



universität
wien

Diplomarbeit

Titel der Arbeit

Zur Dimensionalität von Ursachenzuschreibungen
suizidalen Verhaltens: Modifikation und
psychometrische Analyse der Lester-Bean-Skalen

Verfasserin

Patricia Constance Bracht

Angestrebter akademischer Grad

Magistra der Naturwissenschaften (Mag. rer. nat.)

Wien, im März 2012

Studienkennzahl: 298

Studienrichtung: Psychologie

Betreuer: Assistenzprof. PD MMag. DDDr. Martin Voracek

WIDMUNG

Meinem Vater, Heinz Friedrich Peter Lichterfeld, gewidmet.

Verstorben am 23.03.2011

Nun, o Unsterblichkeit ist er endlich dein.

INHALTSVERZEICHNIS

EINLEITUNG.....	9
THEORETISCHER TEIL.....	11
1 Definitionen.....	13
1.1 Suizidales Verhalten.....	13
1.2 Suizidale Risikofaktoren und Risikogruppen.....	16
1.3 Kausalattributionen.....	17
2 Ursachenzuschreibungen suizidalen Verhaltens.....	18
2.1 Laintheorien der Suizidalität.....	18
2.2 Laintheorien der Suizidalität nach Lester und Bean (1992).....	19
2.3 Theoretische Überlegungen zur Modifizierung der Lester-Bean-Skalen	21
EMPIRISCHER TEIL.....	25
3 Pilotstudie.....	27
3.1 Fragebogenentwicklung- Definitionen der Skalen.....	27
3.2 Methoden.....	29
3.2.1 Untersuchungsteilnehmer.....	29
3.2.2 Untersuchungsplan.....	30
3.2.3 Untersuchungsbedingungen und Untersuchungsmaterialien.....	32

3.3 Ergebnisse.....	32
3.3.1 Stichprobenbeschreibung.....	32
3.3.2 Item- und Skalenanalyse.....	34
3.3.3 Konfirmatorische Faktorenanalyse.....	46
3.3.4 Hypothesenprüfung.....	41
3.4 Diskussion und Kritik der Pilotstudie.....	53
4 Hauptuntersuchung.....	57
4.1 Methoden.....	58
4.1.1 Untersuchungsteilnehmer.....	58
4.1.2 Untersuchungsplan.....	59
4.1.3 Untersuchungsbedingungen und Untersuchungsmaterialien.....	61
4.2 Ergebnisse.....	63
4.2.1 Stichprobenbeschreibung.....	63
4.2.2 Skalenanalyse.....	65
4.2.3 Konfirmatorische Faktorenanalyse.....	69
4.2.4 Hypothesenprüfung.....	70
4.3 Diskussion und Kritik der Hauptuntersuchung.....	72
5 Allgemeine Kritik und Diskussion der Diplomarbeit.....	76
6 Zusammenfassung.....	79

APPENDICES.....	80
Appendix A: Fragebögen der Pilotstudie.....	82
Appendix B: Ergebnisse der Fragebogenauswertung.....	99
Appendix C: Ergebnisse und Kennwerte der Skalen- und Itemanalyse...	101
Appendix D: Ergebnisse der konfirmatorischen Faktorenanalyse.....	125
Appendix E: Ergebnisse der Hypothesenprüfung.....	129
Appendix F: Fragebögen der Hauptuntersuchung.....	136
Appendix G: Ergebnisse der Fragebogenauswertung.....	146
Appendix H: Ergebnisse und Kennwerte der Skalenanalyse.....	147
Appendix I: Ergebnisse der Modellanpassung.....	176
LITERATURVERZEICHNIS.....	188
ONLINERESSOURCEN.....	192
EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG.....	193
CURRICULUM VITAE.....	194

EINLEITUNG

Die vorliegende Diplomarbeit beschäftigt sich mit dem Thema der Ursachenzuschreibungen suizidalen Verhaltens. In früheren Untersuchungen konnte gezeigt werden, dass Ursachenzuschreibungen bzw. Attributionen, die sich auf suizidales Verhalten beziehen, in die Kategorien „intrapyschische Probleme“, „interpsychische Konflikte“ und „sozialer/gesellschaftlicher Druck“ unterteilt werden können (Lester & Bean, 1992). Demnach wurde angenommen, dass es bestimmte Motive gibt, Suizid zu begehen, die jedoch unabhängig von der Art der jeweiligen Ursache sind. Diese Annahmen wurden in weiteren Studien untersucht und weitestgehend repliziert (Voracek, Loibl, & Lester, 2007). Diese Forschungsergebnisse werden in einem theoretischen Abriss dargestellt.

Des Weiteren wird innerhalb des theoretischen Teils die Problemstellung der Dimensionalität von Ursachenzuschreibungen suizidalen Verhaltens unter weiterer Berücksichtigung der Modifikation und der psychometrischen Analyse der Lester-Bean-Skalen (LBS) behandelt. Um diese Fragestellung adäquat zu eruieren, muss im Vorhinein dargestellt werden, wie das Konstrukt der Ursachenzuschreibung und das des suizidalen Verhaltens im Zusammenhang definiert werden können.

Der empirische Teil widmet sich der Entwicklung eines eigenen Fragebogens, der, basierend auf den Lester-Bean-Skalen, eingesetzt wird und innerhalb der Pilotstudie untersuchen soll, inwieweit sich beispielsweise psychisch erkrankte Menschen in ihren Attributionsstilen von der Normalbevölkerung unterscheiden, die sich nie in psychologischer, psychotherapeutischer oder psychiatrischer Behandlung aufgrund von psychischen Erkrankungen begeben haben. Darauf aufbauend, wird eine weitere Modifizierung der LBS mittels konfirmatorischer Faktorenanalyse vorgenommen, die im Laufe der Haupttestung an einem Sample, bestehend aus Testpersonen der Normalbevölkerung, ihre Anwendung findet. Darüber hinaus wird abschließend dargestellt, wie sich das Konstrukt der Kausalattributionen suizidalen Verhaltens, basierend auf der theoretischen Annahme nach Lester und Bean (1992), erweitern und mit weiteren Forschungsideen spezifizieren lässt.

Abschließend werden die gefundenen Annahmen im Lichte aktueller Forschungsberichte dargestellt und gezeigt, inwieweit sich durch weitere Exploration des Konstrukts „Attributionstheorien suizidalen Verhaltens“ neue Forschungsideen ergeben könnten.

Theoretischer Teil

THEORETISCHER HINTERGRUND

Suizidales Verhalten wurde Jahrzehnte lang als eine psychische Störung angesehen, welches durch umfassende internationale Präventivmaßnahmen versucht wurde, einzudämmen (Zadravec, Grad, & Socan, 2006). Daher kann keine einzig losgelöste Theorie über suizidales Verhalten dieses Phänomen erklären, obgleich über die Jahre versucht wurde, ein multidimensionales Modell der Suizidalität zu entwickeln.

Infolgedessen soll dieser Abschnitt einen Überblick über die theoretischen Annahmen liefern, die als Basis der Weiterentwicklung der modifizierten LBS gelten soll. Beginnend werden Definitionen über die Begriffe des suizidalen Verhaltens, der entsprechenden Risikogruppen und -faktoren, sowie der Kausalattributionen gegeben, die als Grundlage für den weiteren Verlauf der Theoriedarstellung dienen sollen.

1 Definitionen

1.1 Suizidales Verhalten

Ist's denn Sünde

zu stürmen ins geheime Haus des Todes

eh' Tod zu uns sich wagt?

W. Shakespeare (Antonius und Kleopatra; 1623)

Laut Angaben der WHO sterben circa jedes Jahr eine Million Menschen durch eigene Hand. Hingegen wird die Anzahl der Suizidversuche auf etwa 20 bis 50 Millionen geschätzt. Diese Zahlen machen deutlich, dass im Grunde genommen jeder Mensch anfällig ist gegenüber suizidalem Verhalten. Das heißt, es muss nicht unbedingt das Vorliegen einer bestimmten psychischen Erkrankung oder eine psychosoziale Krise Auslöser sein, um seinen Lebenswillen zu verlieren und sich den Tod zu wünschen.

Geschichtlich gesehen wurde der Begriff „Suizidalität“ unter Abschaffung des semantischen und konzeptuellen Sprachproblems geschaffen. Dieser Ansatz, der eindeutig aus dem behavioralen Zweig der nordamerikanischen Psychologie stammt, wurde durch eine politisch korrekte Ausdrucksweise, die durch eine feministische Wissenschaftlerin geprägt wurde, eingeführt. Grund dafür war, dass Männer eher Selbstmordversuche mit Todesfolge durchführen als Frauen und dadurch als „kompetenter“ eingestuft worden (Lester, 1994).

Allgemein kann gesagt werden, dass Suizidalität die Gesamtheit all jener Denk- und Verhaltensweisen eines Menschen sind, die einen autoaggressiven Charakter haben und das eigene Versterben direkt oder indirekt veranlassen können. Diese anfängliche Definition muss jedoch in Folge dessen weiter spezifiziert werden, um die unterschiedlichen Klassifizierungen suizidalen Verhaltens genauer unterscheiden zu können. Es muss jedoch vorab darauf hingewiesen werden, dass die einzelnen suizidalen Phänomene Überschneidungen aufweisen können. Beginnend mit dem *parasuizidalen Syndrom*, welches von Ringel (1953) als „*die Einengung, verstärkte und gleichzeitig gehemmte Aggression sowie die Flucht in die Irrealität in der dem Suizid (versuch) vorausgegangene Phase*“ definiert wurde, gibt einen ersten Hinweis darauf, dass suizidale Verhaltensweisen nicht akut auftreten, sondern innerhalb eines Prozesses von divergenten Verhaltensweisen und Gedanken auftreten. Wenn man in diesem Zusammenhang *Todeswünsche* verspürt, ist dies nicht unmittelbar mit suizidalen Handlungen verbunden, da sie zu einem bestimmten Zeitpunkt auftreten können, jedoch nicht zwingend, eigene Handlungen durchgeführt werden müssen. Darüber hinaus stehen *suizidale Ideen* oder Gedanken, die mit dem Wunsch nach dem Tod zusammenhängen. Diese können mehr oder minder konkret mit möglichen Handlungen verbunden sein, wobei in den betroffenen Personen ein Ausdruck von Ambivalenz besteht, diese sich jedoch ohne konkreten Handlungsdruck äußert. Sie stellen vielmehr ein gedankliches Ausloten der eigenen Grenzen und Möglichkeiten dar (Sonneck, 2000). Nach Ringel (1969) kann man zwischen aktiv intendierten Suizidgedanken, im Sinne einer gedanklichen Auseinandersetzung, und passiv sich aufdrängenden, sich ergo mehr oder minder konkretisierten Selbstmordphantasien und Überlegungen zum selbstinduzierten Mord, unterscheiden. Eine weitere wichtige Abgrenzung zu den eben beschriebenen Begriffen, sind

Suizidankündigungen und *Suizidhinweise*. Darunter sind nicht nur offene Mitteilungen, sondern auch die stark gedankliche Auseinandersetzung mit dem eigenen Selbstmord zu subsummieren. Sie können also direkt bzw. indirekt drohend oder als dem bekannten „Hilferuf“- (cry for help) zu verstehen sein. Im weiteren Verlauf einer suizidalen Phase, können sich *Suizidabsichten* manifestieren, die Ideen beschreiben, welche mit konkreter Planung und Absicht zur Durchführung des Selbstmordes einhergehen. Das Verhalten, welches der Betroffene an den Tag legt, wird mit einem deutlichen Handlungsdruck erlebt. In weiterer Folge ergibt sich ein *Selbstmordversuch*, der als eigentliche suizidale Handlung definiert (Stengel, 1964), jedoch, im Gegensatz zum *Selbstmord mit Todesfolge*, überlebt wird. Eine Abgrenzung zu einem *parasuizidalen Verhalten* ist oft sehr schwierig. Die betreffende Person erlebt einen deutlichen Druck sich umbringen zu müssen, wobei der Glaube mit den eingesetzten Methoden das gesetzte Ziel zu erreichen, vorhanden ist. Wie diese Darstellung nun eindrucksvoll zeigt, umfasst suizidales Verhalten, sowohl Ideen und Gedanken (internal) sich das Leben zu nehmen, als auch konkrete Handlungsanweisungen und Todeswünsche, sich umbringen zu wollen. Jedoch spielen nicht nur diese Faktoren eine enorm wichtige Rolle, sondern auch externe (soziale, psychologische), wie sie bereits Freud (1917) und Durkheim (1983) postuliert haben.

Alles in Allem lässt sich also folgern, dass eine geeignete Definition unter Einbeziehung der suizidalen Absichten oder der Probleme der Betroffenen, die Operationalisierung dieses Konstrukts überaus schwierig macht. Durch den Einsatz geeigneter etablierter Messmethoden und Skalen kann dies jedoch teilweise kompensiert werden (De Leo, Burgis, Bertolote, Kerkhof, & Bille-Brahe, 2006).

1.2 Suizidale Risikofaktoren und Risikogruppen

Risikogruppen

Daraus resultierend können so genannte potentielle Risikogruppen nach Ausmaß ihrer Suizidgefährdung (Sonneck, 2000) erstellt werden, die:

- 1 Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängige, wobei für jene Personen ein besonders hohes Risiko nach acht bis zehn Jahren ab Beginn der Suchterkrankung besteht (Faust, 2010),
- 2 Depressionen aller Art (vor allem frühere affektive Erkrankungen),
- 3 ältere Menschen und Vereinsamte,
- 4 Personen, die bereits Suizid angekündigt haben und
- 5 solche, die durch einen Suizidversuch, sprich Parasuizid, auffällig geworden sind

umfassen.

Risikofaktoren

Als suizidgefährdeter sind also jene Personen einzustufen, die ein erhöhtes Risiko zu suizidalem Verhalten besitzen bzw. dieses erheblich höher liegt als das der Normalbevölkerung (Sonneck, 2000).

Nach Faust (Stand 2010) können Risikobedingungen bezeichnet werden, die suizidales Verhalten wahrscheinlicher machen. Dies sind zum einen die Zugehörigkeit zu bestimmten Risikogruppen psychischer Erkrankungen wie beispielsweise Depressionen, Schizophrenie oder Suchterkrankungen jeglicher Art. Zum anderen kann aber auch eine so genannte Risikopathologie bestehen, die vor allem Hoffnungslosigkeit, Isolations-, Schuld- oder auch Wertlosigkeitsgefühle, Wahn und Halluzinationen subsummiert.

Die hohe Anfälligkeit gegenüber Suizidalität bei Suchterkrankungen stellt Sonneck (1991) sehr eindrucksvoll dar. Nicht nur das Faktum der Chronifizierung des Alkohol- oder Drogengebrauchs als eine reaktive Handlung infolge einer Traumatisierung spielt eine erhebliche Rolle, sondern auch die daraus resultierende hohe Suizidalitätsrate im Vergleich zu nichtabhängigen Personen.

Weitere wichtige Prädiktoren sind zudem suizidale Krisen oder Suizidversuche in der Vorgeschichte, wie auch schwierige soziale Situationen,

unter die Langzeitarbeitslosigkeit, Vereinsamung im Alter, oder die Zugehörigkeit zu Randgruppen zählen.

1.3 Kausalattributionen

Der Anfang der Kausalattributionstheorien stellt jene von Kelley (1957) dar, der zwischen Personen-, Umstände- und Stimulusattribution unterscheidet. Von einer *Personenattribution* spricht man, wenn die Ursache einer Handlung in einer Eigenschaft der Person gesehen wird. Eine *Umständeattribution* wird als Ergebnis in einem Zusammentreffen diverser Umstände gesehen. Eine *Stimulusattribution* liegt hingegen vor, wenn die Ursache in einer Eigenschaft der Reize oder der Umgebung verankert zu sein scheint. Weiterentwicklungen, die auf der Basis dieser Theorie entwickelt worden, wäre beispielsweise jene von Weiner (1961), der diese um so genannte Dimensionalitätsfaktoren (Kontrollierbarkeit, Lokalisation, Stabilität) erweitert hat.

Unter *Kausalattribution* versteht man im Allgemeinen den Vorgang der Ursachenzuschreibungen fremden und eigenen Verhaltens. Um Personen wahrnehmen zu können, müssen von Außenstehenden Meinungen und/oder Bewertungen gebildet werden, die zu einer Urteilsbildung bezüglich der wahrgenommenen Person führen. Solche Prozesse sind überaus häufig und wichtig, werden jedoch immer unter einer „laienhaften“ bzw. alltagspsychologischen Sichtweise konstruiert (Bruner, 1954; Schultz- Schaeffer, 2007). Über bewusste, aber auch unbewusste Handlungen oder Äußerungen werden Menschen hinsichtlich ihrer Motive, Absichten oder auch Charaktereigenschaften eingeschätzt (Greenwald, Banaji, & Mahzahn, 1995). Wenn es zu einer solchen Meinungsbildung gekommen ist, stellt dies die Grundlage für weitere Bewertungen über die „Reizperson“ dar. Solche alltagspsychologischen Ursachenzuschreibungen repräsentieren einen immensen Umfang einer Handlung als Effekt geteilt unterstellter Situationsdefinitionen und werden unreflektiert als selbstverständlich in das Alltagswissen des Beobachters verankert (Greenwald et al., 1995).

Es können jedoch nicht alle Reize aufgenommen und vom Gehirn weiterverarbeitet werden. Dadurch kommt es zu einer so genannten *Reizselektion*, die nur einen kleinen Teil der wahrgenommenen Aspekte einer Person miteinschließt, um die Informationsverarbeitungsprozesse zu erleichtern und weniger zeitintensiv ablaufen zu lassen. Die Wahrnehmungsselektion verleiht zum einen Sicherheit im Umgang mit anderen Personen, da man als Beobachter nur mit einer gewissen Anzahl von Reaktionen rechnen muss, zum anderen birgt ebendiese die Gefahr, dass wichtige Aspekte übersehen werden und lediglich ein einseitiges Bild von der wahrgenommenen Person bestehen bleiben könnte (Ellgring, 1994).

Von *Inferenz* spricht man im Zuge dessen, wenn über die bewusste Wahrnehmung hinaus Reize wahrgenommen werden, die auf nicht sichtbaren Informationen beruhen. Ferner führt diese Annahme dazu, dass nach weiteren „passenden“ Merkmalen gesucht wird, die das erschaffene Bild einer Person zu komplettieren scheinen. Weitere Bereiche, in denen die beschriebene Theorie eine weitere fundamentale Rolle spielt, sind Depressionen und Einsamkeit (Aldenhoff, 1997).

2 Ursachenzuschreibungen suizidalen Verhaltens

2.1 Lagentheorien der Suizidalität

In den letzten Jahren wurde das Augenmerk auf die so genannten *lay theories* (Furnham, 1988) gelegt, die im Gegensatz zu wissenschaftlichen Theorien, Ursachenzuschreibungen von Menschen, die nicht über professionelles Wissen eines im Speziellen oder Allgemein über diverse Themen verfügen, beschreiben. Die Untersuchungen reichen von Attributionstheorien der Bulimia nervosa, über Schizophrenie bis hin zu Depressionen. Einer der führenden Forscher in diesen Bereichen ist Furnham, der die letzten 20 Jahre dieses Forschungszweiges entscheidend mitgeprägt hat.

Jedoch kann dieser Bereich auch auf suizidales Verhalten gelegt werden, der entscheidend durch die Forschungen von Lester und Bean angestoßen wurde. Unter diesem Gesichtspunkt wurden einige Studien in den USA (english form d. Lester- Bean- Skalen) an Studenten, die sich in der Phase des Vordiploms befanden (Lester & Bean, 1992), wie auch an einem ähnlichen Sample in Österreich (Voracek et al., 2007), um die interkulturelle Validität zu bestätigen, untersucht. Eine weitere Studie von Walker, Lester und Joe aus dem Jahr 2006 versucht die Unterschiede zwischen Amerikanern mit europäischen und afrikanischer Abstammung bezüglich des Glaubens über Suizidalität mittels ATTS (Attitudes Towards Suicide Scale; Knight, Furnham, & Lester, 2000; Lester & Bean, 1992), dem Stigma Questionnaire (Kalish, 1966; Lester, 1988), dem Life Ownership Orientation Questionnaire (LOOQ; Ross & Kaplan, 1993/94) und der Suicide Ideation Question (SIQ; Reynolds, 1987) zu untersuchen. Interessanterweise stellten sich signifikante Haupteffekte zwischen den Subskalen der LOOQ und im Speziellen der ATTS (interpsychische Subskala) heraus. Dies wird von den Autoren als ein Indiz dafür gesehen, dass Afroamerikaner weniger dazu tendieren, suizidales Verhalten mit interpersonalen Konflikten wie Arbeitsstress oder einem zerrütteten Elternhaus zu erklären als Amerikaner mit europäischer Abstammung. Diese signifikanten Effekte zeigen historische und philosophische Unterschiede zwischen beiden Subgruppen, die sich vor allem durch den Grad der Religiosität zu unterscheiden scheinen.

2.2 Lagentheorien der Suizidalität nach Lester und Bean (1992)

Im Jahre 1992 entwickelten Lester und Bean speziell ein Modell zur Ursachenzuschreibung suizidalen Verhaltens, welches aus einem großen Inventar (Domino, Gibson, Poling, & Westlake, 1980) an Fragen bezüglich des genannten Themas erstellt wurde. Daraus wurden Cluster, die faktorenanalytisch konstruiert worden, identifiziert, die Suizid als „Schrei nach Hilfe“ und als „Zeichen seelischer Erkrankung“ ansehen. Im Zuge dessen, betrachteten sie die Arten, oder wie Lester und Bean es bezeichneten, die Theorien der Kausalattributionen, die in intrapsychische Probleme (Item: „Menschen, die Selbstmord begehen, sind für

gewöhnlich psychisch krank.“), interpsychische Konflikte (Item: „Selbstmord wird oft durch Streit mit dem Partner ausgelöst.“) und soziale Unterdrückung (Item: „Gesellschaftlich Unterdrückte begehen eher Selbstmord.“) eingeteilt werden können. In diesem Zusammenhang zeigen sich Markeritems, für die drei Skalen, die aus einer Faktorenanalyse mit Varimaxrotation entstammen. Dies wären vier Items für den ersten Faktor, die der sozial-gesellschaftlichen Skala zuzuordnen sind, drei für den zweiten Faktor, die der interpersonalen Subskala entstammen und drei Fragen, die dem dritten Faktor, dessen Items der intrapsychischen Skala zuzuordnen sind (Voracek et al., 2007).

