (Constant) | 13,859 | ,787 | | 17,605 | ,000 |
| | Selbstwert | -,198 | ,023 | -,446 | -8,591 | ,000 |
| 2 | (Constant) | 15,848 | 1,186 | | 13,362 | ,000 |
| | Selbstwert | -,177 | ,025 | -,398 | -7,150 | ,000 |
| | Freundschaft_vollständig | -,078 | ,035 | -,124 | -2,230 | ,026 |
| 3 | (Constant) | 16,438 | 1,215 | | 13,530 | ,000 |
| | Selbstwert | -,170 | ,025 | -,383 | -6,839 | ,000 |
| | Freundschaft_vollständig | -,079 | ,035 | -,125 | -2,260 | ,025 |
| | In einer Partnerschaft lebend | -,540 | ,266 | -,105 | -2,035 | ,043 |

a. Dependent Variable: Suizidalität

Wie in Tabelle 20 ersichtlich werden durch die Variablen *Selbstwert*, *Freundschaft* und *Partnerschaft* voneinander unabhängige Beiträge zur Vorhersage suizidaler Tendenzen geleistet. Am stärksten gefährdet in Bezug auf suizidale Tendenzen sind demnach Studierende

mit einem geringen Selbstwert, mit einer eher schlechten Qualität von Freundschaftsbeziehungen und Studierende ohne PartnerIn. Berufstätigkeit während des Studiums und Anzahl der Geschwister haben hingegen keinen Vorhersagewert (siehe Tabelle 21).

Tabelle 21: Regressionsanalyse: Ausgeschlossene Variablen

| | | Excluded Variables ^a | | | | |
|-------|--------------------------------------|---------------------------------|--------|------|---------------------|--------------------------------------|
| Model | | Beta In | t | Sig. | Partial Correlation | Collinearity Statistics Tolerance |
| 1 | Freundschaft_vollständig | -,124 ^b | -2,230 | ,026 | -,128 | ,855 |
| | Berufstätigkeit während des Studiums | -,044 ^b | -,838 | ,403 | -,049 | ,993 |
| | In einer Partnerschaft lebend | -,104 ^b | -2,001 | ,046 | -,115 | ,979 |
| | Anzahl der Geschwister | ,037 ^b | ,719 | ,473 | ,042 | 1,000 |
| 2 | Berufstätigkeit während des Studiums | -,034 ^c | -,653 | ,514 | -,038 | ,985 |
| | In einer Partnerschaft lebend | -,105 ^c | -2,035 | ,043 | -,117 | ,979 |
| | Anzahl der Geschwister | ,034 ^c | ,666 | ,506 | ,039 | ,999 |
| 3 | Berufstätigkeit während des Studiums | -,026 ^d | -,508 | ,612 | -,030 | ,980 |
| | Anzahl der Geschwister | ,032 ^d | ,625 | ,532 | ,036 | ,999 |

a. Dependent Variable: Suizidalität

b. Predictors in the Model: (Constant), Selbstwert

c. Predictors in the Model: (Constant), Selbstwert, Freundschaft_vollständig

d. Predictors in the Model: (Constant), Selbstwert, Freundschaft_vollständig, In einer Partnerschaft lebend

11.4 Weitere Ergebnisse

Laut der Tabelle 16 haben Frauen im Schnitt einen niedrigeren Punktwert in der Selbstwert-Skala erzielt als Männer. Diejenigen Studierenden, die in einer Partnerschaft leben, weisen im Schnitt einen höheren Selbstwert auf, als jene Studierenden, die in keiner Partnerschaft leben. Je älter die Studierenden sind, umso höher ist auch ihr Selbstwert.

Auffällig bei der Anzahl der Geschwister ist, dass bei Studierenden, die Geschwister haben, auch mehr Kinder vorhanden sind. Möglicherweise sind Geschwister ein positiver Ansporn dafür, im jungen Erwachsenenalter eigene Kinder zu bekommen und großzuziehen.