In dieser durchgeführten Studie von Voracek (2007) zeigte sich, dass weder signifikante Alters- und Geschlechtsunterschiede bestehen, noch negative Einstellungen der Peergroup und der kulturellen Umgebung gegenüber Suizid, jedoch von einem Zusammenhang zwischen einer negative persönlichen Einstellung gegenüber der Art des Suizidversuchs gesprochen werden kann. Die Summenwerte der Subskalen standen in keiner korrelativen Verbindung zu den Ergebnissen der verbalen Intelligenz, ähnlich wie jene Faktoren der NEO-FFI-Persönlichkeitsinventars (Costa & McCrae, 1992). Ausgenommen sind jedoch Konstrukte (intrapsychisch, interpersonal), die mit der Gewissenhaftigkeitsskala signifikant positiv korreliert sind ($r = .18$ & $.17$, $p < .05$).

Daher scheint es, dass definierte Konstrukte der Suizidalität vorliegen, die unabhängig von der individuellen Ursache Selbstmord zu begehen, existieren.

Es zeigt sich zudem, dass die drei vorliegenden Skalen weder mit internen oder externen Kontrollüberzeugungen (Levenson, 1972) korrelieren (Voracek et al., 2007), noch eine Tendenz zur sozialen Erwünschtheit aufweisen. Darüber hinaus sind die Scores der jeweiligen Subskalen durchweg signifikant positiv miteinander korreliert. Jedoch beschrieben Loibl, Tran, Hirner und Voracek (2008) in ihrer Studie, dass es, auch wenn nur gering ausgeprägt, positive Assoziationen zwischen intrapsychischen Ursachen des Selbstmordes mit internen Kontrollüberzeugungen sowie zwischenmenschlichen und gesellschaftlichen Zuschreibungen und sozialer Externatilität existieren.

Wie die vorausgegangene Darstellung aufzeigt, scheinen einige Ergebnisse bezüglich der locus of control scales divergent zu sein. Dies könnte aus einer

vorliegenden Stichprobenabhängigkeit (Normalbevölkerung vs. Psychologiestudenten) resultieren. Ferner zeigten sich in dieser Untersuchung Retestreliabilitäten von .67 für die intrapsychische, .53 für die interpersonale, .56 für die gesellschaftliche und .59 für die Gesamtskala. Die internen Konsistenzen erwiesen sich als moderat ausgeprägt (Cronbachs' $\alpha = .75$ für die Gesamtskala).

Alles in allem zeigen diese Ergebnisse auf, dass Suizidalität als ein multifaktorielles Konstrukt angenommen werden kann, welches die drei Dimensionen nach Lester und Bean miteinschließen.

Das vorliegende Instrument kann also als eines angesehen werden, welches gut zu Forschungszwecken eingesetzt werden kann. Es zeigen sich im Allgemeinen korrelative Zusammenhänge zwischen $r = .21$ (intrapsychisch-sozial) und $.40$ (interpersonal-gesellschaftlich), die man als moderat betrachten kann. Auch zeigen die Resultate, dass die Attributionen bezüglich suizidalen Verhaltens weder Geschlechts- noch Altersabhängig sind. Die gefundenen Ergebnisse weisen jedoch auch einige methodische Mängel auf, die im anschließenden Kapitel unter weiterer Berücksichtigung der Überlegungen betreffend der Dimensionsmodifizierung der LBS eine gewichtige Rolle spielen werden.

2.3 Theoretische Überlegungen zur Modifizierung der Lester-Bean-Skalen

Aus den bisherigen Darstellungen über das weite Themengebiet der Suizidalität und deren Attributionstheorien ist bis dato ersichtlich geworden, dass suizidale Verhaltensweisen lediglich unter einem „objektivem“ Standpunkt dargestellt wurden. Beispielsweise gingen Freud oder Durkheim davon aus, dass vor allem äußere Umstände eine Rolle spielen, Suizid zu begehen. Diese Annahmen wurden in den Ausführungen nach Lester und Bean innerhalb ihrer Subskala der gesellschaftlich- sozialen Ursachenzuschreibungen überaus deutlich. Es ging fast ausschließlich darum, aus welchen Gründen sich Menschen das Leben nehmen oder dies beabsichtigen zu tun. Lediglich Lester und Bean versuchten als erste die Perspektive der Menschen bezüglich suizidaler

Verhaltensweisen einzunehmen, indem sie drei Subskalen konstruiert haben, die die Ursachenzuschreibungen bezüglich Selbstmorde zu erklären versuchen. Wie daraus folgt, nehmen sie sich der Innenperspektive an, also wie Menschen über Selbstmordtendenzen oder dem eigentlichen Suizid denken und welche Umstände sie damit assoziieren.

Diese Überlegungen sind durchaus wichtig für die weitere Erforschung dieses Themengebietes, bergen jedoch auch bei genauerer Betrachtungsweise einige Mängel.

Zum einen sind die grundlegenden Dimensionen gut gewählt, doch für ein so komplexes und umfassendes Konstrukt einfach zu eng beschrieben. Lester und Bean versuchen lediglich mit 18 Fragen die Ursachenzuschreibungen von suizidalen Verhaltensweisen zu erfassen und nutzen teilweise sehr plakative und vereinfachte Fragen, die diesen Umstand beschreiben sollen. Ein Beispiel wäre die Unterscheidung zwischen interpersonellen und sozialen Umständen, die durch die Items „Selbstmord wird oft durch den Streit mit dem Partner ausgelöst“ im Gegensatz zu der Frage „Menschen, die in Diktaturen leben, begehen eher Suizid als andere“. Hierzu sei angemerkt, dass die Unterscheidung zwischen diesen beiden Dimensionen sehr klar ist, doch ist dies durch die weitläufigen Erkenntnisse aus den Bereichen der Psychologie und der Soziologie nicht mehr transparent.

Zum anderen unterschied bereits Durkheim die Gesellschaft in jeweilige Subgruppen, die Familie, Staat oder eben Kirche umfassen. Es stellt sich demnach die Frage, inwieweit nur eine zwischenmenschliche Kommunikation unter Familienmitgliedern zu werten ist. Ist diese Kategorie eher der gesellschaftlichen oder eher der interpersonellen zuzuordnen? Nach Luhmann (1987) ist etwaige Kommunikation als gesellschaftlich bzw. als sozial anzusehen, welches die Unterscheidung noch schwieriger machen könnte. Im Zuge der Fragebogenkonstruktion wird versucht eine Unterscheidung bezüglich dieser Themen bzw. eine weitere Ausdifferenzierung zwischen solch genannten Subgruppen zu schaffen, die einerseits für ein differenzierteres Bild innerhalb der menschlichen Kommunikation und andererseits Ursachenzuschreibungen genauer und detaillierte abzugrenzen versucht.

Desweiteren wird beispielsweise durch die Verwendung jener plakativen Items, die die gesellschaftliche Skala konstruieren, ein möglicher „non-attitude effect“ hervorgerufen, da aus eigens a priori getätigten Laienbefragungen die Frage aufgeworfen wurde, inwieweit Diktaturen oder moderne Industriegesellschaften Suizidalität verursachen und dass es zu solchen Aussagen innerhalb der vorhandenen Items bisher keine von den befragten Personen getätigte Überlegungen gab.

Ein weiterer wichtiger Kritikpunkt ist die eingeschränkte Darstellung des Begriffes des „suizidalen Verhaltens“. Es wird weder zwischen parasuizidalen Handlungen noch zwischen Selbstmordabsichten oder dem eigentlichen Suizid versucht zu unterscheiden. Zudem wurden von den befragten Personen, wie Voracek et al. (2007) bereits feststellten, ein multifaktorielles Modell der Suizidalität bevorzugt. Dieser Fakt implementiert, dass beispielsweise biologische, familiäre oder kommunikative Faktoren, die über die Suizidalität attribuiert werden, weiter ausgebaut werden müssen, um eben dieses Konstrukt erweitern zu können.

Im weiteren Verlauf der Arbeit wird aufbauend auf diesen Grundüberlegungen die Item- und Skalenkonstruktion und die damit verbundene Fragebogenmodifikation genauer dargelegt und erörtert, die im Zuge der Pilotstudie überprüft und validiert wird. In der eigentlichen Hauptuntersuchung wird der daraus gewonnene Fragebogen einer eng definierten Stichprobe dargeboten und in einer weiteren statistischen Auswertung einer genauen Überprüfung der psychologisch-diagnostischen Gütekriterien unterzogen.

Empirischer Teil

EMPIRISCHE UNTERSUCHUNG

Eine derartige Herangehensweise zwecks der Modifizierung der Lester-Bean-Skala und der Erweiterung des zugrundeliegenden Itempools, wurde bis heute nicht oder nur kaum durchgeführt. Durch eine umfassende Auseinandersetzung mit älteren und aktuellen Forschungsergebnissen wird ein Itempool erstellt, sowie durch weitreichende statistischen Analysen verkleinert, neu skaliert und darauf aufbauend ein überarbeitetes Modell der Ursachenzuschreibungen suizidalen Verhaltens entwickelt.

3 Pilotstudie

3.1 Fragebogenentwicklung - Definition der Skalen

In einer Pilotstudie, deren Durchführung (inkl. Kontaktaufnahme mit den jeweiligen Lehrenden und/oder Instituten, Akquirierung der Versuchspersonen etc.) etwa zwei Wochen in Anspruch nahm, wurden die Lester-Bean-Skalen aus dem Jahr 1992 mittels Vorbefragungen von Laien (Personen aus dem Freundeskreis, Studenten anderer Studienrichtungen), Expertenratings (durch Assistenzprof. PD MMag. DDDr. Martin Voracek (Betreuer), Mag. Dr. Olbrich-Baumann, Ass.-Prof. Dr. Jirasko und DiplomandInnen, die ähnliche Themen bearbeiten) und einer umfassenden Literaturrecherche zum Thema über Ursachenattribution suizidalen Verhaltens modifiziert. Darunter fielen neben diesen angeführten Schwerpunkten auch die gedankliche und praktische Auseinandersetzung mit anderen ähnlichen Skalen, wie die ATTS und der BIRFSS, die teilweise als Vorlage zur weiteren Itemkonstruktion herangezogen wurden. Die anfangs 18 Items, die zu gleicher Anzahl auf die drei Skalen verteilt sind, wurden in den neuen Selbstbeurteilungsfragebogen (siehe Anhang A.5) integriert. Unter diesem Gesichtspunkt können nun 67 Fragen der intrapsychischen, 34 der interpersonellen und 26 Items der

sozial/gesellschaftlichen Skala zugeordnet werden. Zudem wurde versucht, die drei bestehenden Subskalen weiter zu unterteilen. Die theoretische und vorab erstellte Unterteilung lautet wie folgt:

Intrapsychische Subskala	Interpersonelle Subskala	Sozial/gesellschaftliche Subskala
eigene Schuldzuweisung	Konflikte	Unterdrückung
Krankheit	Krankheit	Existenzbedrohung
Angst	gefährdendes Umfeld	Intoleranz
Hoffnungslosigkeit	Intoleranz	Wirtschaft
Selbstzweifel	Stress/Druck	
Stress/Druck	persönliche Unzulänglichkeit	
Persönlichkeitsfaktoren	Schuldzuweisung	
Motivation	Selbstzweifel	
persönliche Unzulänglichkeit		
Irrationalität		

Tabelle 1: Einteilung der Subskalen nach modelltheoretischen Annahmen

Diese enorme Anzahl der entwickelten Items ($N = 127$) soll zum einen den Itempool vergrößern und zum anderen die Messgenauigkeit erhöhen. Des Weiteren kann von einer logischen Unabhängigkeit der jeweiligen Items ausgegangen werden, da innerhalb der gesamten Skala versucht wurde, keine aufeinander aufbauenden und inhaltlich verbundenen Fragen zu stellen.

Das gebundene Antwortformat der sechsstufigen Ratingskala („ich stimme gar nicht zu“ bis „ich stimme sehr zu“) von Lester und Bean wurde aufgrund der

Vergleichbarkeit, einfacherer Verrechnungsweise und um eine Tendenz zur Mitte als mögliches fehlerbehaftetes Antwortverhalten auszuschließen, beibehalten.

3.2. Methoden

3.2.1 Untersuchungsteilnehmer

Die Akquirierung der Studenten wurde mit Hilfe von Mag. Dr. Andreas Olbrich-Baumann durchgeführt, die im Rahmen diverser Seminare und Vorlesungen der Sozialpsychologie (1. Abschnitt des Psychologiestudiums) befragt wurden. Im Rahmen dieser Validierungsstudie wurden 303 Personen, die freiwillig an dieser Testung teilnahmen, untersucht, wobei aufgrund von Antwortverweigerung und verzerrten Antwortverhalten drei Personen ausgeschlossen werden mussten ($N = 300$; 258 Personen weiblich, 42 männlich; $X^2 = 155.520$; $df = 1$; $p < .001$). Weitere soziodemographische Merkmale wurden mittels eines extra angefertigten Fragebogens erfasst, der im Appendix A *Fragebogen A.3* aufscheint. Den Studenten wurden zunächst die modifizierte LBS der Ursachenzuschreibungen suizidalen Verhaltens vorgelegt (das genaue Vorgehen bezüglich der Itemkonstruktion findet sich unter dem Punkt „3.1 *Fragebogenentwicklung- Definition der Skalen*“). Dieser versucht die intrapsychischen, interpersonalen und sozial-gesellschaftlichen Aspekte der Attributionen von Suizidalität zu erfassen. Somit kann im weiteren Verlauf der Auswertung das erstellte theoretische Modell überprüft und die psychometrischen Kennzahlen berechnet werden.

Im Anschluss an die eigentliche Validierungsstudie wurde durch einen eigens erstellten Evaluationsbogen (Appendix A.6) versucht, Verbesserungsvorschläge bezüglich Layout und Aufbau des Fragebogens, sowie dem Verständnis, dem Intimitätsgrad der Fragen und des Aufbaus der Items, zu erfassen..

3.2.2 Untersuchungsplan

In Gruppenuntersuchungen wurden innerhalb der Pilotstudie die bereits angesprochene Fragebogenbatterie bestehend aus dem soziodemographischen Fragebogen, den modifizierten Lester- Bean- Skala und ein eigens erstellter Evaluationsfragebogen vorgelegt. Als unabhängige Variablen werden das Ausmaß der Suizidalität, die suizidalen Handlungen im jeweiligen sozialen Umfeld und die Art der psychischen Störung, falls vorhanden, herangezogen, die den Umgang mit Suizidalität operationalisieren. Anhand dieser wurden die Gruppen in psychisch/physisch Erkrankte, nicht psychisch oder körperlich Erkrankte, Kontakt mit Suizidalität im Umfeld und eigene suizidale Gedanken und Handlungen aufgestellt. Es wird im Zuge dessen der Zusammenhang des Antwortverhaltens bezüglich der abhängigen Ursachenzuschreibungen suizidalen Verhaltens untersucht. Die beschriebenen abhängigen Variablen werden mittels der modifizierten Lester- Bean- Skala erhoben.

Daraus resultierend werden weitere Untersuchungen bezüglich des entwickelten Instrumentes getätigt, die Reliabilitätsanalysen und konfirmatorische Faktorenanalysen miteinschließen, um das vorab entwickelte theoretische Modell abzusichern bzw. verwerfen zu können.

In einer abschließenden Untersuchung sollen die diagnostischen Gütekriterien weiter untersucht werden, um bestehende Hypothesen weiter abzusichern und das Modell besser fundieren zu können.

Die statistischen und operationalen Hypothesen sind folgende:

1 Hypothesen über den Zusammenhang zwischen Suiziderfahrungen im Umfeld und Antwortverhalten:

H0: Es gibt keinen Zusammenhang zwischen Suiziderfahrungen im Umfeld und dem Antwortverhalten. H1_1: Es besteht ein Zusammenhang zwischen dem Antwortverhalten und Suiziderfahrungen im sozialen Umfeld. H1_2: Es besteht ein stärkerer positiver Zusammenhang bei Personen die Suiziderfahrungen im sozialen Umfeld gesammelt haben und dem Antwortverhalten hinsichtlich intrapsychischer Ursachenzuschreibungen.

2 Hypothesen über den Unterschied im Zusammenhang zwischen eigenen Suiziderfahrungen und dem Antwortverhalten:

H0: Es bestehen keine Unterschiede im Zusammenhang. H1: Es gibt einen Unterschied im Zusammenhang der eigenen Suiziderfahrungen und dem Antwortverhalten.

3 Hypothesen über den Unterschied zwischen psychisch und somatisch erkrankten Personen und dem Antwortverhalten.

H0: Es gibt keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen hinsichtlich des Antwortverhaltens. H1_1: Es besteht ein stärkerer Unterschied zwischen jenen Personen, die entweder psychisch oder psychisch erkrankt sind und jenen, die weder eine körperliche noch seelische Störung haben. H1_2: Personen, die an einer affektiven Störung erkrankt sind, unterscheiden sich stärker von jenen, die einer anderen Diagnosegruppe zuzuordnen sind.

4 Hypothesen über die Stärke des Zusammenhangs zwischen den Subskalen.

H0: Die bereits publizierten Korrelationen sind gleich stark oder größer als jene, die in der vorliegenden Untersuchung erfasst wurden. H1_1: Die gefundenen Zusammenhänge zwischen den Skalen sind geringer als jene, die bereits publizierten.

5 Hypothesen über die Modifizierung der LBS.

H0: Das postulierte Konstrukt von Lester und Bean (1992) kann nicht modifiziert werden, H1: Das postulierte Konstrukt kann erweitert werden. H1_1: Die intrapsychische Komponente weist differenziertere Aspekte auf als jene von Lester und Bean. H1_2: Die interpersonale und die sozial-gesellschaftliche Komponente weisen höhere Korrelationen auf als jene zwischen intrapsychischen

und interpersonalen Komponenten. H1_3: Über das gefundene Konstrukt kann ein „Generalfaktor“ gelegt werden.

3.2.3 Untersuchungsbedingungen und Untersuchungsmaterialien

Allen Teilnehmern wurde die gesamte Testbatterie vorgelegt. Die Untersuchungen fanden, wie bereits erwähnt, in diversen Seminaren und Vorlesungen der Sozialpsychologie unter weiterer Aufsicht von Mag. Dr. Olbrich-Baumann statt. Die Gruppenuntersuchungen fanden allesamt in Seminar- und Vorlesungsräumen der Universität Wien statt. Die Dauer der Durchführung betrug in etwa 30 Minuten und wurde, wie angeführt genannter Reihenfolge durchgeführt. Die Fragen, die innerhalb des soziodemographischen Fragebogens gestellt wurden, sind wie die des Evaluationsfragebogens im Anhang unter den Punkten A.3 und Fragebogen A.6 ersichtlich.

Das eigens erstellte Diagnostikum, welches auf den Items und den Annahmen von Lester und Bean (1992) sowie auf Literatursuche, der Modifizierung der LBS, Expertenratings und Laienbefragungen basiert, wird tabellarisch im Appendix C „*Tabelle C1: Zuordnung der Items zu den Subskalen*“, beschrieben. Die deskriptiv- und interferenzstatistischen Auswertungen wurden mittels SPSS 19.0 und AMOS 18.0 berechnet

3.3 Ergebnisse

3.3.1 Stichprobenbeschreibung

Von den Untersuchungsteilnehmern waren 70.0% österreichischer, 26.0% deutscher und 4.0% anderer Staatsangehörigkeit, wobei der Altersrange zwischen 18 und 50 Jahren ($MW = 21.37$; $Sd = 5.5583$; $Md = 21$) liegt. Im Zuge dessen, wurden die Versuchspersonen in Altersgruppen eingeteilt. 167 Personen können der ersten Gruppe (18-21 Jahre), 85 Personen der zweiten (22-25 Jahre), 18 der dritten Gruppe (26-29 Jahre) und 13 der vierten Gruppe (30 Jahre und älter) zugeordnet werden.

Darüber hinaus wurde die höchste abgeschlossene Ausbildung erfragt. Die Ergebnisse zeigen, dass 232 Personen das Gymnasium mit Matura, zwei Personen das Gymnasium ohne Matura, eine Person, die Realschule, vier Probanden die Fachhochschule und neun Personen, die mit einem universitären Abschluss ihre Ausbildung beendet haben. 44 Personen gaben an, eine ähnliche Ausbildung, die nicht genauer definiert wurde, abgeschlossen zu haben. Darauf aufbauend wurden die Berufsgruppen erhoben, die detailliert im Anhang (s. Tabelle B.1) aufgezeichnet sind.

Zusätzlich wurden Rauch- und Alkoholkonsum erhoben. Im Gegensatz zu 84 Personen, gaben 216 Probanden ($X^2 = 25.080$; $df = 1$; $p = .000$) an, regelmäßig Tabak zu konsumieren. Die Trinkgewohnheiten bzw. deren Konsum von Alkohol ergab, dass von den 261 Personen ($X^2 = 295.660$; $df = 2$; $p = .000$), die regelmäßig Alkohol trinken, 81 dies einmal im Monat, 121 einmal in der Woche, 46 zweimal pro Woche und 13 Personen häufiger als angegeben ($X^2 = 116.800$; $df = 4$; $p = .000$), Alkohol zu konsumieren.

Um nun das Konstrukt der Ursachenzuschreibungen hinsichtlich suizidalen Verhaltens genauer untersuchen zu können, wurde im Zuge der Befragung nach chronisch physischen und psychischen Erkrankungen und deren Behandlung gefragt. 279 Personen beantworteten die Frage nach einer somatischen Erkrankung mit „nein“. Diejenigen (7.00%), die körperlich erkrankt sind, geben Erkrankungen an, die von diversen Allergien bis hin zu Neurodermitis und Krebs reichen. Eine genaue Aufschlüsselung über die angegebenen Diagnosen befinden sich im Anhang unter dem Punkt B.3. Ähnliche Resultate ergeben sich für psychische Erkrankungen ($N = 19$), die vor allem im Bereich der affektiven Störungen liegen (siehe Anhang B.2). Von jenen, die psychisch erkrankt sind, begaben sich 29.4% in psychiatrischer, 52.9% in psychotherapeutischer und 17.6% in psychologischer Behandlung ($X^2 = 4.088$; $df = 3$; $p = .252$).

Ferner wurde versucht durch den soziodemographischen Fragebogen abzudecken, ob Suizidalität bezüglich der eigenen Person und des sozialen Umfeldes vorliegen. Die erste der beiden Fragen erhob, ob die antwortende Person, entweder an Suizid gedacht oder einen Selbstmordversuch unternommen habe. Es stellte sich heraus, dass von den 300 befragten Personen, 113 daran gedacht haben sich umzubringen, 11 einen Suizidversuch unternommen und 242

Probanden in keiner Weise suizidale Absichten bekundet haben. Hinsichtlich des sozialen Umfeldes zeigt sich, dass 16.3% der Personen angaben, suizidale Handlungen innerhalb der Familie, 20.3% bei Freunden und 1.0% bei Partnern und Partnerinnen miterlebt haben.

Diese deskriptivstatistischen Ergebnisse lassen die Vermutung der sozialen Akzeptanz zu. Desweiteren scheint dieses Thema nicht bzw. nur kaum durch sozial erwünschte Antworten verzerrt zu werden.

3.3.2 Item- und Skalenanalyse

Im folgenden Abschnitt soll beschrieben werden, was die statistischen Analysen, welche über den bestehenden Fragebogen gelegt wurden, herausgefunden haben. Zunächst wird ein kurzer Überblick darüber gegeben, wie sich die Mittelwerte, Standardabweichungen, Varianzen und die Prüfung auf Normalverteilung, mittels Kolmogorov-Smirnov-Test berechnet, zueinander verhalten. In weiteren Analysen werden sowohl Trennschärfen der einzelnen Items, als auch Reliabilitätsanalysen zeigen, welche Fragen aufgrund ungenügender Testkennwerte für die weitere Befragung innerhalb der Haupttestung extrahiert werden müssen. Darüber hinaus werden anschließend Korrelationen zwischen den drei Skalen, basierend auf den Annahmen von Lester und Bean (1992), und zwischen jenen, die auf dem eigens entwickelten Theoriemodell, berechnet.

Im nächsten Schritt werden die einzelnen Items zu Skalen zusammengefasst. Dies wird zunächst mittels der theoretischen Fundierung nach Lester und Bean durchgeführt. Nach diesen Annahmen fallen die Items ($N = 67$) mit der Bezeichnung Frage_XX_intra unter die intrapsychische, die Items mit der Angabe Frage_XX_inter unter die interpersonelle ($N = 34$) und alle Items, welche die Kodierung Frage_XX_sozial aufweisen unter die sozial/gesellschaftliche Subskala ($N = 26$).

Die ersten deskriptivstatistischen Analysen zeigen, dass keines der Items Extremausprägungen im Sinne der absoluten Zustimmung bzw. Ablehnung, aufweisen. Ferner zeigt die genaue Betrachtung der Standardabweichungen und

Varianzen , dass diese Werte zwischen $1.013 < Sd < 2.656$ und ebenso zwischen $1.0262 < \sigma < 7.054$ liegen. Diese Ergebnisse weisen nicht auf ungewöhnlich hohe Ausreißer hin bzw. dass die Stichprobe groß genug gezogen wurde, um ebensolche zu minimieren bzw. auszugleichen. Die Berechnungen mittels Kolmogorov- Smirnov-Test zeigen, dass alle der 127 Items annähernd normalverteilt ist.

Es bilden sich darauf aufbauend Korrelationen (Spearman's rho, zweiseitige Signifikanz auf .01) zwischen der intrapsychischen und der interpersonellen Skala von $r = .722$; $p = .000$, $r = .555$; $p = .000$ für die intrapsychischen/sozialen Subskala und $r = .766$; $p > .00$ zwischen der interpersonellen und sozialen Skala (siehe Tabelle C.2).

Anschließend werden nach eigenen modelltheoretischen Annahmen die jeweiligen Skalen gebildet. Diese werden im Folgenden tabellarisch dargestellt.

Intrapsychische Subskala nach eigenen modelltheoretischen Annahmen ($N = 67$)

	Frage						
Krankheit ($N=14$)	121	1	34	43	49	55	61
	116	7	40	46	52	58	67
Angst ($N=4$)	120	112	97	30			
Hoffnungslosigkeit ($N=6$)	113	13	14	22	31	92	
Selbstzweifel ($N=10$)	62	19	126	118	110	108	98
	70	41	99				
Stress/Druck ($N=6$)	107	102	103	44	50	59	
Persönlichkeitsfaktoren ($N=9$)	122	105	106	100	64	94	79
	88	80					
Motivation ($N=3$)	115	117	10				
persönliche Unzulänglichkeit ($N=7$)	125	111	71	73	77	85	82
Irrationalität ($N=6$)	90	93	76	16	25	28	
eigene Schuldzuweisung ($N=2$)	4	127					

Interpersonelle Subskala nach eigenen modelltheoretischen Annahmen (N=34)								
Gefährdendes Umfeld (N=12)	20	29	32	42	51	38	114	104
	86	72	65	45				
Intoleranz (N=2)	83	68						
Stress/Druck (N=6)	5	23	47	51	109	89		
persönliche Unzulänglichkeit (N=2)	123	53						
Schuldzuweisung (N=3)	11	17	74					
Selbstzweifel (N=1)	124							
Konflikte (N=4)	2	8	26	96				
Krankheit (N=5)	35	37	95	91	56			
Sozial/gesellschaftliche Subskala nach eigenen modelltheoretischen Annahmen (N=26)								
Unterdrückung (N=3)	3	6	21					
Existenzbedrohung (N=5)	9	27	39	48	119			
Wirtschaft (N=8)	15	18	33	36	54	57	84	87
Intoleranz (N=10)	12	24	60	63	101	66	69	75
	78	81						
Unterdrückung (N=3)	3	6	21					

Tabelle 3: Diese Tabelle zeigt die Skalenkonstruktion, die gemäß nach den eigenen theoretischen Annahmen geschah

Gezeigt werden die zugrunde liegenden drei Skalen nach Lester und Bean (1992), die weiter modifiziert und verfeinert wurden. Daraus aufbauend ergeben sich Korrelationen (intrapsychisch/interpersonell) von .44 bis zu .62 (siehe Appendix C.3). Desweiteren werden in Appendix C.4 und in Appendix C.5 die intrapsychischen-sozial/gesellschaftlichen sowie interpersonellen und sozial/gesellschaftlichen nonparametrischen Korrelationen dargestellt.

Reliabilitätsanalysen

Ferner wurden Reliabilitätsanalysen berechnet, die statistisch abgesichert, zeigen sollen, welche Items bzw. Skalen zur weiteren Befragung innerhalb der Haupttestung verwendet werden sollten. Zunächst wurde eine Itemanalyse über die drei Skalen nach den modifizierten Lester und Bean Skalen berechnet (Cronbach's Alpha), um zu zeigen, wie stark diese das jeweilige Konstrukt zu erfassen versuchen. Unter dieser Berechnung stellte sich heraus, dass 15 Items der intrapsychischen Skala ($N = 67$) Cronbach's $\alpha = .934$) aufgrund der geringen Trennschärfe extrahiert werden müssen. Die interpersonelle Skala ($N = 34$) weist ein α von .864 und sozial/gesellschaftliche ($N = 26$) Skala eines von .850 auf.

Explorative Faktorenanalyse der modelltheoretischen Subskalen

Im weiteren Verlauf sollen nun durch eine explorative Faktorenanalyse vorab die Faktorenstruktur geprüft werden, inwieweit die konstruierten modelltheoretischen Subskalen durch statistische Kennwerte abgesichert werden können.

Der KMO-Koeffizient von .828 zeigt, dass die Items, die in die explorative Faktorenanalyse mit eingeflossen sind, gut für diese geeignet sind. Zudem wird dieses Ergebnis durch die hohe Signifikanz von .000 im Bartlett-Test unterstützt, welches aufzeigt, dass alle Korrelationen der Items größer als Null sind und somit hervorragend für die weitere Berechnung mittels explorativer und konfirmatorischer Faktorenanalyse geeignet sind.

Des weiteren wurde zur Überprüfung der in dem Fragebogen gestellten Items eine explorative Faktorenanalyse (principal components extraction) mit Promax Rotation durchgeführt, wobei alle 127 Items in EFA inkludiert wurden. 32 Faktoren hatten einen Eigenwert größer als eins, jedoch konnte eine orthogonale Rotation nicht durchgeführt werden, da diese bei 25 Iterationen fehlschlug. Im Scree Plot zeigt sich jedoch nach vier Faktoren ein starker Abfall der Kurve, welches dazu führt, dass die restlichen Faktoren eine zu vernachlässigende Varianzerklärung aufzeigen; daher wurde auch die zu extrahierende

Faktorenanzahl auf zehn limitiert, wobei jedoch keines der 127 Items auf den letzten drei Faktoren geladen hatte.

Im Folgenden werden tabellarisch die Items samt Faktorladungen dargestellt. Alle der sieben Faktoren konnten eindeutig benannt und interpretiert werden. Im Anhang befinden sich unter den Punkten C.7 bis C.11 die ausführlich dargestellten Ergebnisse der explorativen Faktorenanalyse.

	1	2	3	4	5	6	7
Das Auseinanderbrechen der Familie erhöht das Risiko Suizid zu begehen.	.587						
Menschen, die Suizid begehen, sind anfälliger für Stress.	.580						
Menschen, die bereits einen Selbstmordversuch unternommen haben, konsumieren häufiger Alkohol.	.562						
Menschen, die bereits einen Selbstmordversuch unternommen haben, konsumieren häufiger Drogen.	.554						
Menschen, die Suizid begehen, sind dem Leistungsdruck ihres Berufes nicht gewachsen.	.546						
Menschen, die Suizid begehen, setzen sich im Beruf zu hohe Ziele.	.540						
Menschen, die Suizid begehen, haben eine starke Angst vor Zurückweisung.	.532						
Häufig wird durch die Intoleranz von Freunden und Familie gegenüber dem Coming Out Suizid ausgelöst.	.527						
Menschen, die Suizid begehen, haben ihre Wünsche nicht erfüllt.	.520	.408					
Menschen, die Suizid begehen, sind ängstlich.	.519						
Durch die bestehende Intoleranz innerhalb der Gesellschaft, begehen Transsexuelle häufiger Suizid.	.518			.413			
Frauen, die eine Fehlgeburt hatte, begehen eher Suizid.	.518						
Menschen, die Suizid begehen, fühlen sich im Umgang mit anderen unsicher.	.517						
Häufig wird durch die Intoleranz gegenüber dem Coming Out von Freunden und Familie Suizidgedanken ausgelöst.	.513						
Menschen, die Suizid begehen, haben Probleme mit ihrer sexuellen Identität.	.510						
Menschen, die Suizid begehen, konsumieren häufiger Medikamente.	.509						

Menschen, die Suizid begehen, denken weniger rational.	.505	.412
Die meisten Menschen, die Suizid begehen, sind beeinflussbar.	.502	
<i>Menschen, die bereits einen Suizidversuch unternommen haben, nehmen häufiger Medikamente.</i>	.498	-.460
Menschen, die Suizid begehen, bauen eine Mauer um sich auf.	.494	.460
Menschen, die Suizid begehen, haben Identifikationsprobleme.	.487	
Menschen, die eine Selbstmordneigung aufweisen, konsumieren häufiger Alkohol.	.487	
Menschen mit geringem Einkommen, begehen häufiger Suizid.	.487	
Menschen, die sich selbst umbringen wollen, fühlen sich zurückgewiesen.	.483	
Durch die bestehende Intoleranz innerhalb der Gesellschaft, begehen bi- oder homosexuelle Menschen häufiger Suizid.	.479	
Menschen, die Suizid begehen, können mit ihrer sexuellen Identität nicht umgehen.	.477	
Menschen, die eine Selbstmordneigung aufweisen, konsumieren häufiger Drogen.	.475	
Menschen, die Suizid begehen, haben ihren Glauben an andere verloren.	.473	
Die meisten Menschen, die Suizid begehen, gönnen sich kaum eine Auszeit.	.471	
Menschen, die Suizid begehen, haben ihre Lebensziele nicht erfüllt.	.469	
Menschen, die Suizid begehen, sind in der Regel aggressiver.	.463	
Menschen, die Suizid begehen, kommen mit positiven Veränderungen schlechter zu recht.	.463	
Menschen, die Suizid begehen, sind ohne Eltern aufgewachsen.	.463	
Menschen, die sich in anderen politischen Kreisen bewegen als die Masse, begehen häufiger Suizid.	.460	
Menschen, die Suizid begehen, haben ihren Partner verlassen.	.460	
Menschen, die Suizid begehen, kommen mit negativen Konfrontationen und Problemen häufig schlechter zu Recht als andere.	.458	
Selbst adoptiert worden zu sein, erhöht die Wahrscheinlichkeit Selbstmord zu begehen.	.458	
Menschen, die Suizid begehen, haben Motivationsprobleme.	.455	
Menschen, die Suizid begehen, haben vermehrt Streitigkeiten in ihrer	.454	

Partnerschaft.		
Menschen, die Suizid begehen, werden von ihrem Baumgefühl geleitet.	.454	
Menschen, die Suizid begehen, haben häufig hohe Schulden	.451	
Menschen, die Suizid begehen, leiden häufiger unter einer Borderline-Persönlichkeitsstörung.	.451	
Menschen, die Selbstmord begehen, stehen unter ständigem Druck sich beweisen zu müssen.	.448	
Transsexualität ist ein Faktor, der die Wahrscheinlichkeit erhöht Suizid zu begehen.	.443	
Menschen, die Suizid begehen, sind schüchtern.	.441	.416
<i>Menschen, die Suizid begehen, besitzen weniger Freunde.</i>	.440	<i>-.437</i>
Menschen, die Suizid begehen, können schlecht Hilfe annehmen.	.439	
Menschen, die Selbstmord begehen, sind häufigem Mobbing ausgesetzt.	.438	
Eine geringe Kommunikationsbereitschaft gegenüber anderen, erhöht das Risiko Suizid zu begehen.	.437	
Die Wahrscheinlichkeit Selbstmord zu begehen, wird durch die Geburt eines behinderten Kindes erhöht.	.437	
Menschen, die Suizid begehen, sind von Armut betroffen.	.436	
Menschen begehen Suizid, die nur wenige Liebesbeziehungen hatten.	.429	
Das Risiko Selbstmord zu begehen, wird durch psychische Erkrankungen in der Familie erhöht.	.427	
Die meisten Menschen, die Suizid begehen, sind manisch.	.420	
Menschen, die Suizid begehen, weisen mehr Aufopferungsbereitschaft auf.	.420	
Die meisten Menschen, die Suizid begehen, sind manisch- depressiv.	.420	
Menschen, die Suizid begehen, wissen nicht genau, was sie vom Leben erwarten.	.416	
Menschen, die an Burnout erkranken, neigen eher dazu Suizid zu begehen.	.414	
Durch die fehlenden Chancen sich aus- oder weiterbilden zu können, erhöht die Wahrscheinlichkeit Suizid zu begehen.	.410	
Durch die Aufgabe der eigenen Individualität innerhalb einer Gesellschaft, steigt das Risiko Selbstmord zu begehen.	.408	

Wie man aufgewachsen ist und erzogen wurde, hat vermutlich etwas damit zu tun, ob man später Suizid begeht.	.405	
Menschen, die Suizid begehen, sind weniger durchschaubar.	.404	
Jüngere Menschen, begehen eher Selbstmord als ältere.	.403	
Menschen, die in Diktaturen leben, begehen eher Suizid.	.401	
<i>Durch den Rückgang der natürlichen Ressourcen wie z.B. Erdöl wird die Wahrscheinlichkeit Selbstmord zu begehen, erhöht.</i>		-.668
<i>Menschen, die Suizid begehen, haben die Hoffnung auf Besserung verloren.</i>	.651	
Die meisten Menschen, die Suizid begehen, sind unzufrieden mit sich selbst.	.436	.623
Menschen, die Suizid begehen, fühlen sich hilflos.	.416	.609
Menschen, die einen Suizidversuch überleben, sollten ein allumfassendes Behandlungskonzept in Anspruch nehmen.		.595
<i>Menschen, die sich durch ihr äußerliches Erscheinungsbild von der Masse abheben, begehen eher Suizid.</i>	.407	-.586
Menschen, die Suizid begehen, sind unzufrieden mit ihrem Leben.		.556
<i>Menschen, die Suizid begehen, besitzen häufiger Migrationshintergrund.</i>	.427	-.542
Menschen, die Suizid begehen, haben ihr inneres Gleichgewicht verloren.	.443	.541
Die meisten Menschen, die Suizid begehen, leiden unter Versagensängsten.	.470	.541
Durch ein dauerhaftes Arbeiten mit behinderten (psychisch/physisch) Menschen, steigt das Risiko Selbstmord zu begehen.		-.536
Menschen, die einen Suizidversuch überleben, sollten sich einer Psychotherapie unterziehen, um ihre innere Motivation zu verstehen.		.532
Menschen, die Suizid begehen, sind religiöser als andere.	.407	-.507
Menschen, die einer anderen Religion als der Norm angehören, begehen häufiger Suizid.		-.503
Wenn jemand Suizid begeht, sind für gewöhnlich Freunde daran schuld.		-.496
Menschen, die Selbstmord begehen, sind sehr jung Eltern geworden.	.460	-.490
Menschen, die Selbstmord begehen, stehen vor einem Neuanfang.		-.487
Menschen, die Suizid begehen, haben ihren Glauben an sich selbst verloren.		.478

Menschen, die einen Suizidversuch begangen haben, haben Angst damit an die Öffentlichkeit zu treten.	.470	
Die meisten Menschen, die Suizid begehen sind depressiv.	.459	
Wenn jemand Suizid begeht, ist für gewöhnlich die Familie daran schuld.	-.437	
Durch das steigende Rentenalter und der damit verbundenen längeren Arbeitszeit erhöht sich das Risiko Suizid zu begehen.	-.436	
Menschen, die Suizid begehen, haben ihren Glauben an Gott verloren.	-.401	
Durch einen wirtschaftlichen Zusammenbruch wird das Risiko Suizid zu begehen erhöht.		-.449
Durch einen wirtschaftlichen Zusammenbruch wird das Risiko Suizid zu begehen erhöht	.406	-.417
Gedanken suizidaler Menschen, entziehen sich der menschlichen Vernunft.		.401
<i>Frauen, die Suizid begehen, sind allein erziehende Mütter.</i>		.537
Menschen, die Suizid begehen, sind innerlich aufgewühlter als andere.		-.457

Tabelle 4: Identifizierte und relevante Faktoren der modifizierten Lester- Bean- Skala (die *kursiv* hinterlegten weisen sich als Markeritems der jeweiligen Skalen aus

Durch die tabellarische Darstellung der rotierten Faktorenmatrix zeigt sich, dass der erste Faktor („ungünstige Persönlichkeitsfaktoren“) 16.728%, der zweite („Stress/fremde Schuldzuweisung“) 9.043%, der dritte („Motivationsverlust“) 3.435%, der vierte („sexuelle Identität“) 3.223, der fünfte („Drogenkonsum“) 2.320, der sechste („Zukunftsangst“) Faktor 2.063 und der siebte („affektive Erkrankung“) Faktor 1.991% der erklärten Gesamtvarianz ausmachen. Summa summarum ergibt sich demnach eine Gesamtvarianz, die durch die ersten sieben Faktoren erklärt werden kann, von 38.803%.

Reliabilitätsanalysen nach Extraktion der Items in der Pilotstudie

Die finalen Berechnungen der Reliabilitätsanalyse nach der Extraktion der gekennzeichneten Items zeigen, dass sich das Cronbach´s Alpha der intrapsychischen Konstrukts von .934 auf .936 nur unwesentlich, das des interpersonellen Konstrukts von .864 auf .876, das der sozialen Skala von .850 auf

.863 erhöht und das der Gesamtskala von .957 auf .955 erniedrigt, was sich wahrscheinlich aufgrund der geringeren Itemanzahl ($N = 98$) erklären lässt..

3.3.3 Konfirmatorische Faktorenanalyse

In Anlehnung an Weiber & Mühlhaus (2010) weisen die vorab überprüften statistischen Größen eindeutig darauf hin, dass eine konfirmatorische Faktorenanalyse ohne Probleme durchgeführt werden kann. Es wurde desweiteren versucht das ursprüngliche Konstrukt der Suizidalität nach Lester und Bean (1992) zu modifizieren, um eine Mehrdimensionalität nachweisen zu können. Für die Generalität des Konstrukts „Suizidalität“ wird das Kriterium des Cronbach’s α herangezogen, welches im Allgemeinen, sowohl vor als auch nach der Extraktion der jeweiligen Items über .900 liegt.