12. Die Diskussion der Ergebnisse

Drei der fünf von mir aufgestellten Hypothesen konnten bestätigt werden, da die von mir durchgeführte Untersuchung diesbezüglich genau die erwünschten Ergebnisse erbracht hat. Ich möchte dieses Kapitel dafür verwenden, die von mir ermittelten Ergebnisse noch einmal zusammenzufassen und zu diskutieren:

Meine erste Hypothese hat sich mit der Frage beschäftigt, ob Studierende, die ein hohes Selbstwertgefühl haben, weniger zu suizidalen Verhaltensweisen neigen, als Studierende, die ein eher niedriges Selbstwertgefühl besitzen. Bei der Überprüfung dieser Hypothese ist genau das erwartete Ergebnis herausgekommen, da die Studierenden mit einem hohen Selbstwertgefühl von deutlich weniger suizidalen Verhaltensweisen berichten.

Das Ergebnis ist für mich eigentlich logisch, da man bei einem höheren Selbstwertgefühl automatisch mehr Lebensfreude, Zufriedenheit sowie einen größeren Lebenswillen besitzt. Es wäre ziemlich seltsam, wenn Studierende, die mit sich selbst und mit ihrem Leben zufrieden sind, sich das Leben nehmen wollten. Deshalb ist dieses Ergebnis für mich klar und logisch nachvollziehbar.

Genauso kann das Ergebnis dieser Hypothese durch die referierte Fachliteratur von Sandra Kamm, Peter Jehli und Patrick Wiesner bestätigt werden, da laut ihren Forschungen das Selbstvertrauen sowie ein positives Selbstkonzept als Schutzfaktoren gegen suizidales Verhalten wirken.

Die zweite Hypothese hat sich mit der Frage auseinandergesetzt, ob Studierende, die gute freundschaftliche Beziehungen haben, weniger gefährdet für suizidale Verhaltensweisen sind, als Studierende, die keine guten freundschaftlichen Beziehungen im Leben haben. Das Ergebnis der Untersuchung besagt eindeutig, dass Studierende, die freundschaftliche Beziehungen pflegen und für denen Freundschaften wichtig sind, weniger suizidale Verhaltensauffälligkeiten aufweisen als jene, für die dies nicht zutrifft.

Aufgrund dieses Ergebnisses kann man sehr schön sehen, dass Freundschaften eine große Bedeutung im Leben haben und dass gute FreundInnen einen Menschen vor einem großen Unheil bewahren können. Gute Freundschaftsbeziehungen können das Leben bereichern, geben Halt bei persönlichen sowie bei familiären Problemen und machen das Leben erst so

richtig lebenswert. Sollten bei Menschen, die freundschaftliche Beziehungen im Leben haben, dennoch suizidale Tendenzen auftreten, könnte es möglicherweise daran liegen, dass sie ihre Freundschaften zu wenig wahrnehmen bzw. pflegen oder dass sie von den „falschen FreundInnen“ umgeben sind. Wenn das der Fall ist, sollte das persönliche Umfeld noch einmal gut angeschaut und eventuell auch hinterfragt bzw. verändert werden.

Der Fachartikel von Sophie Rohrmeier, welcher im theoretischen Teil referiert wurde, zeigt auch, dass Freundschaften ein Schutzfaktor gegen depressive Verstimmungen bzw. Erkrankungen sind. Wenn Menschen gute FreundInnen haben, ist das Risiko an einer Depression zu erkranken ziemlich gering und auch die Gefahr, dass man im Leben den Halt verliert ist dadurch kaum mehr vorhanden.

Zusätzlich zeigt die Studie von Cui S. und Cheng Y., dass es Zusammenhänge zwischen Einsamkeitsgefühlen und Selbstmordversuchen gibt. Bei Problemen in gleichrangigen Beziehungen ist das Risiko für einen Selbstmordversuch höher, da positive Peer-Beziehungen ein wesentlicher Schutzfaktor für Jugendliche sind.

Im Rahmen der dritten Hypothese wurde von mir untersucht, ob Studierende, die in einer Partnerschaft leben, weniger für suizidale Verhaltensweisen gefährdet sind, als Studierende, die in keiner Partnerschaft leben. Das Ergebnis hat gezeigt, dass Studierende, die in einer Partnerschaft leben, weniger suizidale Tendenzen berichten.

Eine Partnerschaft ist daher sehr wichtig und kann zur eigenen Lebenszufriedenheit einen wesentlichen Beitrag leisten. In schwierigen Zeiten kann eine innige Partnerschaft Halt sowie Unterstützung bieten und auch zeigen, dass man im Leben mit den eigenen Problemen nicht alleine ist. Problematisch kann es nur werden, wenn man zum/zur eigenen PartnerIn keine gute Beziehung pflegt und es in der Partnerschaft immer wieder zu Differenzen sowie zu Konflikten kommt, da dadurch kaum haltgebende Tendenzen vorhanden sind. Wenn ein Mensch in einer unglücklichen Partnerschaft lebt und kaum bereichernde freundschaftliche Beziehungen führt, ist das Risiko für suizidales Verhalten mit Sicherheit höher. Deshalb ist es für den eigenen Seelenfrieden ganz wichtig, dass man gute Beziehungen im Leben hat und dass man mit Menschen Kontakt hat, die positiv auf das eigene Leben einwirken und die in schweren Zeiten auch wirklich präsent sind.

Die referierte Dissertation von Andreas Thalmeier hat genauso gezeigt, dass das wichtigste Umfeld eines Menschen die Familie ist, da sie eine soziale und emotionale Unterstützung bieten kann. Verheiratete Personen weisen eine niedrigere Suizidrate auf als Personen, die geschieden oder verwitwet sind.

Die vierte Hypothese beschäftigt sich mit der Frage, ob Studierende, die Geschwister haben, weniger für suizidale Verhaltensweisen gefährdet sind als Studierende, die keine Geschwister haben. Laut dem Ergebnis meiner Erhebung sind Studierende, die Geschwister haben, nicht weniger gefährdet für suizidale Verhaltensweisen als Studierende, die keine Geschwister haben.

Laut den Forschungsergebnissen von Jürgen Bengel, welche im theoretischen Teil vorgestellt wurden, sind gute Beziehungen unter Geschwistern für eine positive Entwicklung sehr wichtig. Ein positiver Kontakt zu den eigenen Geschwistern kann das Risiko einer depressiven Erkrankung ziemlich mindern, da gute Geschwisterbeziehungen ein Umfeld schaffen, in dem moralisches Denken, Konfliktlösung und soziales Verständnis gelernt werden können.

Innerhalb der letzten Hypothese wurde von mir untersucht, ob Studierende, die neben dem Studium eine Berufstätigkeit ausüben, gefährdeter für suizidale Verhaltensweisen sind als Studierende, die neben dem Studium keine Berufstätigkeit ausüben. Das von mir erwartete Resultat konnte bei dieser Hypothese nicht bestätigt werden, da die Studierenden, die neben dem Studium berufstätig sind, keine stärkeren suizidalen Verhaltensauffälligkeiten zeigen.

Meine Hintergrundüberlegung bei dieser Hypothese war, dass Studierende, die neben ihrem Studium arbeiten müssen, eine Doppelbelastung haben, da sie das Studium und die Nebenarbeit in ihrer Lebensgestaltung unterbringen müssen, wodurch es zu einem erhöhten Stresslevel kommen kann. Diese Belastung kann höchstwahrscheinlich so groß werden, dass der Lebensmut und auch der Lebenswille verloren gehen, wodurch das Risiko für suizidales Verhalten mit Sicherheit größer ist. Anscheinend haben jene Studierende, die ich befragt habe, keine Schwierigkeiten damit, die Zeit für das Studium und die Arbeit einzuteilen und ihren Alltag dementsprechend zu managen. Dieses Ergebnis ist eigentlich sehr beruhigend, da eine Berufstätigkeit neben dem Studium keinen Risikofaktor für suizidale Verhaltensauffälligkeiten darstellt.