Die vorab durchgeführte explorative Faktorenanalyse zeigt auf, dass die extrahierten Faktoren weitere Verwendung finden, da die einzelnen Items eine hohe Korrelation untereinander aufweisen. Dies weist auf Eindimensionalität ($KMO = .828$) des Konstrukts der gesamten im Fragebogen eingesetzten Items ($N = 75$) hin. Durch weitere Analysen ergibt sich, dass die jeweiligen Skalen entweder zur Gänze wegfallen oder neu umstrukturiert werden müssen. Aus dieser Datenextraktion ergibt sich folgende neue Einteilung der Subskalen ($N = 8$):

Angst (N=10)	22	27	64	70	73	97	105	113	120
Schuldzuweisung (N=8)	11	17	62	85	111	118	125	126	
Krankheit (N=11)	7	46	52	55	56	58	67	116	121
	43	49							
Persönlichkeit (N=12)	8	31	79	88	98	99	106	108	122
	20	77	80						
Intoleranz (N=10)	24	63	66	68	75	78	81	83	101

Existenzbedrohung (N=8)	9	18	33	36	39	48	54	119	
Gefährdendes Umfeld (N=7)	37	38	65	74	86	96	104		
Stress (N=9)	32	42	44	51	82	89	100	103	109

Tabelle 5: Darstellung der überarbeiteten Subskalen nach eingehender deskriptivstatistischen und hypothesenprüfender Analyse

Desweiteren ergibt die Datenanalyse, dass durch die gleich große Abstufung der Antwortskala, die so genannte Äquidistanz, gezeigt werden kann und dass eine Durchführung einer KFA als gegeben angesehen werden kann. Unter Verwendung des Strukturgleichungsmodellierungsprogramms AMOS 18.0 ergibt sich folgendes Pfaddiagramm in Abbildung 6 der konfirmatorischen Faktorenanalyse (reflexives Messmodell mittels Multi-Item-Messung) des Konstrukts „Ursachenzuschreibung suizidalen Verhaltens“, welches mittels ML-Parameterschätzung berechnet wurde. Die ML-Schätzmethode wurde aufgrund der moderaten Verletzung der Multinormalverteilung (siehe unten)

benutzt.

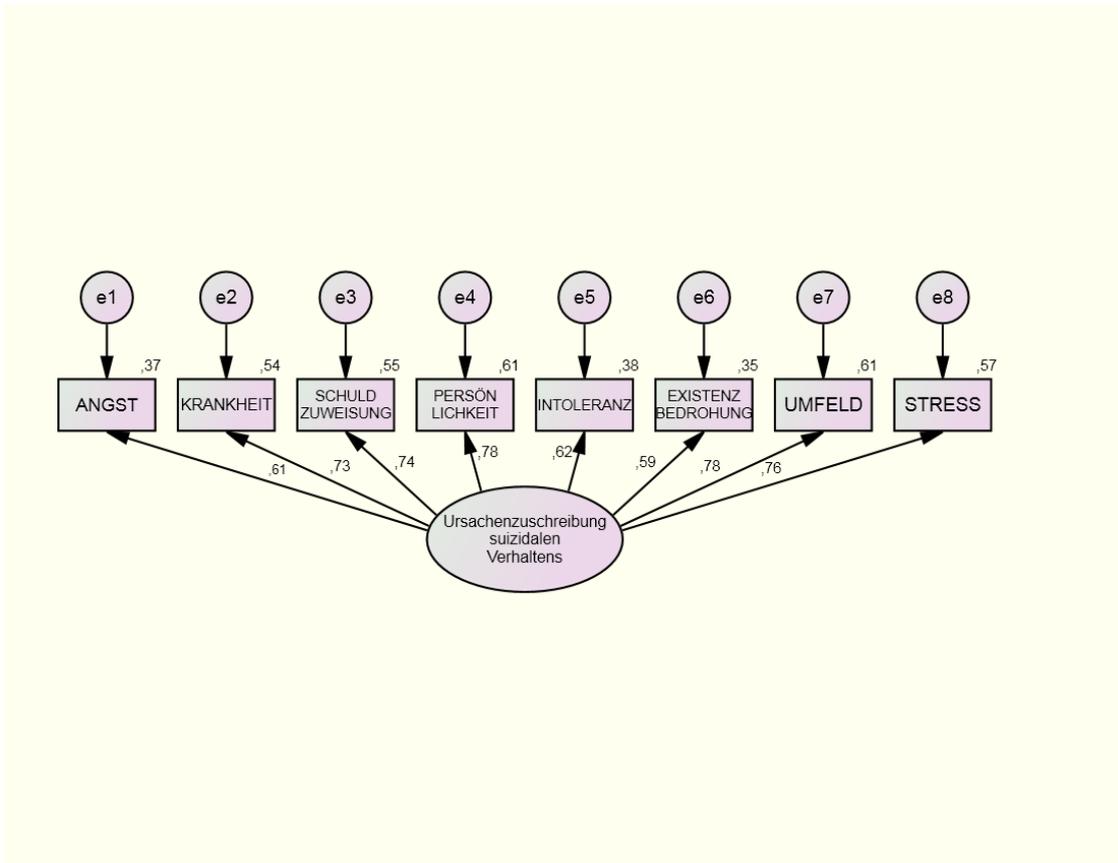


Abbildung 6: Pfaddiagramm der KFA für das Konstrukt „Ursachenzuschreibungen suizidalen Verhaltens“

Die umstrukturierten Subskalen, welche in dem oben angeführten Modell konstruiert wurden, bilden ihre jeweiligen Werte über die Bildung der Summenwerte der dazugehörigen Items, welche im Anschluss durch die Itemanzahl dividiert wurden.

Die identifizierten Dimensionen werden in acht Skalen zusammengefasst, die das Konstrukt der Ursachenzuschreibungen suizidalen Verhalten wie folgt erklären:

„Subskala Angst“- Das Verhalten der Personen lässt sich als labiler und furchtsamer einstufen, die sowohl wirtschaftliche Aspekte, als auch persönliche Streitigkeiten schlechter verarbeiten und mit derartigen Situationen umgehen können als andere.

„*Subskala Krankheit*“- Das Konstrukt der Suizidalität wird unter diversen Aspekten von körperlichen und psychischen Erkrankungen persönlich als auch das soziale Umfeld betreffend, angesehen.

„*Subskala Schuldzuweisung*“- Diese Skala versucht das Konzept eigener und fremder Schuldzuweisung in sozialer als auch in wirtschaftlicher Hinsicht zu beschreiben.

„*Subskala Persönlichkeit*“- Jenes Konstrukt über das der Persönlichkeitsfaktoren zeichnet sich durch eine vergleichende Darstellung zwischen einer Person, die Suizid begehen möchte und anderen Personen aus. Dieser Differenzierungsversuch findet in unterschiedlichen Persönlichkeitseigenschaften Anwendung.

„*Subskala Intoleranz*“- Diese Skala subsumiert Aspekte der Bi- oder Transsexualität und deren Konsequenzen für die betroffene Person selbst, deren soziales Umfeld und für die gesellschaftlichen Strukturen. Zudem werden auch Aspekte der religiösen und politischen Einstellung behandelt.

„*Subskala Existenzbedrohung*“- Die Variable der Existenzbedrohung beschreibt Gesichtspunkte, die sowohl unterschiedliche Varianten eines wirtschaftlichen Zusammenbruchs als auch Bedrohungen durch Armut, Ressourcenverknappung oder Hungersnot miteinschließen.

„*Subskala Umfeld*“- Das Verhalten, welches durch das engere soziale Umfeld wie Freunde, Familie oder Partner als gefährdend oder nicht fördernd und unterstützend eingestuft werden kann.

„*Subskala Stress*“- Stress kann als die (dauerhafte) Beeinträchtigung des Körpers und der Psyche gesehen werden.

Bei näherer Betrachtung zeigt sich, dass die Faktoren „Umfeld“ und „Persönlichkeit“ mit 61% laden. Darüber hinaus zeigt die Modellanpassung für das von Lester und Bean (1992) intendierte und modifizierte Modell Werte von $\chi^2 = 317.492$, $df = 20$ und einer Signifikanz von $p = .000$ und einem comparative fit index (CFI) von $=.271$. Dies weist auf eine moderte Anpassung der Daten an das

Modell hin. Auch die Prüfung auf Multinormalverteilung weist auf ein unzureichendes Vorliegen von Normalverteilung hin, obwohl mittels Lilliefors Korrektur gearbeitet wurde. Jedoch muss an dieser Stelle darauf hingewiesen werden, dass durch die Betrachtung der einzelnen Q-Q-Plots weit mehr Skalen eine Normalverteilung aufweisen, als die strengen Berechnungen des Kolmogorov- Smirnov- Tests zeigen.

Zur Berechnung der Reliabilitätskriterien der zweiten Generation, die von AMOS nicht direkt ausgewiesen werden können, wurden diese nochmals berechnet und unter anderem im Appendix D.2 ausführlich dargestellt. Es zeigt sich eine minimale Abnahme der Reliabilität von anfangs $\alpha = .95$ auf durchschnittlich $\alpha = .92$ über die modifizierten Subskalen wie auch über die zusammengefassten Skalen nach den Annahmen von Lester und Bean (1992).

Zur Evaluation des Gesamtmodells ist zu sagen, dass alle Vorzeichen der Faktorladungen positiv sind und sich Werte $>.5$ auch als akzeptable Ladungen (siehe Appendix D.4) herausstellen. Bei der durchgeführten ML-Schätzung erreichte die ML-Diskrepanzfunktion (F) nach acht Iteration ihr Minimum von 1.058. Zudem erreicht das von AMOS errechnete χ^2 einen Wert von $\chi^2 = 317.492$. Als *Probability level* wurde ein von $p = .000$ ausgewiesen. Dieses weist auf eine Verwerfung der Nullhypothese hin, da eine Ablehnung mit einer Wahrscheinlichkeit von $p = .000$ ein Fehler wäre. Das Modell kann also als eine ungenügende Anpassung der Daten an die Realität gesehen werden. Jedoch ist an dieser Stelle anzumerken, dass der χ^2 -Wert sehr stark von der Stichprobengröße abhängig ist. Demgegenüber zeigt der RMSEA-Wert von .223 einen schlechten Model-Fit. Nach Holter liegt die minimale Stichprobengröße von .01% und .05% unter der tatsächlichen Stichprobengröße von $N = 300$ liegt und demnach das Modell auch für einen deutlich geringeren Stichprobenumfang ähnlich passen würde. Zudem zeigt das Kriterium der durchschnittlich erfassten Varianz einen Wert von .5 und höher (Appendix D.5).

3.3.4 Hypothesenprüfung

Im Folgenden sollen die oben angeführten Hypothesen chronologisch überprüft werden.

1.Hypothesen über den Zusammenhang zwischen Suiziderfahrungen im Umfeld und Antwortverhalten.

Getestet wurde diese Nullhypothese mittels Berechnungen der nonparametrischen Korrelationen. Wie bereits erwähnt, befinden sich 186 Personen unter der Stichprobe, die keine suizidalen Handlungen durchgeführt haben, 37 Personen, die angaben Suizidhandlungen innerhalb ihrer Herkunftsfamilie miterlebt zu haben, 60 VersuchsteilnehmerInnen, die Selbstmordhandlungen in ihrem sozialen Umfeld (speziell Freunde) und vier Personen bei ihrem Partner oder ihrer Partnerin miterlebt zu haben. Zehn weitere Personen gaben an, sowohl in ihrer Familie, als auch in ihrem sozialen Umfeld suizidale Handlungen bemerkt zu haben und lediglich zwei, die in allen drei Kategorien Selbstmorderfahrungen sammeln mussten.

Primär kann von keinem korrelativen Zusammenhang zwischen dem Antwortverhalten und den Suiziderfahrungen der (Nicht-)betroffenen ($r = -.029$, $p = .623$) ausgegangen werden; Die Nullhypothese kann also als bestätigt angesehen werden (siehe Anhang E.1). Auch unter dem Gesichtspunkt, dass man alle drei Subskalen auf einen korrelativen Zusammenhang bezüglich des gegebenen Antwortverhaltens untersucht, zeigt sich, dass weder die intrapsychische noch die interpersonelle Subskala in keinsten beziehungsweise sehr geringer negativer Korrelation zu den gegebenen Antworten stehen (siehe Anhang E.2).

2.Hypothesen über den Unterschied im Zusammenhang zwischen eigenen Suiziderfahrungen und dem Antwortverhalten.

Der Test auf Homogenität der Varianzen zeigt auf, dass die ANOVA problemlos durchgeführt werden kann. Jedoch zeigt auch die Untersuchung mittels ANOVA und den darauf folgenden berechneten Scheffe-Test, dass keine Unterschiede innerhalb der Gruppen bestehen; Die Nullhypothese kann demnach angenommen werden.

3.Hypothesen über den Unterschied zwischen psychisch und somatisch erkrankten Personen und dem Antwortverhalten.

Der Levene-Test zur Überprüfung der Varianzhomogenität zeigt (Levene-Statistik: soziale Subskala .681; $p = .564$; interpersonelle Skala .742; $p = .528$ & intrapsychische Subskala .2438; $p = .065$), dass die ANOVA problemlos durchgeführt werden kann. Jedoch zeigt auch die Untersuchung mittels ANOVA und den darauf folgenden berechneten Scheffe-Test, dass keine Unterschiede innerhalb der postulierten Gruppen bestehen; Die Nullhypothese kann angenommen werden. Im Anschluss sollen nun die Gruppenunterschiede zwischen Personen mit affektiven Erkrankungen und den restlichen Personen berechnet werden (t -Test für unabhängige Stichproben). Es stellt sich heraus, dass es Unterschiede gibt, die die intrapsychische Subskala betreffen. Personen, die an einer affektiven Störung leiden, unterscheiden sich signifikant von allen anderen Personen, die befragt wurden ($p = .017$). Die Hypothese H1_2 kann demnach angenommen werden.

4.Hypothesen über die Stärke des Zusammenhangs zwischen den Subskalen.

Durch die Verwendung der nonparametrischen Korrelation nach Pearson stellt sich heraus, dass die Nullhypothese angenommen werden kann, da die berechneten Ergebnisse in der vorliegenden Arbeit vor der weiteren Modifizierung stets höher untereinander korrelieren, als die bereits publizierten. Nicht nur jene Korrelation von Lester und Bean (1992) wurden als Referenz herangezogen, sondern auch jene, die in den Untersuchungen von Voracek et al. (2007, 2008) herausgefunden worden sind.

5.Hypothesen über die Modifizierung der Lester- Bean- Skalen.

Durch die Erstellung eines eigenen theoretischen Strukturmodells kann die Alternativhypothese als bestätigt angesehen werden. Es zeigen sich jedoch Einschränkungen dahingehend, dass das aufgestellte Modell nicht die Realität durch die erfassten Daten moderat wiedergeben kann. H1 kann beibehalten werden (siehe Appendix D1 bis D.4).

Die zweite Alternativhypothese („Die intrapsychische Komponente weist differenziertere Aspekte auf als jene von Lester und Bean“) kann ebenfalls als bestätigt angesehen werden, da die intrapsychischen Aspekte weit mehr im finalen Fragebogen vertreten sind als jene von Lester und Bean (1992). Zudem wurden knapp 75% der in Lester und Bean´s eingesetzter Skala eliminiert.

Alternativhypothese H1_3 „Die interpersonale und die sozial-gesellschaftliche Komponente weisen höhere Korrelationen auf als jene zwischen intrapsychischen und interpersonalen Komponenten“ kann als bestätigt angesehen werden, welches weitestgehend mit den bis dato publizierten Studien übereinstimmt.

Die vierte Alternativhypothese „Über das gefundene Konstrukt kann ein Generalfaktor gelegt werden“ kann als teilweise bestätigt werden. Die vorab getätigten Überlegungen über einen Generalfaktor, der als „Angst“ definiert werden könnte, kann als nicht bestätigt angesehen werden. Jedoch zeigen sich positive korrelative Zusammenhänge zwischen den Indikatoren „Umfeld“ und „Stress“ und den jeweiligen anderen Skalen. Dies scheint als Indiz dafür stehen zu können, dass Ursachenzuschreibungen suizidalen Verhaltens vor allem durch Erfahrungen des jeweiligen sozialen Umfelds oder durch Di- wie auch Eustress erklärt werden kann.

3.4 Diskussion und Kritik der Pilotstudie

Ziel der Pilotstudie war es, ein zeitgemäßes Messinstrument zu entwickeln, welches eine weitere Differenzierung des gesamten Einstellungsinstruments zu erreichen versuchte. Dies wurde durch eine umfangreiche Analyse sowohl des Roh- als auch des modifizierten Datenmaterials erreicht. „Ursachenzuschreibungen suizidalen Verhaltens“ ist ein Konstrukt, welches bis dato unzureichend konstruiert wurde und es demnach zu Einschränkungen hinsichtlich der Erweiterung von ebendiesem gekommen ist.

Im Zuge der Pilotstudie wurden 303 junge Männer und Frauen zum Thema Ursachenzuschreibungen suizidalen Verhaltens mittels der modifizierten LBS

befragt. Im Allgemeinen zeigten sich die Probanden während der Untersuchung von etwa 30 Minuten als kooperativ und bestrebt die gestellten Fragen gewissenhaft zu beantworten. Einige Ausnahmen, zeigten sich nicht unmittelbar während des Testzeitraums, sondern eher im Zuge der deskriptivstatistischen Auswertung. Zwei Personen zeigten ein auffälliges Antwortverhalten in dem sie durch das dauerhafte Ankreuzen von Extremwerten über die komplette Fragebogenbatterie hinweg systematische Verzerrungen verursachten.

Ferner haben zweidrittel der Testpersonen den Aufbau und das Layout des Fragebogens als sehr gut bis gut und die darin gestellten Fragen als nicht zu intim und verständlich empfunden. Daraus ergibt sich, dass lediglich einige Formalitäten betreffend Wortwiederholungen, Rechtschreibfehler oder Darstellungsgröße geändert werden müssten. Auch der soziodemographische Fragebogen per se muss in seiner Darstellungsart nicht modifiziert werden.

Im Verlauf der Haupttestung werden die verbliebenden Items in einer neuen Reihenfolge dargeboten, um die gleichmäßige Verteilung der Skalenkategorien gewährleisten zu können und um mögliche Antworttendenzen zu verhindern. Es muss ferner die Frage beantwortet werden inwieweit die gestellten Items hätten umgepolt werden müssen, um ein Gleichgewicht zwischen negativen und positiven Themeninhalten zu schaffen und ebendiese Verzerrungen zu umgehen (dieser Punkt wird im weiteren Verlauf der Arbeit noch näher behandelt).

Es zeigte sich, dass die Item- und Skalenanalyse ein reliables und valides Testinstrument hervorgebracht haben. Es mussten aufgrund der geringen Itemtrennschärfe, welche mittels Reliabilitätsanalyse, unter Verwendung von Cronbach's α , 15 Items der intrapsychischen Subskala, sechs Items der interpersonellen Skala und acht Fragen der sozial/gesellschaftlichen Subskala extrahiert werden. Der überarbeitete Itempool weist nun summa summarum 98 Fragen auf, welches in der weiterlaufenden Untersuchung versucht, das Konstrukt der attributionalen Einstellung hinsichtlich suizidalen Verhaltens umfassend darzustellen. Das Cronbach's α weist nach dieser Extraktion einen Wert von circa .9 auf. Dieser hohe Wert sollte jedoch nicht unkritisch betrachtet werden, da dieser sich wahrscheinlich aufgrund der hohen Itemanzahl erklären lässt.

Die scheinbar vorhandene Akzeptanz und das Fehlen einer Tendenz zur sozialen Erwünschtheit könnten damit erklärt werden, dass durch die Erfahrungen und dem Umgang mit Suizid im sozialen Umfeld, die befragten Personen ein anderes und differenzierteres Bild dieses Themengebietes aufweisen, zumal ein hoher prozentualer Anteil der Probanden solchen Situationen ausgesetzt waren. Auch das umfassendere Wissen über Störungen psychischer und physischer Art oder Attributionstheorien könnten ein Beitrag zu diesem Faktum geleistet haben. Abschließend scheint auch ein gewisser „routinierterer“ Umgang mit Fragebögen und Testsituationen dazu geführt haben, dass ein Fehlen der sozialen Erwünschtheit im psychologischen Sinne vorliegt. Dies ist natürlich positiv zu werten, doch stellt sich die Frage inwieweit diese Akzeptanz auch in einer Stichprobe der „Normalbevölkerung“ repräsentiert und Bestand haben oder eher auf Widerstand stoßen wird. Dieses Hindernis könnte mit einem Vorlegen einer kurzen Skala zur sozialen Erwünschtheit in der Haupttestung umgangen werden, Es können auch nur Mutmaßungen darüber gemacht werden, warum Personen mit Erkrankungen, die ihren Ursprung im affektiven Störungsbereich haben, stärker jenen Items zustimmen, die der intrapsychischen Subskala zugeordnet werden können, als Probanden mit anderen oder keinen Erkrankungen. Durch weitere gedankliche Auseinandersetzung mit dem Themengebiet der affektiven Störungen und deren Zusammenhang mit laientheoretischen Annahmen über Suizidalität, könnte ein zusätzlicher Fragebogen vorgelegt werden, der „Angst“ als trait oder state definiert, zumal die Ausprägungen der Subskala Angst durchweg hoch ausgeprägt waren. Dies führt zu der weiteren Vermutung, dass Angst ein wesentlicher Bestandteil des bearbeiteten Forschungsgebietes sein könnte.