Literaturverzeichnis

Becker, Katja (2013): Mögliche Ursachen für Suizidabsichten und Suizid bei Kindern und Jugendlichen. **In:** <http://www.neurologen-und-psychiater-im-netz.org/kinder-jugend-psychiatrie/warnzeichen/suizidabsichten-suizidversuch/moegliche-ursachen/> [abgerufen am 11.04.2016].

Bengel, Jürgen/Meinders-Lücking, Frauke/Rottmann, Nina (2009): Schutzfaktoren bei Kindern und Jugendlichen – Stand der Forschung zu psychosozialen Schutzfaktoren für Gesundheit. **In:** https://www.gutdrauf.net/fileadmin/user_upload/Startseite/Materialien/Ki-undJugendgesundheit/Schutzfaktoren_bei_Kindern_und_Jugendlichen_2009.pdf [abgerufen am 28.06.2016].

Berth, Hendrik/Förster, Peter/Brähler, Elmar (2003): Gesundheitsfolgen von Arbeitslosigkeit und Arbeitsplatzunsicherheit bei jungen Erwachsenen. Das Gesundheitswesen, Band 55, S. 555-560.

In: https://www.researchgate.net/profile/Elmar_Braehler/publication/231586578_Unemployment_job_insecurity_and_their_consequences_for_health_in_a_sample_of_young_adults/links/02e7e52b5db3baf37d000000.pdf [abgerufen am 21.04.2016].

Braun-Scharm, Hellmuth (1996): Koinzidenz von zunehmender Suizidalität und beginnender Persönlichkeitsstörung im Jugendalter? **In:** Bronisch, Thomas/Wolfersdorf, Manfred (Hrsg.): Persönlichkeit – Persönlichkeitsstörungen und suizidales Verhalten. 4. Band. Regensburg: Roderer Verlag, S. 18-23.

Cui, S./Cheng, Y. et al. (2010): Peer relationships and suicide ideation and attempts among Chinese adolescents. **In:** <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21198776> [abgerufen am 07.09.2016].

Dennis, MS./Wakefield, P. et al. (2007): A study of self-harm in older people: mental disorder, social factors and motives. **In:** <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17882589> [abgerufen am 07.09.2016].

Edanackaparampil, Manju (2014): Selbstverletzendes Verhalten bei Jugendlichen in Abhängigkeit von Suizidalität, Verhaltensauffälligkeiten und emotionaler Dysregulation im Geschlechtervergleich. Empirische Untersuchung einer klinischen Stichprobe. Dissertation. **In:** <https://repository.publisso.de/resource/frl:5669713-1/data> [abgerufen am 13.06.2016].

Egle, Gert (2013): Suizidales Verhalten. **In:** http://www.teachsam.de/pro/pro_selbsttt/pro_selbsttt_2.htm [abgerufen am 11.04.2016].

Erlemeier, Norbert (2013): Was leistet die Resilienzforschung für die Suizidprävention. **In:** http://www.suizidprophylaxe-online.de/pdf/04_heft155_2013.pdf [abgerufen am 09.05.2016].

Faust, Volker (2008): Psychiatrie heute. Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln. **In:** [http://www.psychosoziale-gesundheit.net/pdf/Int.1-Suizidalitaet\(0\).pdf](http://www.psychosoziale-gesundheit.net/pdf/Int.1-Suizidalitaet(0).pdf) [abgerufen am 11.04.2016].

Furrer, Susann/Widmer, Reto (1997): Aspekte suizidaler Handlungen in den westlichen Gesellschaften. **In:** <http://socio.ch/health/suizid02.htm#1.4>. [abgerufen am 18.04.2016].

Grupp, Marc Oliver (2009): Aggressive Persönlichkeitsmerkmale bei suizidalem Verhalten. Dissertation. Ludwig-Maximilians-Universität, München. **In:** https://edoc.ub.uni-muenchen.de/10660/1/Grupp_Marc_Oliver.pdf [abgerufen am 18.04.2016].