Die Hypothesenprüfung zeigt alles in allem, dass es geringe Unterschiede zwischen den Personengruppen mit unterschiedlichen Suiziderfahrungen, mit somatischen und/oder psychischen Erkrankungen, als auch jenen Antwortverhalten der sozialen und interpersonellen Subskala.

Auch die Hypothesen über die Modifizierung der bestehenden Skalen können als teilweise bestätigt angesehen werden, da die einzelnen Skalen durch die erhöhte Itemanzahl erklärt werden kann, aber auch durch den Fakt, dass die neu konstruierten Items weitaus moderner und zeitgemäßer gestaltet wurden, als jene von Lester und Bean (1992) in der german und english form. Dieses Ziel

wurde mit einem komplett überarbeiteten Fragebogen ($N = 75$) erreicht. Auch die anfängliche Kritik über einzelne sehr plakative Fragen wurde aufgelöst. Die differenziertere Darstellung des Begriffs der suizidalen Verhaltensweisen ist durch die Konstruktion des soziodemographischen Fragebogens geglückt, scheint jedoch keine weitere praktische Relevanz zu besitzen.

Zudem zeigen sich auch einige Einschränkungen, die an dieser Stelle ausführlich diskutiert werden müssen. Zum einen sei das Faktum der Stichprobe zu erläutern, welche wiederum ausschließlich aus Psychologiestudenten der Universität Wien besteht und dies möglicherweise die Generalisierbarkeit einschränken könnte. Diese Annahme liegt darin begründet, dass Studententstichproben, unabhängig von der Ausrichtung ihres Studiums, zu eng gefasst sind und damit nur ein einseitiges Bild der zu grundlegenden Forschungsfrage abbilden würde und damit die Forschungsergebnisse verzerren könnten. Daher wird in der Hauptuntersuchung versucht eine weit differenziertere Stichprobe zu finden, die diese Einschränkungen umgehen kann. Zum anderen zeigen sich diese Beschränkungen auch in den Untersuchungen bezüglich des model fit. Durch die Strukturgleichungsmodellierung zeigen sich zwar Tendenzen eines Generalfaktors („Umfeld“, „Stress“), aber auch der Fakt der moderaten bzw. der eingeschränkten Passung der Daten an die Realität.

Ziel der weiteren Untersuchungen ist ein gutes bis sehr gutes model fit zu erreichen. Darüber hinaus sollen mit Fragebögen die Themenbereiche, die die Einflüsse von Stress und das des sozialen Umfeldes behandeln, aufgeklärt und verständlicher gemacht werden.

4 Hauptuntersuchung

Nach der bisherigen Beschäftigung mit den psychometrischen Kennwerten ergibt sich ein Modell, welches aus summa summarum $N = 59$ Items besteht, welche sich wiederum zu acht Subskalen zusammensetzen. Diese lassen sich wie folgt unterteilen:

Subskala	Anzahl der Items	Itemnummern
Stress	N=7	8,11,29,34,39,41,46,
Angst	N=8	1,22,23,37,43,49,50,54
Krankheit	N=9	7,9,12,13,14,15,20,51,55
eigene/fremde Schuldzuweisung	N=7	16,31,35,48,52,57,58
Existenzbedrohung	N=5	4,5,6,10,53
Intoleranz	N=10	2,17,19,21,25,26,27,30,40,47,
gefährdendes Umfeld	N=6	18,24,32,36,42,59
Persönlichkeitsfaktoren	N=7	3,28,33,38,44,45,56,

Tabelle 7: Darstellung der identifizierten Subskalen und deren Zuordnung der Items im aktuellen Fragebogen

Zudem ergibt sich nach intensiver Auseinandersetzung mit dem modifizierten Fragebogen, dass lediglich zwei der ursprünglich 18 Items von Lester und Bean weiter Verwendung finden würden. Das Konstrukt nach Lester und Bean (1992) scheint nicht mehr zeitgemäß zu sein. Die Zuteilung der Items zu den ursprünglichen Subskalen (intrapsychisch ($N = 36$); interpersonell ($N = 11$); sozial/gesellschaftlich ($N = 13$)), zeigt eine Verschiebung in Richtung der intrapsychischen Ursachenzuschreibungen; gemäß wie zu erwarten war.

Eine Möglichkeit wäre weiter nach der ursprünglichen Theorie von Lester und Bean (1992) zu arbeiten. Es müssten jedoch in weiterer Verrechnung die drei Subskalen gewichtet werden. Von diesem Vorgehen ist jedoch bei genauerer Betrachtung abzuraten, zumal es nicht der eigentlichen Forschungsfrage entspräche.

Auch wenn der geringe Model fit von .232 für eine Nichtpassung bzw. für eine unzureichende Passung des Modells an die Realität spricht, kann nicht von der Hand gewiesen werden, dass die Stichprobe der Psychologiestudenten doch eine sehr ausgewählte und eingeschränkte im Sinne von narrow sampling ist. Im weiteren Verlauf wird das neue theoretische Modell (siehe Abbildung 8) an einer differenten sensu heterogenen Stichprobe getestet, um herauszufinden, ob primär

werden musste, da sich im Verlauf der Hauptuntersuchung die Probandenrekrutierung als sehr problematisch abzeichnete. Im Zuge dessen wurde der Befragungsraum auf Suizidalitätsforen erweitert. Es musste die Gefahr eingegangen werden, keine Normalbevölkerung im eigentlichen Sinne zu erfassen, sondern eine Bevölkerungsschicht, die vor allem im Bereich der psychischen und physischen Erkrankungen, den unmittelbaren Erfahrungen mit Suizidalität und in ihrem Antwortverhalten hohe Extremwerte erreichen kann.

Im Rahmen dieser Hauptuntersuchung wurden 102 Personen, die freiwillig an dieser Testung teilnahmen, untersucht ($N = 102$; 79 Personen weiblich, 23 männlich; $X^2 = 30.745$; $df = 1$; $p = .000$). Weitere soziodemographische Merkmale wurden wiederum mit dem soziodemographischen Fragebogen abgefragt, der im Appendix F.1 aufscheint. Den UntersuchungsteilnehmerInnen wurden die modifizierten Lester-Bean-Skalen ($N=59$), die ursprünglichen Lester-Bean-Skalen ($N = 18$) (1992) in ihrer deutschen Form (Voracek et al., 2007) und der eigens übersetzte "Interpersonal need questionnaire" ($N = 25$) vorgelegt (van Orden et al., 2010). Die Aufnahme einer zusätzlichen Skala liegt darin begründet, dass die zugrunde liegenden Konstrukte der „vereitelten Zugehörigkeit“ (*thwarted belongingness*) und die „wahrgenommene Lästigkeit“ (*perceived burdensomeness*) nach Erklärungen der Autoren ein vergleichbares Konstrukt zu messen scheinen, wie jene der eigens konstruierten Subskalen „gefährdendes Umfeld“ und „eigene/fremde Schuldzuweisung“.

4.1.2 Untersuchungsplan

Innerhalb eines Zeitraums von knapp fünf Wochen (09.12.2011-15.01.2012) wurden den Untersuchungsteilnehmern (geplanter Altersrange entsprechend der Normalbevölkerung; Männer & Frauen gleich verteilt) in einer Onlineuntersuchung per online panel die digitalisierte und standardisierte Form der neu zusammengestellten Fragebogenbatterie zugänglich gemacht. Diese besteht aus einem verkürzten soziodemographischen Fragebogen (siehe Appendix F.1), den modifizierten Lester-Bean-Skalen(siehe Anhang F.1), den ursprünglichen LBS aus dem Jahr 1992 (siehe Appendix F.2) und dem NQI (Anhang F.3) von van Orden (2009). Diese wurden mit Hilfe des Onlineportals www.q-set.de erstellt und sind

weiterhin unter http://www.g-set.de/Meine_Online-Umfragen/Fragebogen.php?sCode=AUNTJWZBPQMJ als Wordfile abrufbar.

Als unabhängige Variablen werden wiederum das Ausmaß der Suizidalität, die suizidalen Handlungen im jeweiligen sozialen Umfeld und die Art der psychischen Störung, falls vorhanden, herangezogen, die den Umgang mit Suizidalität operationalisieren. Anhand dieser können die Studienteilnehmer in Cluster gruppiert werden, um mögliche Gruppenunterschiede herausfiltern zu können.

Es wird im Zuge dessen der Zusammenhang des Antwortverhaltens einer Stichprobe einer definierten Normalpopulation bezüglich der abhängigen Ursachenzuschreibungen suizidalen Verhaltens untersucht. Die beschriebenen abhängigen Variablen werden mittels der modifizierten Lester- Bean- Skalen, NQI (van Orden, 2009) und den originalen Lester- Bean- Skalen (1992) erhoben.

Daraus resultierend werden weitere Untersuchungen bezüglich des entwickelten Fragebogens getätigt, die erneute Reliabilitätsanalysen und konfirmatorische Faktorenanalysen miteinschließen, um das vorab entwickelte theoretische Modell absichern zu können.

Zudem sollen in dieser Untersuchung die diagnostischen Gütekriterien weiter untersucht werden, um bestehende Hypothesen abzusichern und um prognostizieren zu können, wie gut das Modell mit den Daten der Realität übereinstimmt. Diese Analysen umfassen unter anderem Berechnungen zur diskriminaten und konvergenten Validität und die konfirmatorische Faktorenanalyse zur Bestimmung der latenten Variablen.

Die statistischen und operationalen Hypothesen sind folgende:

- 1 Die gefundenen korrelativen Zusammenhänge zwischen den Subskalen sind geringer als jene der Pilotstudie.
- 2 Es bestehen Unterschiede im Antwortverhalten zwischen den Personengruppen (aktiv vs. passiv).

- 3 Es bestehen Unterschiede im Antwortverhalten zwischen den Berufsgruppen.
- 4 Das modifizierte Modell besitzt einen g-Faktor.
- 5 Das Modell passt besser zur Datenstruktur als in der Pilotstudie.
- 6 „Gefühlte Ablehnung“ erklärt mehr Varianz als die intrapsychische Komponente nach Lester und Bean (1992).
- 7 „gefährdendes Umfeld“ und „perceived burdensomeness“ messen dasselbe Konstrukt.
- 8 Die interpersonelle Komponente nach Lester & Bean erklären weniger Varianz als die additiven Komponenten „gefährdendes Umfeld“ und „perceived belongingness“.
- 9 „Eigene/fremde Schuldzuweisung“ und „thwarted belongingness“ messen dasselbe Konstrukt.
- 10 Die modifizierte Lester-Bean-Skalen und der „Interpersonal need questionnaire“ weisen eine hohe konvergente Validität auf.

4.1.3 Untersuchungsbedingungen und Untersuchungsmaterialien

Allen Teilnehmern wurde die gesamte Testbatterie vorgelegt. Die Hauptuntersuchung fand, wie bereits oben erwähnt, als Onlinetestung statt. Die Fragebogenbatterie wurde so konzipiert, dass den Studienteilnehmern die Möglichkeit gegeben wurde, alle Seiten des Fragebogens einzeln aufzurufen, sowie den Fragebogen zwischen zu speichern und zu einem späteren Zeitpunkt gegebenenfalls fortzusetzen. Desweiteren wurden die Einstellungen so gewählt, dass die Befragten keine Antwort auslassen konnten und somit eine Vollständigkeit aller Datensätze gewährleistet und eine fehlerfreie Dateneingabe garantiert werden kann, zumal das gesamte Datenfile in SPSS 19.0 und in AMOS 18.0 importiert wird. Der gesamte Fragebogen kann von jedem Computer (unabhängig davon ob Heimcomputer oder Universitäts-PC) ohne Zugangscode abgerufen werden. Die Stichprobengewinnung erfolgt mittels Schnellballsystem, in dem die Verlinkung <http://www.q-set.de/q-set.php?sCode=AUNTJWZBPQMJ>

diversen Universitätsemailverteilern, Facebook- und Studivz- und Forennutzern zugänglich ist. Zudem wurde auf der Internetsite www.q-set.de eine werbefreie Annonce geschaltet, um den Pool der zu befragenden Personen zu erweitern. Es wurde dabei auf die Formulierung, dass *vor allem ältere Personen diese Fragebogenbatterie beantworten sollen*, geachtet, damit eine zu spezielle Stichprobengewinnung, wie es der Fall in der Pilotstudie war, umgangen werden kann. Die Dauer der Durchführung betrug in etwa 15 Minuten und wurde, wie angeführt, in genannter Reihenfolge erreicht.

Die modifizierten Lester- Bean -Skalen stellen nunmehr eine Zusammenstellung der „best geeigneten“ Items des ursprünglichen Fragebogens ($N = 59$) dar. Um die Vergleichbarkeit der beiden Konstrukte zu garantieren, werden die ursprünglichen Skalen als dritter Fragebogen vorgelegt.

Um die Hypothese der Ähnlichkeit zwischen den eigenen theoretischen Annahmen und denen von van Orden, Witte, Braithwaite, Sely, Joiner & Cukrowicz (2010) ermitteln zu können, wurde zudem die NQI-Skalen in übersetzter Form hinzugezogen. Die Übersetzung erfolgte mittels eigener und einer weiteren Übersetzung, um Objektivität und Genauigkeit der übersetzten Items sicherstellen zu können. Zudem wurden diese Skalen zusätzlich vorgegeben, da zum einen zwischen *suizidalen Gedanken*, *suizidalem Verhalten*, der *Absicht sich umbringen zu wollen* etc. unterschieden wird und zum anderen da die „vereitelte Zugehörigkeit“ („thwarted belongingness“) unabhängig davon, ob Suizid verübt wurde oder nicht, erhoben wird. Ein weiterer Punkt für die Verwendung dieser Skala liegt vor allem auf dem Augenmerk des Parasuizids, da zudem eine gleiche bzw. ähnliche Antwortformatierung die Verrechnung und die psychometrische Analyse erleichtert. Zuletzt ist nicht von der Hand zu weisen, dass die vorliegenden theoretischen Annahmen von van Orden et al. (2010) gut in das vorliegende theoretische Modell einfließen könnten.

4.2. Ergebnisse

4.2.1 Stichprobenbeschreibung

Insgesamt sichteten 658 Personen die gesamte Fragebogenbatterie Personen, wobei 506-mal der Fragebogen ohne jegliche Beantwortung aufgerufen und 50-mal teilweise beantwortet wurde. Summa summarum konnten demnach von allen 102 Versuchspersonen (23 männlich, 79 weiblich) komplette Datensätze gesammelt und zur weiteren Verrechnung ausgewertet werden.

Von den 102 Untersuchungsteilnehmern waren 46 österreichischer, 52 deutscher und vier einem anderen Staat zugehörig, wobei der Altersrange zwischen 15 und 66 Jahren ($MW = 27.13$; $Sd = 8.868$; $Md = 25.00$; $\chi^2 = 98.392$, $p = .000$) liegt und man vom Vorliegen einer Normalverteilung ausgehen kann. Die grafischen wie auch rechnerischen Ergebnissen lassen diesen Schluss zu. Altersgruppen wurden nicht erstellt, da die daraus gewonnenen Informationen als redundant für die Forschungsfrage der vorliegenden Arbeit zu erachten sind.

Außerdem wurde die höchste abgeschlossene Ausbildung abgefragt. Die Ergebnisse zeigen an, dass 16 Personen Hauptschule, Realschule oder das Gymnasium ohne Matura abgeschlossen haben. Das Gymnasium mit Matura und eine Lehrausbildung haben 64 Versuchspersonen absolviert. Die restlichen 24 Untersuchungsteilnehmer haben eine höhere Schullaufbahn wie Fachhochschule, Universität oder einen ähnlichen Studiengang mit einem vergleichbaren Abschluss eingeschlagen bzw. absolviert. Anschließend wurde die Berufstätigkeit erhoben, die zur weiteren Verrechnung in Berufsgruppen eingeteilt werden. Diese sind detailliert im Anhang unter dem Punkt G.1 aufgezeichnet.

Von 102 befragten Personen gaben 43 Probanden an, ledig zu sein, 45 in einer Partnerschaft zu leben, 11 verheiratet und drei Personen geschieden zu sein. Ferner wurde auch die Anzahl der Kinder erfragt. Die Ergebnisse zeigen, dass 83 Probanden kein Kind haben, neun ein Kind, neun zwei Kinder und eine Person vier Kinder haben.

Auf diesen Fakten aufbauend, kann eine weitere Überlegung dahin getätigt werden, die nun differenzierten Berufsgruppen miteinander vergleicht und

möglicherweise erste Hinweise darauf findet, ob Unterschiede im Attributionsverhalten zu finden sind.

Zu Rauch- und Alkoholkonsum ist zu sagen, dass sich ähnliche Ergebnisse wie in der Pilotstudie ergeben. Im Gegensatz zu 19 Personen, gaben 83 Probanden ($X^2 = 40.157$; $df = 1$; $p = .000$) an, regelmäßig Alkohol zu konsumieren. Die Analyse der Trinkgewohnheiten ergab, dass von den 83 Personen, die regelmäßig Alkohol trinken, 32 dies einmal im Monat, 29 einmal in der Woche, 14 zweimal pro Woche und 10 Personen häufiger als angegeben ($X^2 = 18.098$; $df = 4$; $p = .001$), Alkohol zu konsumieren.

Im weiteren Verlauf des soziodemographischen Fragebogens wurden zudem chronische physische und psychische Erkrankungen erhoben und über deren Behandlung befragt. 81 Personen beantworteten die Frage nach dem Vorliegen einer somatischen Erkrankung mit „nein“; 21 Versuchsteilnehmer mit „ja“. Diejenigen ($N = 21$), die psychisch erkrankt sind, geben Erkrankungen an, die vor allem dem depressiven Formenkreis und anderen affektiven Störungen sensu Angsterkrankungen zuzuordnen sind.

Auch in dieser Untersuchung wurde versucht durch den soziodemographischen Fragebogen die Frage abzudecken, ob Suizidalität bezüglich der eigenen Person und/oder des sozialen Umfeldes vorliegen. Die erste der beiden Fragen erhob, ob die antwortende Person, entweder an Suizid gedacht oder einen Selbstmordversuch unternommen habe. Es stellte sich heraus, dass 47 Untersuchungsteilnehmer daran gedacht haben sich umzubringen, zwei einen Suizidversuch unternommen und 15 Probanden sowohl suizidale Gedanken besitzen, als auch einen Suizidversuch unternommen haben.

Darüberhinaus zeigt sich, dass sich 35 Personen in Behandlung begeben haben. Darunter werden psychiatrische ($N = 6$), psychologische ($N = 2$) und psychotherapeutische Interventionen ($N = 23$) verstanden. Fünf Versuchspersonen machten zu dieser Frage keine Angaben.

Diese, doch enorm hohe Anzahl in Anbetracht der Gesamtstichprobe, wird sich vermutlich damit erklären lassen, dass der Fragebogen speziell in Foren über Suizidalität veröffentlicht wurde. Hinsichtlich der Erfahrungen mit suizidalen Verhaltensweisen zeigt sich, dass 17.0% der Personen angaben, suizidale

Handlungen innerhalb der Familie, 8.2% bei Freunden und 15.7% in ihrem näheren Bekanntenkreis miterlebt zu haben.

An dieser Stelle ist zu sagen, dass allein die deskriptiv-statistischen Ergebnisse darauf schließen lassen, dass eine hohe soziale Akzeptanz seitens der Untersuchungsteilnehmer vorliegt. Erklärt werden könnte dieser Umstand durch die Veröffentlichung in (wissenschaftlichen) Umfrage- und Suizidalitätsforen und das demnach höhere Interesse an eben diesem Themengebiet. Daraus lässt sich folgern, dass dieses Thema nicht bzw. nur kaum durch sozial erwünschte Antworten verzerrt wird.

4.2.2 Skalenanalyse

Im folgenden Abschnitt werden die einzelnen Fragebögen inferenzstatistisch ausgewertet. Im Hinblick auf korrelative Zusammenhänge zwischen den Subskalen der einzelnen Testungen über Reliabilitätsanalysen und explorative Faktorenanalysen wird speziell bei der Betrachtung der modifizierten Lester-Bean-Skalen ein Hauptaugenmerk auf die konfirmatorische Faktorenanalyse gelegt.

Lester-Bean-Skalen

Die Überprüfung der Lester-Bean-Skalen auf Normalverteilung ergibt, dass die einzelnen Subskalen mit $\chi^2_{\text{sozial}} = 57.059$, $df = 25$, $p = .000$, $\chi^2_{\text{interpersonell}} = 48.000$, $df = 24$, $p = .003$ und einem $\chi^2_{\text{intrapsychisch}} = 565.294$, $df = 26$, $p < .001$ nicht normalverteilt sind.

Wie zu erwarten war, zeigen sich signifikante Zusammenhänge zwischen allen Subskalen (intrapsychisch/interpersonell $r = .661$, intrapsychisch/sozial $r = .521$, interpersonell/sozial $r = .715$, alle $p = .000$). Die Stärke der korrelativen Zusammenhänge, wie auch das Verhältnis der Skalen zueinander, befinden sich in einem mäßig bis hohen Bereich und geht mit den bereits publizierten Korrelationen d'accord (siehe dazu z.B. Voracek et al., 2007).

Im weiteren Verlauf der Analyse sollen nun eine explorative Faktorenanalyse mit Varimax-Rotation und Kaiser-Normalisierung und eine Reliabilitätsanalyse durchgeführt werden, um die bestehende Faktorenstruktur zu überprüfen und um darzustellen, inwieweit die drei Subskalen das gemessene Konstrukt erfassen.