Holderegger, Adrian (2002): Suizid – Leben und Tod im Widerstreit. Freiburg: Paulusverlag.

Juen, Barbara/Warger, Ruth (2009): Suizidalität im Jugendalter – Allgemeine Informationen. **In:** <http://krisenintervention.tsn.at/content/suizidalit%C3%A4t-im-jugendalter-allgemeine-informationen-0> [abgerufen am 09.05.2016].

Kamm, Sandra/Jehli, Peter/Wiesner, Patrick (2010): Zwischen Lebenslust und Lebensfrust. Eine Unterrichts- und Interventionshilfe zur Suizidprävention. **In:** <http://www.fhnw.ch/ph/iwb/download/gesundheit/unterrichtmaterial/zwischen-lebenslust-und-lebensfrust-unterrichts-und-interventionshilfe-zur-suizidpraevention> [abgerufen am 28.04.2016].

Käsler, Helga/Nikodem, Brigitte (1996): Bitte hört, was ich nicht sage. Signale von Kindern und Jugendlichen verstehen, die nicht mehr leben wollen. München: Kösel-Verlag GmbH.

Krebs-Roubicek, Eva Maria (1988): Suizidalität im Alter. **In:** Uchtenhagen, Ambros/Jovic, Nikola (Hrsg.): Psychogeriatric. Neue Wege – Hinweise für die Praxis. Zürich: Roland Asanger Verlag Heidelberg GmbH, S. 181-193.

Leitzinger, Gabriele/Schmaddebeck, Britta/Beuchel, Isabel (1994): Suizidalität im Alter. **In:** Klicpera, Christian/Schabmann, Alfred/Al-Roubaie, Ali (Hrsg.): Psychosoziale Probleme im Alter. Wien: WUV-Universitätsverlag, S. 127-141.

Lexikon der Psychologie (2000): SE. **In:** <http://www.spektrum.de/lexikon/psychologie/se/13762> [abgerufen am 06.06.2016].

Niklaus, Annett (2016): Gibt es sichere Suizidmethoden? **In:** <https://www.suizidpraevention-zh.ch/ich-bin-in-der-krise/erwachsene/was-geschieht-mit-mir/gibt-es-sichere-suizidmethoden/> [abgerufen am 18.04.2016].

Oerter, Rolf/Montada, Leo (2002): Entwicklungspsychologie. 5. Auflage. Berlin: Beltz Verlag.

Petermann, Franz/Kusch, Michael/Niebank, Kay (1998): Entwicklungspsychopathologie. Ein Lehrbuch. Weinheim: Psychologie Verlags Union.

Pullmann, Helle/Allik, Jüri (2000): The Rosenberg Self-Esteem scale: its dimensionality, stability und personality correlates in Estonian. **In:** http://www.biodidaktik.uni-rostock.de/fileadmin/Mathnat_Bio_Didaktik/Dokumente/fragebogen-selbstwertgefuehles.pdf [abgerufen am 27.08.2016].

Rohrmeier, Sophie (2015): Gesunde Freunde – das beste Antidepressionsmittel? **In:** <http://www.welt.de/gesundheit/psychologie/article145368827/Gesunde-Freunde-das-beste-Antidepressionsmittel.html> [abgerufen am 23.06.2016].

Rossmann, Peter/Reicher, Hannelore (2008): Suizidales Verhalten. **In:** Gasteiger-Klicpera, Barbara/Julius, Henri (Hrsg.): Sonderpädagogik der sozialen und emotionalen Entwicklung. Göttingen: Hogrefe-Verlag, S. 276-288.

Santosh, Paramala (2011): Patienten und Angehörige. **In:** <http://www.stop-study.com/index.php/de/patienten-und-angehoerige/> [abgerufen am 11.04.2016].

Schmidtke, Armin/Schaller, Sylvia (2013): Was ist suizidales Verhalten? Erkennen und Vorbeugen. **In:** Schäfer, Rainer/Schuhmann, Günter (Hrsg.): Ist das noch ein Leben? Suizid als Herausforderung für Palliativmedizin und Palliativpflege. Würzburg: Verlag Königshausen & Neumann GmbH, S. 15-33.

Stangl, Werner (2012): Präsuizidales Syndrom. **In:** <http://lexikon.stangl.eu/919/praesuizidalesyndrom/> [abgerufen am 27.07.2016].

Thalmeier, Andreas (2007): Identifikation neuer Kandidatengene für suizidales Verhalten durch Microarrayversuche. Dissertation. Ludwig-Maximilians-Universität, München. **In:** https://edoc.ub.uni-muenchen.de/6727/1/Thalmeier_Andreas.pdf [abgerufen am 25.04.2016].

Till, Benedikt/Tran, Ulrich S./Niederkrötenhaler, Thomas (2016): Relationship Satisfaction and Risk Factors for Suicide. **In:** <http://econtent.hogrefe.com/doi/abs/10.1027/0227-5910/a000407?journalCode=cri> [abgerufen am 29.09.2016].

Von Greyerz, Salome/Keller-Guglielmetti, Elvira (2005): Risiko- und Schutzfaktoren zu Depression und Suizidalität. **In:** <http://www.suizidpraevention-kantonbern.ch/page3.php> [abgerufen am 28.04.2016].

Wolf, Doris (2010): Selbstmord: Sehnsucht aus dem Leben zu scheiden. **In:** <https://www.palverlag.de/selbstmord-suizid.html> [abgerufen am 21.04.2016].

Tabellenverzeichnis

| | |
|---|----|
| <i>Tabelle 1:</i> Altersverteilung der Stichprobe..... | 45 |
| <i>Tabelle 2:</i> Geschlechterverteilung in der Stichprobe..... | 46 |
| <i>Tabelle 3:</i> Herkunft der befragten Studierenden..... | 47 |
| <i>Tabelle 4:</i> Die Fakultätszugehörigkeit der befragten Studierenden..... | 48 |
| <i>Tabelle 5:</i> Die Berufstätigkeit während des Studiums..... | 49 |
| <i>Tabelle 6:</i> Die Partnerschaft..... | 50 |
| <i>Tabelle 7:</i> Stichprobengröße der Selbstwert-Skala..... | 51 |
| <i>Tabelle 8:</i> Cronbach's Alpha der Selbstwert-Skala..... | 51 |
| <i>Tabelle 9:</i> Trennschärfen der Items der Selbstwert-Skala..... | 51 |
| <i>Tabelle 10:</i> Stichprobengröße der Freundschaft-Skala..... | 53 |
| <i>Tabelle 11:</i> Cronbach's Alpha der Freundschaft-Skala..... | 53 |
| <i>Tabelle 12:</i> Trennschärfen der Items der Freundschaft-Skala..... | 53 |
| <i>Tabelle 13:</i> Stichprobengröße der Suizidalität-Skala..... | 55 |
| <i>Tabelle 14:</i> Cronbach's Alpha der Suizidalität-Skala..... | 55 |
| <i>Tabelle 15:</i> Trennschärfen der Items der Suizidalität-Skala..... | 55 |
| <i>Tabelle 16:</i> Die Korrelationen zwischen den erfassten Variablen (n = 300)..... | 57 |

| | |
|--|----|
| <i>Tabelle 17:</i> Regressionsanalyse: Eingegangene/Entfernte Variablen..... | 60 |
| <i>Tabelle 18:</i> Regressionsanalyse: Zusammenfassung der einzelnen Modelle..... | 60 |
| <i>Tabelle 19:</i> Regressionsanalyse: Ergebnisse der Anova..... | 61 |
| <i>Tabelle 20:</i> Regressionsanalyse: Koeffizienten..... | 61 |
| <i>Tabelle 21:</i> Regressionsanalyse: Ausgeschlossene Variablen | 62 |