Der KMO-Koeffizient von .809 (approx. $X^2 = 835.012$, $df = 153$; $p = .000$) zeigt, dass alle Items in die Faktorenanalyse (Kaiser Kriterium & Varimax-Rotation) einfließen können. Zudem wird dieses Ergebnis durch die hohe Signifikanz von .000 im Bartlett-Test unterstützt. Screeplot wie auch die Darstellung der erklärten Varianzen weisen auf ein Modell hin, welches aus fünf Faktoren besteht und 67.47% der Gesamtvarianz erklären. Die rotierte Faktorenmatrix lässt schließen, dass der erste Faktor der sozial/gesellschaftlichen Subskala zugeordnet, der zweite Faktor einem Teil der intrapsychischen Subskala, vor allem den Krankheitsfaktoren, und der dritte Faktor wiederum durch Items der sozialen Skala erklärt werden kann.

Ferner wurde eine Reliabilitätsanalyse berechnet, die zeigen soll, welche Items bzw. welche Skalen Gültigkeit besitzen. Unter Einschluss aller Items, ergab die Berechnung, dass die gesamte Skala ein Cronbach's α von .835 (intrapsychisch =.749, interpersonell =.759 & sozial/gesellschaftlich= .811, Gesamtskala = .892) erreicht und dies als moderates Messinstrument angesehen werden kann.

Interpersonal Need Questionnaire

Hinsichtlich der deskriptiv-statistischen Analyse der Interpersonal Need Questionnaire- Subskalen zeigt sich, dass man nicht vom Vorliegen multipler Normalverteilungen ausgehen kann. Die berechneten Chi-Quadrat Werte der Subskalen „perceived burdensomeness“ ($X^2 = 173.686$, $df = 18$, $p = .000$) und „thwarted belongingness“ ($X^2 = 71.647$, $df = 17$, $p = .000$) weisen diesen Fakt eindeutig aus. Dieses Ergebnis wird durch die graphische Überprüfung auf Normalverteilung aller Items betätigt.

Es zeigt sich ein geringer positiver Zusammenhang zwischen den Skalen mit $r = .220$, $p = .027$. Dies war nach Auseinandersetzung mit einschlägiger Fachliteratur zu erwarten, zumal die Autoren von einer gewissen Unabhängigkeit der theoretischen Konstrukte ausgehen (van Orden, 2009).

Diese Annahme wird durch die Ergebnisse der explorativen Faktorenanalyse gestützt ($KMO = .855$, approx. $X^2 = 1733.981$, $df = 300$, $p = .000$). Diese weist nach Varimax Rotation mit Kaiser-Normalisierung eine Faktorenanzahl von vier aus, die zwar durch den Screeplot (siehe Anhang) unterstützt wird, doch bei genauer Betrachtungsweise, die erklärte Varianz nach dem dritten Faktor auf einen Wert von rund 6.7% abfällt. Die extrahierten Faktoren können wie folgt benannt werden: 1. Faktor (35.6%) = „Geborgenheit“, 2. Faktor (17.2%) = „Abgrenzung“, 3. Faktor (6.7%) = „Unsicherheit im Umgang mit anderen“. Dabei werden alle Items der ursprünglichen Subskala „thwarted belongingness“ in den ersten Faktor inkludiert. Es zeigen sich dabei Faktorladungen zwischen Werten von .648 bis hin zu .810. Einzige Ausnahme stellt das Item 10 dar, welches mit .803 auf dem zweiten Faktor lädt, dieser doch durch die gesamten Items der Subskala „perceived burdensomeness“ repräsentiert werden. Der vierte Faktor wird aufgrund der geringen Varianzerklärung als nicht weiter aussagekräftig betrachtet. Voraussetzungsprüfungen zur Berechnung der explorativen Faktorenanalyse wurden natürlich getätigt. Bei der Betrachtung der Reliabilitätsanalyse lässt sich auf ein moderates Messinstrument schließen ($\alpha^{perceived\ burdensomeness} = .708$, $\alpha^{thwarted\ belongingness} = .494$, $\alpha^{gesamt} = .654$).

Die vorliegenden Ergebnisse weisen auf das von den Autoren ausgewiesene theoretische Konstrukt hin und entsprechen nach inhaltlicher Betrachtung weitgehend ausgewählten Items der modifizierten Lester-Bean-Skala.

modifizierte Lester-Bean-Skalen

Das Hauptaugenmerk der eigentlichen Untersuchung liegt in der Analyse und Auswertung der modifizierten Lester-Bean-Skalen.

Die Ergebnisse der Normalverteilungsprüfung zeigen an, dass man nicht von einer multimodalen Normalverteilung ausgehen kann. Die einzige Ausnahme stellt die Subskala „gefährdendes Umfeld“ ($\chi^2 = 27.412$; $df = 24$, $p = .286$) dar, die unter anderem durch einen Chi-Quadrat-Anpassungstest berechnet wurden und auf eine weitere Verwendung nonparametrischer Verfahren hindeuten.

Die Berechnung der nonparametrischen Korrelationen weisen signifikante Zusammenhänge aus, die sich vor allem durch hohe Korrelationen der Subskalen „Stress“ und „gefährdendes Umfeld“ mit allen anderen Subskalen durchgängig Korrelationen aus mit Werten von $r > .5$, $p = .000$ aus. Diese Ergebnisse können als erstes Indiz für das Vorliegen eines Generalfaktors dienen.

Im Anschluss an die grundlegenden Berechnungen wird im weiteren Verlauf, eine explorative Faktorenanalyse zur Analyse der Faktorenstruktur, wie auch eine konfirmatorische Faktorenanalyse zur Anpassung der Daten an das theoretische Modell berechnet. Die Voraussetzungsprüfungen zur Berechnung der explorativen Faktorenanalyse weisen eine KMO-Wert von über .850 aus, welches darauf schließen lässt, dass die vorliegenden Items sinnvoll berechnet und interpretiert werden können (detaillierte Ergebnisdarstellung unter dem Punkt H. 8 im Appendix). Die Gesamterklärung der Varianz weist auf das Vorliegen von 12 Faktoren hin. Man muss sich in diesem Zusammenhang jedoch die graphische Darstellung des Screeplots ansehen. Dieser weist, genau wie die genauere Betrachtung der Varianzerklärung, darauf hin, dass die a priori formulierten Subskalen, moderat bis gut in der vorliegenden Stichprobe repräsentiert werden. Die Extraktion des ersten Faktors, weist auf eine inhaltliche Passung mit den bisherigen theoretischen Annahmen hin. Dieser könnte als Komponente definiert werden, welche vor allem Unsicherheit im Umgang mit anderen, Stressanfälligkeit und Ängstlichkeit subsummieren und wird im weiteren Verlauf der Arbeit mit „Unsicherheit und geringe Wertschätzung“ benannt.

Die Berechnung der Korrelationen der ausgewiesenen Faktoren zeigt, dass wie erwartet keine beziehungsweise kaum signifikante Koeffizienten vorliegen, die für ein gemeinsames Erfassen des Konstrukts dienen würden. Es zeigt sich doch eine Ausnahme, die den gefundenen Faktor der modifizierten Lester- Bean-Skalen „Unsicherheit und geringe Wertschätzung“ und den der INQ „ Unsicherheit im Umgang mit anderen“ betrifft. Diese weisen ein r von .406, $p = .000$

(Signifikanzprüfung einseitig, 0.01) aus ein deuten auf einen moderaten Zusammenhang hin.

Der zweite gefundenenen Faktor der modifizierten Lester- Bean- Skalen umfasst vor allem Inhalte des sozialen Umfelds, die durch wirtschaftliche Aspekte mitbedingt und erklärt werden.

Interessanterweise kristallisiert sich innerhalb des dritten Faktors eine Tendenz heraus, die Aspekte der Intoleranz gegenüber anderen Personen subsummieren.

Die ersten acht Faktoren, die extrahiert wurden, weisen eine erklärte Gesamtvarianz von 66.34% aus, welches für eine immense Erhöhung der zu erklärenden Gesamtvarianz im Gegensatz zu der Pilotstudie hindeutet und als moderates Ergebnis angesehen werden kann. Die inkludierten Items und die dazu jeweils konstruierten Subskalen weisen eine zufriedenstellende Faktorenstruktur aus, die im folgenden Verlauf mittels konfirmatorischer Faktorenanalyse überprüft werden soll.

4.2.3 Konfirmatorische Faktorenanalyse

Die Berechnungen der konfirmatorischen Faktorenanalyse ergeben Ergebnisse, die für einen besseren Modell fit sprechen, als in der Pilotstudie. Mit einem CFI-Wert von 1.000, und einem RMSEA-Wert von < 0.06 und einem $N < 250$ ergeben sich sehr gut Modell Fit Werte und sprechen für eine ausgezeichnete Passung der Daten an die Struktur.

Vor allem die Faktoren des gefährdenden Umfelds und die Persönlichkeitsfaktoren weisen auf eine gute Entsprechung des Konstrukts hin mit einem Wert von .91 hin (Im Anhang befinden sich die genauen Ergebnisdarstellungen der Modell Fit Werte unter dem Punkt H.10).

Die Berechnungen bezüglich der Modell Fits weisen augenscheinlich auf eine perfekte Passung mit CFI 1.00 und RMSEA .000 hin. Es kann jedoch auch als eine Überextraktion des Modells bedeuten.

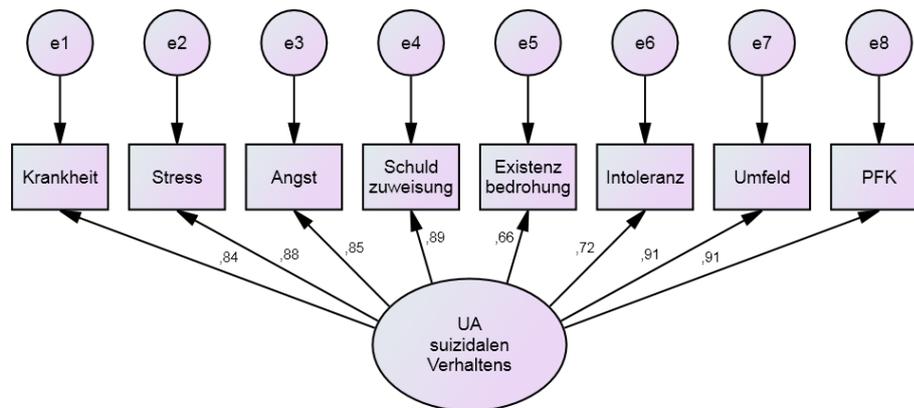


Abbildung 9: standardisierte Darstellung der angenommenen latenten Variablen; berechnet mittels CMA

Natürlich wurde auch mittels konfirmatorischer Faktorenanalyse überprüft, ob im Falle der Nichtpassung der Daten an das vorab theoretisch angenommenen Modell, durch die extrahierten Faktoren der EFA das Konstrukt "Ursachenzuschreibungen suizidalen Verhaltens" adäquat repräsentiert werden könnte. Jedoch war dies nicht der Fall, zumal die Berechnungen mittels AMOS ein Modell überprüft haben, welches nicht durchgeführt werden konnte und den Schluss zulässig macht, dass die angenommene Theorie in dieser Studie akzeptiert werden kann.

Zum Vergleich des Modells und der Kennwerte wurde auch eine konfirmatorische Faktorenanalyse mittels Bollen-Stine-Bootstrap-Methode berechnet. Die Ergebnisse weisen ebenfalls auf eine gute Datenpassung hin. (Berechnungen im Anhang).

Zu den gefundenen Ergebnissen der Reliabilitätsanalyse ist zu sagen, dass man von einer guten bis sehr guten Reliabilität ausgehen kann (Cronbach's $\alpha^{\text{Gesamt}} = .970$) und die Daten für die weitere interpretative Schritte als sinnvoll anzusehen sind.

4.2.4 Hypothesenprüfung

Im Anschluss an die Ergebnisdarstellung werden die aufgestellten Hypothesen getestet.

1. Hypothese: Die gefundenen korrelativen Zusammenhänge zwischen den Subskalen der modifizierten Lester- Bean- Skalen sind geringer als jene der Pilotstudie.

Um diese bestehende Hypothese zu testen, wurden die neu berechneten nonparametrischen Korrelationen mit jenen der Pilotstudie verglichen. Es zeigt sich, dass diese Hypothese nicht angenommen werden kann, zumal sich die gefundenen Zusammenhänge stark von jenen der Pilotstudie unterscheiden ($r^{neu} = .417 < \dots < .856$; $r^{alt} = .295 < \dots < .640$ siehe Appendix I.1.). Diese Hypothese fällt demnach in den signifikanten Verwerfungsbereich.

2. Hypothese: Es bestehen Unterschiede im Antwortverhalten zwischen den Personengruppen mit unterschiedlichen Suiziderfahrungen.

Mittels multipler Mittelwertsvergleich stellt sich heraus, dass keine signifikanten Unterschiede zwischen den jeweiligen Personengruppen existieren. Die Berechnung und genaue Ergebnisdarstellung befindet sich im Anhang unter dem Punkt I.2.

Hypothese 3: Es bestehen Unterschiede im Antwortverhalten zwischen den Berufsgruppen.

Auch diese Hypothese wurde mittels ANOVA und deren Voraussetzungsprüfung getestet. Auch an dieser Stelle lassen sich keine signifikanten Differenzen zwischen den einzelnen Subgruppen identifizieren. Die Hypothese kann als verworfen angesehen werden.

Hypothese 4: Das modifizierte Modell besitzt einen Generalfaktor.

Diese Hypothese, welche schon in ähnlicher Weise in der Hypothesenprüfung der Pilotstudie gestellt wurde, weist auch an dieser Stelle ein ähnliches Ergebnis aus. Wenn man sich die Ergebnisse der KFA näher betrachtet, so scheinen die beiden Subskalen „Umfeld“ und „PFK“ (Persönlichkeitsfaktoren) mit einem Wert von .91 für eine hohe Konstruktsprechung zu stehen. Damit kann diese Hypothese inhaltlich als bestätigt angesehen werden.

Hypothese 5: Das Modell passt besser zur Datenstruktur als in der Pilotstudie.

Die Ergebnisse der konfirmatorischen Faktorenanalyse weisen auf einen besseren Model Fit hin als in der Pilotstudie. Die Nullhypothese kann demnach als angenommen gelten, zumal die identifizierte Datenstruktur der EFA nicht in der CFA repliziert werden konnte.

6. Hypothese: Die modifizierte Lester-Bean-Skala (MLBS) und die „Interpersonal Need Questionnaire“ weisen eine hohe konvergente Validität auf.

Um diese Hypothese zu überprüfen, wurde mittels korrelativen Zusammenhangsrechnungen im Sinne der Monotrait Monomethoden Matrix des Multitrait Multimethod-Ansatzes. Es stellt sich bei der Berechnung interessanterweise heraus, dass die Subskala perceived burdensomeness mit allen Subskalen der MLBS signifikant positive korrelieren. Die gefundenen Zusammenhänge sind teilweise nur schwacher Ausprägung (alle $r < 335$), jedoch dafür auf unterschiedlichen Niveaus ($p = .05$ bzw. $.01$) höchst signifikant. Der stärkste Zusammenhang liegt zwischen dieser und der Subskala eigene/fremde Schuldzuweisung vor.

Gegenteilig gestaltet es sich die Überprüfung der korrelativen Zusammenhänge zwischen der INQ-Subskala „thwarted belongingness“ und den gesamten Unterskalen der modifizierten Lester- Bean- Skalen: Keiner der überprüften Zusammenhänge erweist sich als signifikant. Man kann daraus also

schlussfolgern, dass nicht eine konvergente, sondern eher von einer diskriminaten Validität ausgegangen werden muss.

Im Anschluss an die eben durchgeführte Hypothesenprüfung werden die gefundenen Ergebnisse ausführlich diskutiert und im Lichte aktueller Forschung interpretiert.

4.4 Diskussion und Kritik der Hauptuntersuchung

Durch die Fragestellung und den Verlauf der Hauptuntersuchung bedingt, wurde zwar ein quantitativer Ansatz der Datenanalyse verwandt, doch konnte die Hypothesenprüfung aufgrund der explorativen Vorgangsweise zum Teil nur qualitativ geschehen. Es wurde jedoch versucht, diese Ergebnisse durch dekriptivstatistische Kennwerte abzusichern.

Vor der eigentlichen Untersuchung wurde ein Untersuchungsplan aufgestellt, der (siehe Abbildung 10) zeigt, warum die Stichprobengewinnung so problematisch war. Unter anderen war die ursprüngliche Idee eine "normalverteilte" Stichprobe per social networks zu erreichen eine gute, doch stellte sich im Verlauf der Testung heraus, dass eben diese Probandenrekrutierung ihre Tücken hat. Dadurch, dass in den Freundeslisten ausschließlich Studenten und nur eine geringe Anzahl derer, die nicht studieren, aufweisen und deren Motivation an dieser Untersuchung teilzunehmen eine sehr geringe war, musste die Akquirierung neuer Versuchspersonen angedacht und demnach auch einer Erweiterung des Befragungspools in Betracht gezogen werden. Es folgte die Veröffentlichung des Fragebogens auf Suizidalitätsforen für Betroffene und aktiv Suizidale, sowie auf freien und kostenlosen Umfrageseiten, in den Sparten „Psychologie“ „Wissenschaft“ und „nicht kommerzielle studentische Umfragen“.

Die folgende Übersicht, soll tabellarisch den a priori geplanten und tatsächlichen Untersuchungsverlauf gegenüberstellen, damit in weiterer Folge

näher auf kritische Aspekte der Stichprobengewinnung und problematische Untersuchungsbedingungen verständlicher und detaillierter eingegangen werden kann.

Zeitverlauf	Geplanter Untersuchungsverlauf	Tatsächlicher Untersuchungsverlauf
2 Wochen vor Start	Zusammenstellung der Fragebogenbatterie Übersetzung der INQ Digitalisierung der Fragebögen über q-set erster Testdurchlauf und Fehlerkorrektur	
09.12.2011	Veröffentlichung der Fragebogenbatterie Verschicken der Email- & Skypeanfragen; Veröffentlichung über studivz, facebook, Veröffentlichung auf q-set.de	
12.12.2011	Schneeballsystem "abwarten", mögliche Fehlerquellen beseitigen, die bei Probelauf übersehen wurden Möglich auftretende Fragen beantworten Erste Datensichtung	Veröffentlichung des ersten Reminders auf allen Plattformen (N=10 Probanden) Fragen und Fehlerquellen wurden beantwortet/behoben Datensichtung konnte aufgrund der geringen Stichprobengewinnung nicht erfolgen
20.12.2011	Verschicken des ersten Reminders auf allen Plattformen Weitere Datensichtung und erste dekriptivstatistische Berechnungen, zur möglichen Korrektur der Geschlechts- und Altersverteilung Aufgrund der Menge an Veröffentlichungen samt Mail und Plattformen wird mit einer Stichprobe im dreistelligen Bereich gerechnet	Veröffentlichung des zweiten Reminders auf allen Plattformen Datensichtung und statistische Berechnungen konnten nicht durchgeführt werden (Stichprobenumfang zu gering N=39) Veröffentlichung neuer Verlinkungen auf weiteren Seiten unterschiedlicher Facebookuser
21.12.2011-27.12.2011	Veröffentlichung des zweiten Reminders Es wird mit einer geringeren Rücklaufquote aufgrund Feiertage und Semesterferien gerechnet Geschätztes N=250 Personen	Veröffentlichung des dritten Reminders auf allen Plattformen bei allen Usern (Rücklauf wurde leicht erhöht) Geringe Rücklaufquote eingetreten N=50
02.01.2012	Offizielles Ende der Umfrage, da innerhalb der ersten Woche mit der größten Rücklaufquote gerechnet	Theoretische Beschäftigung mit Suizidforen und dem Veröffentlichen wissenschaftlicher Studien auf eben

	werden kann	diesen Seiten
03.01.2012- 16.01.2012	Auswertung der Studie und Fertigstellung der vorliegenden Arbeit	Rücklaufquote durch Veröffentlichung stark erhöht (N=102) Gründe scheinen im Interessenfeld der befragten Personen zu liegen Offizielles Ende der Befragung 15.01.2012 aufgrund der geringen Rücklaufquote von unter 10%

Tabelle 10: Darstellung des geplanten und tatsächlichen Untersuchungsverlaufs

Zur Hypothesentestung ist zu sagen, dass keine Gruppenunterschiede, weder zwischen den Berufs- noch den Personengruppen, bestehen. Auch die verzerrte Stichprobe im Sinne der Überrepräsentation präsuizidaler Personen, welche durch die Veröffentlichung in Suizdforen erklärt werden kann, hat an diesem Fatum nichts verändert. Es stellten sich jedoch signifikante Zusammenhänge zwischen den, durch explorative Faktorenanalyse konstruierten Skalen „Unsicherheit im Umgang mit anderen (NQI)“ und „Unsicherheit und geringe Wertschätzung (modifizierten Lester- Bean- Skalen)“ heraus. Dieses Vorliegen könnte damit zusammenhängen, dass die extrahierten Faktoren nicht im Sinne der Autoren laden, sondern im Sinne von gegenteiligen Ursachenattributionen suizidalen Verhaltens.

Durch die Überprüfung des Modells von Lester und Bean (1992) mittel konfirmatorischer Faktorenanalyse mit konnte gezeigt werden, dass dieses als solches auf eine gute und bessere Datenpassung (PCFI-Wert = .772 vs. = .556) hindeutet, doch muss an dieser Stelle angebracht werden, dass es teilweise als veraltet angesehen werden muss, da einzelne Items keine aktuelle inhaltliche Entsprechung aufweisen und demnach in neuen theoretischen Annahmen keine bzw. kaum Anwendung finden werden, da sich die Forschungsarbeit in Richtung einer multidimensionalen Theorie zu entwickeln scheint und die vorliegenden Studienergebnisse für diese Annahmen sprechen.