Grafikverzeichnis

| | |
|--|----|
| <i>Grafik 1:</i> Altersverteilung der Stichprobe..... | 45 |
| <i>Grafik 2:</i> Geschlechterverteilung in der Stichprobe | 46 |
| <i>Grafik 3:</i> Die Fakultätszugehörigkeit der befragten Studierenden..... | 48 |
| <i>Grafik 4:</i> Die Berufstätigkeit während des Studiums..... | 49 |
| <i>Grafik 5:</i> Die Partnerschaft..... | 50 |
| <i>Grafik 6:</i> Punktwerteverteilung der Selbstwert-Skala..... | 52 |
| <i>Grafik 7:</i> Punktwerteverteilung der Freundschaft-Skala..... | 54 |
| <i>Grafik 8:</i> Punktwerteverteilung der Suizidalität-Skala..... | 56 |

Fragebogen

Nachstehend finden Sie Aussagen zum eigenen *Befinden* und zu *Freundschaften*. Lesen Sie bitte die Aussagen aufmerksam durch und wählen Sie bei jeder Aussage jene Antwortmöglichkeit aus, die am ehesten auf Sie zutrifft. Dabei gibt es keine richtigen oder falschen Antworten! Es geht darum, dass Sie die Aussagen ehrlich beantworten! Die Auswertung des Fragebogens ist anonym und es werden keine Daten an Dritte weitergegeben! Beantworten Sie bitte alle Aussagen!

| | trifft zu | trifft eher zu | trifft eher nicht zu | trifft nicht zu |
|---|--------------------------|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|
| Im Großen und Ganzen bin ich mit mir selbst zufrieden. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Manchmal denke ich, dass ich für nichts zu gebrauchen bin. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Für mich sind Freundschaften im Leben wichtig. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich kann mich auf meine FreundInnen verlassen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich habe schon mal das Gefühl gehabt, dass mein Leben nicht lebenswert ist. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich habe eine Menge guter Eigenschaften. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich mache Dinge genauso gut wie die meisten anderen Leute. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich fühle mich manchmal von meinen FreundInnen vernachlässigt. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich fühle mich von meinen FreundInnen ausreichend wertgeschätzt. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich habe mir schon mal gewünscht, dass ich tot bin. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Es gibt nicht viel, worauf ich stolz sein kann. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Manchmal fühle ich mich nutzlos. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich kann mit meinen FreundInnen über eigene Probleme reden. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Meine FreundInnen haben immer ein offenes Ohr für mich. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Manchmal fühle ich mich unsicher. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich habe häufig Schuldgefühle. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich fühle mich bei meinen FreundInnen immer wohl. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich fühle mich durch meine FreundInnen in meinem Selbstwertgefühl bestärkt. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich habe bereits in manchen Situationen den Tod als eine Erlösung vom Leben betrachtet. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Meine Fehler und Schwächen versuche ich vor anderen zu verbergen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich fühle mich öfters wie ein/e VersagerIn. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich habe mit meinen FreundInnen regelmäßig Kontakt. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Es fällt mir leicht, neue Freundschaften zu knüpfen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich habe eine positive Einstellung zu mir selbst. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich habe schon mal <i>gedroht</i> , mir das Leben zu nehmen. | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> |
| Ich habe schon mal <i>versucht</i> , mir das Leben zu nehmen. | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> |

Bitte umblättern!

Am Ende dieses Fragebogens würde ich Sie noch darum bitten, ein paar Angaben zu *Ihrer Person* zu machen!

Alter:

Geschlecht: männlich weiblich

Nationalität:

An welcher Fakultät studieren Sie?

- Katholische Theologie
- Rechtswissenschaften
- Sozial- und Wirtschaftswissenschaften
- Geisteswissenschaften
- Naturwissenschaften
- Umwelt-, Regional- und Bildungswissenschaften
- Sonstige

Sind Sie neben dem Studium berufstätig?

ja nein

Leben Sie in einer Partnerschaft?

ja nein

Wie viele Geschwister haben Sie?

Ich habe Geschwister.

Wie viele Kinder haben Sie?

Ich habe Kinder.

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!