Die durchgeführten Berechnungen (CFA mit Bollen Stine Bootstrap) des Model Fits weisen auf eine gute Entsprechung der Modellanpassung hin. Gründe warum χ^2 nicht als Fit Index herangezogen wurde, liegen vor allem in der geringen

Sensivität gegenüber der Stichprobengröße. Zudem können die Werte des approximativen CFI-Werts als Ergänzung zum *badness of fit* Index RMSEA gesehen werden. Da die errechneten Werte von CFI und RMSEA zum einen gegenteilig zueinander verlaufen und zum anderen die bestmöglichen Werte erreicht wurden, kann man vom Vorliegen einer sehr guten Datenstruktur ausgehen. Auch der Vergleich des Model Fit Index mit den berechneten, der von der explorativen Faktorenanalyse ausgewiesenen deuten darauf hin, dass diese Hypothese verworfen werden muss.

5. Allgemeine Kritik und Diskussion der Diplomarbeit

Die durchgeführten Untersuchungen zum Thema „Ursachenzuschreibungen suizidalen Verhaltens“ verfolgten das Ziel ein umfassendes Messinstrument zu entwickeln, welches auf den ursprünglichen Lester- Bean- Skalen (1992) basiert. Im Zuge der Validierungsstudie wurde zunächst ein Itempool entwickelt ($N = 127$), der in einer anschließenden Untersuchung nochmals einer Population vorgelegt wurde, um ein umfassendes Bild der relevanten Iteminformationen zu bekommen und einen finalen Fragebogen zu erstellen. Nach umfangreichen deskriptiv- und inferenzstatistischen Analysen innerhalb der Hauptuntersuchung zeigen sich keine signifikanten Effekte zwischen den einzelnen Berufsgruppen oder innerhalb der Personengruppen mit unterschiedlichen Suiziderfahrungen. Diese Hypothesen basieren auf eigenen Überlegungen, die durch eine umfassende Literaturrecherche erstellt wurden. A priori sollten diese Hypothesen bereits in der eigentlichen Untersuchung untersucht werden, um erste Ansatzpunkte für zukünftige Studien zu gewinnen.

Das Hauptaugenmerk besteht jedoch in der Modifizierung der zugrunde liegenden Datenstruktur nach den theoretischen Annahmen von Lester und Bean aus dem Jahr 1992. Diese Modifizierung konnte realisiert werden. Die gestellten Annahmen bezüglich eines Generalfaktors wurden weitestgehend aus der Pilotstudie repliziert. Es konnte zwar kein Generalfaktor im eigentlichen Sinne zur ganzheitlichen Beschreibung des Modells gefunden werden, es zeigten sich jedoch im Zuge der Hauptuntersuchungen, dass die gewählten Faktoren des

„gefährdenden Umfeldes“ und der „Persönlichkeitsfaktoren“, die die Attributionen negativ beeinflussen können, sehr gute und vor allem relevante Informationen über das zugrunde liegende Konstrukt erbringen. Auch die Beschränkung auf ausgewählte und durch statistisch abgesichert Analysen der Items zeigt, dass das überarbeitete theoretische Modell besser zur gewonnen Datenstruktur passt, als in der Pilotstudie. Gründe dafür scheinen vor allem in der Population liegen. Die anfänglich gezogene Stichprobe von Psychologiestudenten ($N = 300$) war zwar für eine Pilotstudie eine sehr umfangreiche, jedoch zu spezifisch gewählte. Grund zu dieser Annahme liefern vor allem theoretische Aspekte bezüglich des eigentlichen Attributionsverhaltens. Studien wie jene von Voracek et al. (2008) weisen bereits darauf hin, dass Psychologiestudenten bereits ein enormes Wissen über die Bereiche der klinischen Psychologie, der Psychiatrie oder von den eigentlichen Attributionstheorien angesammelt haben. Die Ansatzpunkte für weitere Untersuchungen, die in der erwähnten Studie vorliegen, wurden ansatzweise versucht zu realisieren. Dies geschah durch die Befragung per online panel in allgemeinen, wie auch in Foren, die sich speziell an Betroffene aber auch an Handelnde bezüglich suizidalen Verhaltens richten. Doch das bereits erwähnte Problem der Verzerrung durch ebensolche Stichproben muss kritisch betrachtet werden, zumal das Interesse an diesem Thema auch sehr hoch ist, jedoch unter laienpsychologischen Aspekten beantwortet wurde. Es zeigt sich, wie auch in anderen Studien vorliegend, dass es trotz der Modifizierung der Datenstruktur Gründe existieren, die unabhängig von der eigentlichen Art des Suizides sind.

Desweiteren wird angezeigt, dass die grundlegend theoretisch fundierte Struktur nach intrapsychischen interpersonellen und sozial/gesellschaftlichen Ursachen zwar ansatzweise bestehen bleibt, doch eine Erweiterung des Konstrukts angezeigt wird.

Ein Ansatz zur weiteren Modellanpassung wäre ein Zusammenschluss der vorliegenden theoretischen Annahmen und jenen von van Orden et al. sowie die Verwendung der Mokkenanalyse zur valideren Messung von latenten Variablen. Dies kann in weiteren Studien durchaus realisiert werden, jedoch muss darauf geachtet werden, dass die vorliegenden Studylimite umgangen werden müssen, um reliablere Ergebnisse zu erreichen.

Ein erster Kritikpunkt bezüglich der vorliegenden Untersuchungen ist die unausgewogene Stichprobe im Hinblick auf eine schiefe Geschlechtsverteilung und eine zu geringe Anzahl der befragten Personen in der Hauptuntersuchung. Wie bereits Voracek et al. (2007) angemerkt haben, müssen größere und ausbalanciertere Stichproben gezogen werden, um Ergebnisse zu erhalten, die vor allem Männer betreffen. Es zeigt sich innerhalb der Pilot- wie auch in der Hauptstudie ein enormes „Übergewicht“ an Frauen in den vorliegenden Samples. Jedoch wird unabhängig davon und zusammenfassend betrachtet, ein zugrundeliegendes Modell gewählt, welches Ursachenzuschreibungen suizidalen Verhaltens multidimensional zu erklären versucht.

Kritisch sei auch angemerkt, dass sich eine Modellüberprüfung an einer definierten Normalpopulation über den gesamten Forschungszeitraum hinweg als sehr schwierig herausstellte. Da die Idee des social networking auf der Vernetzung von Personen und der Gruppenbildung besteht, kann ebendieser Vorteil in einen Nachteil umschlagen. Es können zwar online genauere und vor allem fehlerfrei Daten gesammelt und theoretisch mehr Menschen erreicht werden, dennoch muss man bei solcher Studienplanung auch bedenken, dass die zur Verfügung stehenden Netzwerke teilweise doch sehr eingeschränkt hinsichtlich der Populationsparameter sind. In der Validierungsstudie ist das Problem der Stichprobenverzerrung durch eine Überzahl an Studenten in der Population aufgetreten und in der Hauptuntersuchung durch das eigene „studentische“ Netzwerk auf social Plattformen. Auch der Versuch, dies mittels Schneeballsystem zu umgehen, scheiterte, konnte jedoch durch die Veröffentlichung der Fragebögen in offenen Foren mäßig abgefedert werden. Die Normalverteilung über den Altersrange spricht dafür. Interessanterweise wurde durch eben solche Plattformen, diese Stichprobenverzerrung hervorgerufen, die eigentlich damit umgangen werden sollte. Es kann demnach nicht von der Hand gewiesen werden, dass die Generalisierbarkeit des Modells und die Interpretierbarkeit der Ergebnisse dadurch verzerrt wurden.

Weitere Untersuchungen bezüglich dieses Themengebietes könnten in Richtung einer erneuten Befragung an ausgeglichenen Stichproben der Allgemeinbevölkerung intendiert werden. Problematisch könnte wiederum die Gewinnung der eigentlichen Stichprobe bedeuten. Man könnte jedoch auch

zukünftig einen Ländervergleich anstreben, der das Attributionsverhalten der Personen mittels modifizierten Lester- Bean- Skalen erfragen. In bereits getätigten Studien über divergentes Attributionsverhalten in Bevölkerungsgruppen mit unterschiedlicher kultureller Herkunft zeigen bereits Differenzen im Antwortverhalten. Darauf aufbauend kann die erfasste Modellstruktur weiter ausgebaut und spezifiziert werden, obwohl die vorliegenden Ergebnisse Überlappungen im Hinblick auf das Attributionsverhalten anzeigen.

Sollten zusätzliche Forschungen im Hinblick auf eine Erweiterung des Konstrukts als evident erachtet werden, so sollten in weiteren Untersuchungen andere Analyseverfahren wie die Mokkenanalyse zusätzlich prüfen, inwieweit sich die gefundenen Ergebnisse und die damit einhergehenden Berechnungen replizieren lassen.

6 Zusammenfassung

Ursachenzuschreibungen suizidalen Verhaltens bezeichnet das angezeigte Attributionsverhalten einer Person gegenüber suizidalen Verhaltensweisen, die suizidalen Gedanken und Absichten, Parasuizid und den eigentlichen Selbstmord, unabhängig von der Durchführungsart und dessen Ausgang, subsummieren.

Dieses Konstrukt wird ursprünglich mit den Lester-Bean-Skalen (1992) gemessen. Diese bestehen aus 18 Items, die der intrapsychischen („Menschen, die Suizid begehen, sind depressiv“), der interpersonellen („Häufig wird Suizid durch Streit mit dem Partnerausgelöst“) und sozialen Subskala (z.B. „Gesellschaftlich Unterdrückte begehen eher Suizid“) zugeordnet werden können. In Anlehnung an die anfängliche Skala wurde innerhalb der Pilotstudie (N=300) ein Itempool entwickelt, der aus 127 Items besteht und statistisch ausgewertet wurde. Hierfür wurden Berechnungen der explorativen und konfirmatorischen Faktorenanalysen verwendet, die das zuvor entwickelte theoretische Konstrukt, testen sollten. Im Anschluss an die vorangegangene Untersuchung wurde innerhalb der Haupttestung versucht, dieses multimodale Modell an einer neu gezogenen Stichprobe (N=102) zu prüfen.

Das Ziel der eigentlichen Hauptuntersuchung und der vorliegenden Arbeit war es, ein Modell zu entwickeln, welches das Konstrukt der Ursachenzuschreibungen suizidalen Verhaltens bestmöglich beschreibt und dadurch versucht wird, ein Messinstrument höherer Validität und besserer Reliabilität zu entwerfen.

Die Ergebnisse der durchgeführten Analysen ergeben, dass das entwickelte Modell eine bessere Varianzerklärung aufweist als jenes von Lester und Bean (1992). Auch die zusätzlichen Ergebnisse aus der Pilotstudie herangezogen, zeigen, dass die ursprünglich entwickelten Items eine gewisse Relevanz anzeigen, doch muss das Konstrukt in Anbetracht dessen, erweitert werden.

APPENDICES

Appendix A: Fragebögen der Pilotstudie

Im Folgenden werden die in der Pilotstudie eingesetzten Fragebögen (Deckblatt, Einleitung, soziodemographischer Fragebogen, modifizierte Lester-Bean-Skalen & Evaluationsfragebogen) dargestellt.

Darstellung A.1: Deckblatt der Fragebogenbatterie

Fragebogen zum Thema:
„Ursachenzuschreibungen von
Suizidalität“

Diplomandin: Patricia Constance Bracht

Matrikelnummer: 0647029

Universität Wien

Institut für Grundlagenforschung

Darstellung A.2: Instruktion bezüglich der zu beantwortenden Fragebögen

Instruktionen

Im Rahmen meiner Diplomarbeit werde ich Sie im Folgenden zu dem Thema „**Ursachenzuschreibungen zur Suizidalität**“ befragen.

Dabei bitte ich Sie auf die Vollständigkeit der Antworten zu achten und diese aufrichtig und ehrlich zu beantworten, da Ihre Anonymität und ausreichender Datenschutz gewährleistet werden.

Ich möchte Sie desweitem bitten, möglichst zügig zu antworten, da es sich hierbei nicht um einen Leitungs- oder Intelligenztest handelt, sondern um eine reine Befragung zu dem oben angegebenen Thema. Richtige oder falsche Antworten gibt es nicht.

Ich möchte Sie darauf hinweisen, dass die erhobenen Daten lediglich zu Forschungszwecken innerhalb meiner Diplomarbeit benutzt werden und nicht der Bestimmung individueller Diagnosen mit Konsequenz der Versuchspersonen dienen oder an Dritte weitergereicht werden.

Lesen Sie sich bitte auf den kommenden Seiten die folgenden Sätze durch. Entscheiden Sie bei jeder Fragestellung, ob diese für Sie zutrifft oder nicht. Machen Sie jeweils ein Kreuz in einer der sechs dafür vorgesehenen Kästchen entsprechend der Ablehnung bzw. Zustimmung ihres Standpunktes.

Hier ein Beispiel zur besseren Veranschaulichung.

- | | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | -1- | -2- | -3- | -4- | -5- | -6- |
| 1. Menschen, die Suizid begehen, sind für gewöhnlich psychisch krank. | <input type="checkbox"/> |

Ihre Meinung ist mir dabei besonders wichtig und daher möchte ich sie noch einmal darauf hinweisen, **ehrlich** und **aufrichtig** zu antworten.

gez. Patricia Constance Bracht

Soziodemographischer Fragebogen

Testleiter		
Testdatum		
Testpersonencode		
Geburtsdatum		
Alter		
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich
Staatbürgerschaft	<input type="checkbox"/> Österreich	<input type="checkbox"/> Deutschland
		<input type="checkbox"/> andere
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> geschieden
	<input type="checkbox"/> in Partnerschaft lebend	<input type="checkbox"/> verwitwet
	<input type="checkbox"/> verheiratet	
Anzahl der Kinder		
Höchste abgeschlossene Ausbildung	<input type="checkbox"/> Hauptschule	<input type="checkbox"/> Lehre
	<input type="checkbox"/> Realschule	<input type="checkbox"/> Fachhochschule
	<input type="checkbox"/> Gymnasium mit Matura	<input type="checkbox"/> Universität
	<input type="checkbox"/> Gymnasium ohne Matura	<input type="checkbox"/> sonstige:
Beruf		
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> ja	
	<input type="checkbox"/> nein	
Konsumieren Sie Alkohol?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> 1x/Monat
	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> 1x/Woche
		<input type="checkbox"/> 2x/Woche
		<input type="checkbox"/> häufiger
Haben Sie schon einmal...	<input type="checkbox"/> daran gedacht, sich umzubringen?	
	<input type="checkbox"/> einen Suizidversuch unternommen?	
	<input type="checkbox"/> nein, habe ich nicht.	
Gab es Suizidhandlungen in ihrem näheren sozialen Umfeld?	<input type="checkbox"/> ja	Wenn ja:
	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Familie
		<input type="checkbox"/> Freunde
		<input type="checkbox"/> Partner/In
Leiden Sie an einer chronischen Erkrankung?	<input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, welche:
	<input type="checkbox"/> nein	
Leiden Sie an einer psychischen Erkrankung?	<input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, welche: (wenn möglich genaue Diagnose)
	<input type="checkbox"/> nein	
Haben Sie sich in Behandlung begeben?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> psychiatrisch
	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> psychotherapeutisch
		<input type="checkbox"/> psychologisch
		<input type="checkbox"/> andere:

Der letzte Fragenkomplex soll Sie **weder bloßstellen noch diskriminieren**, sondern dient der genauen Kategorisierung für die spätere statistische Auswertung! Daher bitte ich Sie, auch diese unangenehmen Fragen (bei Zutreffen) zu beantworten.

Darstellung A.4: Allgemeine Informationen und Richtlinien zur Beantwortung der Fragebögen

Allgemeine Informationen

Testpersonencode:

Testdatum:

Geschlecht: männlich weiblich

Richtlinien

Füllen Sie den Fragebogen unter Verwendung des folgenden Schlüssels aus:

1 = *Ich stimme überhaupt nicht zu.*

2 = ...

3 = *bis*

4 = ...

5 = ...

6 = *Ich stimme sehr zu.*

Ferner möchten ich Sie bitten, die Fragen ehrlich zu beantworten.

Wichtiger Hinweis:

Bitte lesen Sie sich die Fragen genau durch, da unterschieden wird zwischen:

- Dem eigentlichen **Suizid** (der Selbstmord per se),
- suizidalen **Gedanken** (Gedanken, sich umbringen zu wollen),
- der **Absicht** sich umbringen zu wollen,
- **Suizidalität/** suizidales Verhalten (Selbstmordneigung) und
- dem **Suizidversuch** (Selbstmordversuch).

Fragebogen A.5: Modifizierte Lester- Bean-Skalen

	-1-	-2-	-3-	-4-	-5-	-6-
1. Menschen, die Suizid begehen, sind für gewöhnlich psychisch krank.	<input type="checkbox"/>					
2. Häufig wird Suizid durch Streit mit dem Partner ausgelöst.	<input type="checkbox"/>					
3. Gesellschaftlich Unterdrückte begehen eher Suizid.	<input type="checkbox"/>					
4. Häufig begehen Menschen Suizid, um sich selbst zu bestrafen.	<input type="checkbox"/>					
5. Suizid kann durch Arbeitsbedingten Stress (z.B. Kündigung) verursacht werden.	<input type="checkbox"/>					
6. Menschen, die in Diktaturen leben, begehen eher Suizid.	<input type="checkbox"/>					
7. Die meisten Menschen, die Suizid begehen sind depressiv.	<input type="checkbox"/>					
8. Aus einem zerrütteten Elternhaus zu stammen, erhöht das Risiko für Suizid.	<input type="checkbox"/>					
9. Menschen, die Hungersnot, Unterernährung und an entsprechenden Mangelkrankungen leiden, begehen eher Suizid.	<input type="checkbox"/>					
10. Menschen, die einen Suizidversuch überleben, sollten sich einer Psychotherapie unterziehen, um ihre innere Motivation zu verstehen.	<input type="checkbox"/>					
11. Wenn jemand Suizid begeht, ist für gewöhnlich die Familie daran schuld.	<input type="checkbox"/>					
12. In einer Kultur, die den offenen Ausdruck von Gefühlen wie Ärger oder Scham zuließe, würden weniger Menschen Suizid begehen.	<input type="checkbox"/>					
13. Menschen, die Suizid begehen, haben ihren Glauben an Gott verloren.	<input type="checkbox"/>					
14. Ein Suizidversuch, ist für gewöhnlich ein „Schrei nach Hilfe“.	<input type="checkbox"/>					
15. Die moderne Industriegesellschaft besitzt Charakteristika, die Suizid wahrscheinlicher machen.	<input type="checkbox"/>					
16. Menschen, die Suizid begehen, denken irrational.	<input type="checkbox"/>					
17. Suizide junger Menschen sind heutzutage aufgrund der großen Probleme der Welt (Umweltverschmutzung, nukleare Bedrohung etc.) häufiger geworden.	<input type="checkbox"/>					
18. Menschen, die bereits einen Suizidversuch unternommen haben, würden dies unter ähnlichen Umständen wieder tun.	<input type="checkbox"/>					
19. Wie man aufgewachsen ist und erzogen wurde, hat vermutlich etwas damit zu tun, ob man später Suizid begeht.	<input type="checkbox"/>					

- 
20. Menschen, die einen Suizidversuch begangen haben, werden dadurch gesellschaftlich diskriminiert.
21. Menschen, die Suizid begehen, haben ihren Glauben an sich selbst verloren.
22. Menschen, die einen Suizid begehen, sind einer Doppelbelastung durch Familie und Beruf ausgesetzt.
23. Menschen, die Suizid begehen, besitzen häufiger Migrationshintergrund.
24. Menschen, die Suizid begehen, handeln unüberlegt.
25. Menschen, die Suizid begehen, haben vermehrt Streitigkeiten in ihrer Partnerschaft.
26. Menschen, mit Angst um ihre finanzielle Existenz, begehen eher Suizid.
27. Gedanken suizidaler Menschen, entziehen sich der menschlichen Vernunft.
28. Menschen, die Suizid begehen, bewegen sich in einem ungeeigneten sozialen Umfeld.
29. Menschen, die verstärkt Angst vor der Zukunft haben, neigen eher dazu Selbstmord zu begehen.
30. Menschen, die Suizid begehen, haben die Hoffnung auf Besserung verloren.
31. Durch den häufigen Umgang mit psychisch kranken Menschen (z.B. Arbeit auf psychiatrischen Stationen) erhöht sich das Risiko Suizid zu begehen.
32. Durch den Rückgang der natürlichen Ressourcen wie z. B. Erdöl wird die Wahrscheinlichkeit Selbstmord zu begehen erhöht.
33. Menschen, die an einer chronischen oder unheilbaren Erkrankung leiden, neigen eher dazu, Suizid zu begehen.
34. Durch schwere Erkrankungen im sozialen Umfeld, erhöht sich die Wahrscheinlichkeit Selbstmord zu begehen.
35. Durch einen wirtschaftlichen Zusammenbruch wird das Risiko Suizid zu begehen, erhöht.
36. Menschen, die bereits einen Selbstmordversuch unternommen haben, stammen aus Familien, die die entsprechenden genetischen Komponenten aufweisen.
37. Menschen, die Suizid begehen, besitzen weniger sozialen Rückhalt von Freunden und Familie.



- 38. Menschen, die Suizid begehen, sind von Armut betroffen.
- 39. Menschen, die Suizid begehen, konsumieren häufiger Medikamente.
- 40. Gering ausgebildete kommunikative Fähigkeiten erhöhen die Wahrscheinlichkeit Suizid zu begehen.
- 41. Durch ein dauerhaftes Arbeiten mit behinderten (psychisch/physisch) Menschen steigt das Risiko Selbstmord zu begehen.
- 42. Menschen, die eine Selbstmordneigung ausweisen, konsumieren häufiger Drogen.
- 43. Menschen, die Suizid begehen, setzen sich im Beruf zu hohe Ziele.
- 44. Durch die vermehrte Vereinsamung im Alter steigt die Wahrscheinlichkeit Selbstmord zu begehen.
- 45. Menschen, die eine Selbstmordneigung aufweisen, konsumieren häufiger Alkohol.
- 46. Menschen, die Suizid begehen, sind dem Leistungsdruck ihres Berufes nicht gewachsen.
- 47. Menschen mit geringem Einkommen, begehen häufiger Suizid.
- 48. Menschen, die bereits einen Selbstmordversuch unternommen haben, konsumieren häufiger Alkohol.
- 49. Menschen, die Selbstmord begehen, stehen unter ständigem Druck sich beweisen zu müssen.
- 50. Durch das steigende Rentenalter und der damit verbundenen längeren Arbeitszeit erhöht sich das Risiko Suizid zu begehen.
- 51. Menschen, die bereits einen Selbstmordversuch unternommen haben, konsumieren häufiger Drogen.
- 52. Menschen begehen Suizid, die nur wenige Liebesbeziehungen haben.
- 53. Durch einen wirtschaftlichen Zusammenbruch wird das Risiko Suizid zu begehen erhöht.
- 54. Die meisten Menschen, die Suizid begehen, sind manisch..
- 55. Die Wahrscheinlichkeit Selbstmord zu begehen, wird durch die Geburt eines behinderten Kindes erhöht.

- 
56. Durch die fehlenden Chancen sich aus- oder weiterzubilden zu können, erhöht sich die Wahrscheinlichkeit Suizid zu begehen.
57. Die meisten Menschen, die Suizid begehen sind manisch-depressiv.
58. Menschen, die Selbstmord begehen, stehen vor einem Neuanfang (z.B. Umzug in ein anderes Land).
59. Durch die Aufgabe der eigenen Individualität innerhalb einer Gesellschaft (z.B. Anpassung an Arbeitsumfeld), steigt das Risiko Selbstmord zu begehen.
60. Menschen, die Suizid begehen, leiden häufiger an einer Persönlichkeitsstörung.
61. Menschen, die Suizid begehen, haben Probleme mit ihrer sexuellen Identität.
62. Menschen, die sich in anderen politischen Kreisen bewegen als die Masse, begehen häufiger Suizid.
63. Menschen, die Selbstmord begehen, sind psychisch labiler.
64. Menschen, die Suizid begehen, besitzen weniger Freunde.
65. Menschen, die einer anderen Religion als der Norm angehören, begehen häufiger Suizid.
66. Menschen, die bereits einen Suizidversuch unternommen haben, nehmen häufiger Medikamente.
67. Häufig wird durch die Intoleranz von Freunden und Familie gegenüber dem „Coming Out“ Suizid ausgelöst.
68. Menschen, die einen Suizidversuch begangen haben, haben Angst damit an die Öffentlichkeit zu gehen.
69. Menschen, die Suizid begehen, haben ihr inneres Gleichgewicht verloren.
70. Menschen, die Selbstmord begehen, denken nicht an die Konsequenzen für ihre Familie und Freunde.
71. Menschen, die Selbstmord begehen, sind häufigem Mobbing ausgesetzt.
72. Menschen, die Suizid begehen, kommen mit negativen Konfrontationen und Problemen häufig schlechter zu Recht als andere.
73. Menschen, die Suizid begehen, haben ihren Partner verlassen.



74. Menschen, die sich durch ihr äußerliches Erscheinungsbild (Tattoo, Piercing,...) von der Masse abheben, begehen eher Suizid.
75. Menschen, die Suizid begehen, sehen sich im Vorhinein bereits als tot
76. Eine geringe Kommunikationsbereitschaft gegenüber anderen, erhöht das Risiko Suizid zu begehen,
77. Durch die bestehende Intoleranz innerhalb der Gesellschaft, begehen bi- oder homosexuelle Menschen häufiger Suizid..
78. Menschen, die Suizid begehen, sind in der Regel aggressiver.
79. Menschen, die Suizid begehen, sind introvertiert im Umgang mit anderen.
80. Durch die bestehende Intoleranz innerhalb der Gesellschaft, begehen transsexuelle häufiger Suizid..
81. Menschen, die Suizid begehen, kommen mit positiven Veränderungen (z.B. Geburt eines Kindes) schlechter zurecht.
82. Häufig wird durch die Intoleranz von Freunden und Familie gegenüber dem „Coming Out“ Suizidale Gedanken ausgelöst.
83. Frauen begehen eher Suizid als Männer.
84. Menschen, die Suizid begehen, haben Motivationsprobleme.
85. Menschen, die Selbstmord begehen, sind ohne Eltern aufgewachsen.
86. Jüngere Menschen begehen eher Selbstmord als ältere.
87. Die meisten Menschen, die Suizid begehen, sind beeinflussbar.
88. Menschen, die Selbstmord begehen, sind sehr jung (unter 18 Jahren) Eltern geworden.
89. Menschen, die Suizid begehen, denken weniger rational.
90. Das Risiko Selbstmord zu begehen, wird durch psychische Erkrankungen in der Familie erhöht.
91. Menschen, die Suizid begehen, haben ihren Glauben an andere verloren.
92. Menschen, die Suizid begehen, werden von ihrem Bauchgefühl geleitet.

- 
93. Menschen, die Suizid begehen, sind religiöser als andere.
94. Frauen, die eine Fehlgeburt hatten, begehen eher Suizid.
95. Das Auseinanderbrechen der Familie (z.B. durch Streit) erhöht das Risiko Selbstmord zu begehen.
96. Menschen, die Suizid begehen, haben eine starke Angst vor Zurückweisung.
97. Menschen, die Suizid begehen, bauen eine Mauer um sich auf.
98. Menschen, die Suizid begehen sind anfälliger für Stress.
99. Transsexualität ist ein Faktor, der die Wahrscheinlichkeit erhöht, Suizid zu begehen,
100. Wenn jemand Suizid begeht, ist für gewöhnlich die Familie daran schuld.
101. In einer Kultur, die den offenen Ausdruck von Gefühlen wie Ärger oder Scham zuließe, würden weniger Menschen Suizid begehen,
102. Menschen, die Suizid begehen, haben ihren Glauben an Gott verloren.
103. Menschen, die Suizid begehen, wissen nicht genau, was sie vom Leben erwarten.
104. Die meisten Menschen, die Suizid begehen, gönnen sich kaum eine Auszeit.
105. Selbst adoptiert worden zu sein, erhöht die Wahrscheinlichkeit Suizid zu begehen.
106. Menschen, die Suizid begehen, sind innerlich aufgewühlter als andere.
107. Menschen, die Suizid begehen, sind schüchtern.
108. Menschen, die Suizid begehen, weisen mehr Aufopferungsbereitschaft auf.
109. Menschen, die Suizid begehen, haben Identifikationsprobleme.
110. Frauen, die Suizid begehen, sind allein erziehende Mütter.
111. Menschen, die Suizid begehen, können mit ihrer sexuellen

Identität nicht umgehen (z.B. Homo- oder Bisexualität).



112. Menschen, die Suizid begehen, haben ihre Lebensziele nicht erfüllt.
113. Menschen, die Suizid begehen, sind ängstlich.
114. Menschen, die Suizid begehen, fühlen sich hilflos.
115. Menschen, die Suizid begehen, arbeiten in stark hierarchisch strukturierten Berufen.
116. Menschen, die Suizid begehen, suchen nach alternativen Lösungsstrategien, um Ihre Probleme zu lösen.
117. Menschen, die an Burnout erkranken, neigen eher zum Suizid.
118. Menschen, die einen Suizidversuch überleben, sollten ein allumfassendes Behandlungskonzept in Anspruch nehmen.
119. Die meisten Menschen, die Suizid begehen, sind unzufrieden mit sich selbst.
120. Menschen, die Suizid begehen, haben häufig hohe Schulden.
121. Die meisten Menschen, die Suizid begehen, leiden unter Versagensängsten.
122. Menschen, die Suizid begehen, leiden häufiger unter einer Borderline- Persönlichkeitsstörung.
123. Die meisten Menschen, die Suizid begehen, sind in der Regel impulsiver als andere.
124. Menschen, die Suizid begehen, können schlecht Hilfe annehmen.
125. Menschen, die Suizid begehen, fühlen sich im Umgang mit anderen unsicherer.
126. Menschen, die Suizid begehen, haben ihre Wünsche nicht erfüllt.
127. Menschen, die Suizid begehen, sind unzufrieden mit ihrem

Leben.

128. Menschen, die sich selbst umbringen wollen, fühlen sich
zurückgewiesen.

Die hervorgehobenen Items sind jene, die ursprünglich der Lester-Bean Skala zugeordnet werden konnten.

Fragebogen A.6: Evaluationsfragebogen zur Verbesserung der Fragebogenqualität

Fragebogen zur Evaluation und Verbesserung der modifizierten Lester- Bean-Scale.

Sehr geehrte Versuchsteilnehmer/innen,

Vielen Dank, dass Sie an dem Pretest zu meinem Diplomthema „Ursachenzuschreibungen zur Suizidalität“ teilgenommen haben. Ich bitte Sie im Anschluss darum, die folgenden Fragen zum Fragebogen zu beantworten, damit ich mit Ihrer Hilfe eine möglichst übersichtliche und adäquate Struktur für die spätere Befragung erstellen kann.

Vorab. Ich bedanke mich für Ihre Mitarbeit!

I. Angaben zur Person

männlich

weiblich

Alter:

II. Fanden Sie die **Instruktionen**:

- **hilfreich** (Skala 1= ja sehr; 6=nein, überhaupt nicht)
-1- -2- -3- -4- -5- -6-
- **verständlich** (Skala 1= ja sehr; 6=nein, überhaupt nicht)
-1- -2- -3- -4- -5- -6-
- **Logisch aufgebaut** (Skala 1= ja sehr; 6=nein, überhaupt nicht)
-1- -2- -3- -4- -5- -6-
- **Übersichtlich** (Skala 1= ja sehr; 6=nein, überhaupt nicht)
-1- -2- -3- -4- -5- -6-

III. Finden sie den **Soziodemographischen Fragebogen**:

- **verständlich** (Skala 1= ja sehr; 6=nein, überhaupt nicht)
-1- -2- -3- -4- -5- -6-
- **logisch aufgebaut** (Skala 1= ja sehr; 6=nein, überhaupt nicht)
-1- -2- -3- -4- -5- -6-
- **übersichtlich** (Skala 1= ja sehr; 6=nein, überhaupt nicht)
-1- -2- -3- -4- -5- -6-
- **ansprechend im Design** (Skala 1= ja sehr; 6=nein, überhaupt nicht)
-1- -2- -3- -4- -5- -6-
- Was würden Sie verbessern:

1. Empfinden Sie die **gestellten Fragen**:

- **angemessen formuliert** (Skala 1= ja sehr; 6=nein, überhaupt nicht)
-1- -2- -3- -4- -5- -6-
- **wertneutral** (Skala 1= ja sehr; 6=nein, überhaupt nicht)
-1- -2- -3- -4- -5- -6-
- **verständlich** (Skala 1= ja sehr; 6=nein, überhaupt nicht)
-1- -2- -3- -4- -5- -6-
- **zu intim** (Skala 1= ja sehr; 6=nein, überhaupt nicht)
-1- -2- -3- -4- -5- -6-

IV. Fanden Sie die den **eigentlichen Fragebogen**:

- **verständlich** (Skala 1= ja sehr; 6=nein, überhaupt nicht)
-1- -2- -3- -4- -5- -6-

- **logisch aufgebaut** (Skala 1= ja sehr; 6=nein, überhaupt nicht)
-1- -2- -3- -4- -5- -6-

- **übersichtlich** (Skala 1= ja sehr; 6=nein, überhaupt nicht)
-1- -2- -3- -4- -5- -6-

- **ansprechend im Design** (Skala 1= ja sehr; 6=nein, überhaupt nicht)
-1- -2- -3- -4- -5- -6-

1. Empfinden Sie die **Einleitung**:

- **hilfreich** ja nein

- **verständlich** (Skala 1= ja sehr; 6=nein, überhaupt nicht)
-1- -2- -3- -4- -5- -6-

- **ansprechend im Design** (Skala 1= ja sehr; 6=nein, überhaupt nicht)
-1- -2- -3- -4- -5- -6-

2. Empfinden Sie **die gestellten Fragen**

- **angemessen formuliert** (Skala 1= ja sehr; 6=nein, überhaupt nicht)
-1- -2- -3- -4- -5- -6-

- **wertneutral** (Skala 1= ja sehr; 6=nein, überhaupt nicht)
-1- -2- -3- -4- -5- -6-

- **verständlich** (Skala 1= ja sehr; 6=nein, überhaupt nicht)
-1- -2- -3- -4- -5- -6-

- **zu intim** (Skala 1= ja sehr; 6=nein, überhaupt nicht)
-1- -2- -3- -4- -5- -6-

Was würden Sie verbessern:

Ich möchte mich noch einmal bei allen Versuchsteilnehmern recht herzlich bedanken.

gez. Patricia Constance Bracht

Appendix B: Ergebnisse der Fragebogenauswertung

Tabelle B.1: Tabellarische Darstellung der Berufsbezeichnungen aus dem soziodemographischen Fragebogen

		<i>Anzahl</i>	<i>Prozent</i>	<i>gültige Prozente</i>	<i>kumulierte Prozente</i>
<i>gültig</i>	Keine Angabe	17	5.6	10.6	10.6
	Administration	1	.3	.6	11.3
	Angestellter	1	.3	.6	11.9
	Azubi	1	.3	.6	12.5
	Babysitter	1	.3	.6	13.1
	Bankangestellter	1	.3	.6	13.8
	Büroangestellter	2	.7	1.3	15.0
	Elektriker	1	.3	.6	15.6
	Friseur	1	.3	.6	16.3
	Gastronomie	5	1.6	3.1	19.4
	Kauffrau	2	.7	1.3	20.6
	Redakteur	1	.3	.6	21.3
	Physiotherapeut	1	.3	.6	21.9
	Schneider	1	.3	.6	22.5
	Sozialpädagoge	2	.7	1.3	23.8
	Steuerberater	1	.3	.6	24.4
	Student	115	38.2	71.9	96.3
	Trainer	1	.3	.6	96.9
	Verkauf	5	1.7	3.1	100.0

Tabelle B.2: Tabellarische Darstellung der psychischen Störungen aus dem soziodemographischen Fragebogen

		<i>Anzahl</i>	<i>Prozent</i>	<i>gültige Prozente</i>	<i>kumulierte Prozente</i>
<i>gültig</i>	kein Vorliegen	281	93.4	93.4	93.4
	keine Angabe	3	1.0	1.0	94.4
	Angststörung	1	.3	.3	94.7
	Angst/Panikstörung	1	.3	.3	95.0
	Bulimie	1	.3	.3	95.3
	Depression/Angst	1	.3	.3	95.6
	Depression/Zwang	1	.3	.3	95.9
	Depression	2	.6	.6	97.0
	komplexe PTBS	1	.3	.3	97.3
	Manie/Depression	2	.6	.6	98.0
	Depression/Panik	1	.3	.3	98.3
	Panikstörung	1	.3	.3	98.7
	Phobie	1	.3	.3	99.0
	PTBS	1	.3	.3	99.3
	Unzufriedenheit	1	.3	.3	99.7
	Zwangsstörung	1	.3	.3	100.0

Tabelle B.3: Tabellarische Darstellung der somatischen Erkrankungen aus dem soziodemographischen Fragebogen

	<i>Anzahl</i>	<i>Prozent</i>	<i>gültige Prozente</i>	<i>kumulierte Prozente</i>
gültig	280	93.0	93.0	93.0
Allergie	1	.3	.3	93.4
Anämie	1	.3	.3	93.7
Asthma	6	2.0	2.0	95.7
Blaseninkontinenz	1	.3	.3	96.0
Diabetes mellitus 1	1	.3	.3	96.3
Hepatitis C	1	.3	.3	96.7
Hormonstörung	1	.3	.3	97.0
Krebs	1	.3	.3	97.3
Migräne	1	.3	.3	97.7
Neurodermitis	2	.6	.6	98.3
NF1	1	.3	.3	98.7
Pilzinfektion	1	.3	.3	99.0
Prolaktinom	1	.3	.3	99.3
Schuppen	1	.3	.3	99.7
Tinnitus	1	.3	.3	100.0

Appendix C: Ergebnisse Kennwerte der Item- und Skalenanalyse

Tabelle C.1: Zuordnung der Items zu den Subskalen

Frage ^{*1}	Name ^{*2}	Skala ^{*3}	Subskala ^{*4}	konstruiert durch ^{*5}
1	Frage_1_intra	Intrapsychisch	Krankheit	Lester & Bean
2	Frage_2_inter	Interpersonell	Partner	Lester & Bean
3	Frage_3_sozial	sozial	Unterdrückung	Lester & Bean
4	Frage_4_intra	Intrapsychisch	Irrationalität	Lester & Bean
5	Frage_5_inter	Interpersonell	Stress	Lester & Bean
6	Frage_6_sozial	sozial	Unterdrückung	Lester & Bean
7	Frage_7_intra	Intrapsychisch	Krankheit	Modifizierung d. LBS
8	Frage_8_inter	Interpersonell	Herkunftsfamilie	Lester & Bean
9	Frage_9_sozial	sozial	Wirtschaft	Lester & Bean
10	Frage_10_intra	Intrapsychisch	Motivation	Lester & Bean
11	Frage_11_inter	Interpersonell	Familie	Lester & Bean
12	Frage_12_sozial	sozial	Intoleranz	Lester & Bean
13	Frage_13_intra	Intrapsychisch	Angst/Unsicherheit	Lester & Bean
14	Frage_14_intra	Intrapsychisch	Angst/Unsicherheit	Lester & Bean
15	Frage_15_sozial	sozial	Wirtschaft	Lester & Bean
16	Frage_16_intra	Intrapsychisch	Irrationalität	Lester & Bean
17	Frage_17_inter	Interpersonell	Soziales Umfeld	Lester & Bean
18	Frage_18_sozial	sozial	Wirtschaft	Lester & Bean
19	Frage_19_intra	Intrapsychisch	Angst	Literatur
20	Frage_20_inter	Interpersonell	Familie	Lester & Bean
21	Frage_21_sozial	sozial	Intoleranz	Laienbefragung
22	Frage_22_intra	Intrapsychisch	Unsicherheit	Laienbefragung
23	Frage_23_inter	Interpersonell	Stress/ Familie	Laienbefragung
24	Frage_24_sozial	sozial	Intoleranz/ Unterdrückung	Literatur
25	Frage_25_intra	Intrapsychisch	Irrationalität	Modifizierung d. LBS
26	Frage_26_inter	Interpersonell	Partner	Modifizierung d. LBS
27	Frage_27_sozial	sozial	Existenzbedrohung/ Angst	Laienbefragung
28	Frage_28_intra	Intrapsychisch	Irrationalität	Modifizierung d. LBS
29	Frage_29_inter	Interpersonell	Freunde	Laienbefragung
30	Frage_30_intra	Intrapsychisch	Angst/ Unsicherheit	Laienbefragung
31	Frage_31_intra	Intrapsychisch	Angst/ Unsicherheit	Experten
32	Frage_32_inter	Interpersonell	Beruf	Literatur
33	Frage_33_sozial	sozial	Wirtschaft	Modifizierung d. LBS
34	Frage_34_intra	Intrapsychisch	Krankheit	Laienbefragung
35	Frage_35_inter	Interpersonell	Krankheit/ Freunde	Laienbefragung
36	Frage_36_sozial	sozial	Wirtschaft	Modifizierung d.

				LBS
37	Frage_37_inter	Interpersonell	Krankheit/ Familie	Literatur
38	Frage_38_inter	Interpersonell	Familie/ Freunde	Laienbefragung
39	Frage_39_sozial	sozial	Existenzbedrohung	Laienbefragung
40	Frage_40_intra	Intrapsychisch	Krankheit	Experten
41	Frage_41_intra	Intrapsychisch	Unsicherheit	Laienbefragung
42	Frage_42_inter	Interpersonell	Beruf	Literatur
43	Frage_43_intra	Intrapsychisch	Krankheit	Literatur
44	Frage_44_intra	Intrapsychisch	Beruf/ Motivation	Laienbefragung
45	Frage_45_inter	Interpersonell	Angst/Unsicherheit	Literatur
46	Frage_46_intra	Intrapsychisch	Krankheit	Literatur
47	Frage_47_inter	interpersonell	Beruf/Stress	Laienbefragung
48	Frage_48_sozial	Sozial	Existenzbedrohung	Laienbefragung
49	Frage_49_intra	Intrapsychisch	Krankheit	Laienbefragung
50	Frage_50_intra	intrapsychisch	Unsicherheit	Laienbefragung
51	Frage_51_inter	Interpersonell	Unsicherheit	Laienbefragung
52	Frage_52_intra	Intrapsychisch	Krankheit	Experten
53	Frage_53_inter	interpersonell	Partner	Laienbefragung
54	Frage_54_sozial	Sozial	Unsicherheit/ Wirtschaft	Modifizierung d. LBS
55	Frage_55_intra	Intrapsychisch	Krankheit	Modifizierung d. LBS
56	Frage_56_inter	Interpersonell	Unsicherheit/ Angst	Laienbefragung
57	Frage_57_sozial	Sozial	Unzufriedenheit/ Wirtschaft	Laienbefragung
58	Frage_58_intra	Intrapsychisch	Krankheit	Modifizierung d. LBS
59	Frage_59_intra	Intrapsychisch	Unsicherheit	Laienbefragung
60	Frage_60_sozial	Sozial	Intoleranz/ Unzufriedenheit	Laienbefragung
61	Frage_61_intra	Intrapsychisch	Krankheit	Literatur
62	Frage_62_intra	Intrapsychisch	Intoleranz	Literatur
63	Frage_63_sozial	Sozial	Intoleranz/ Unzufriedenheit	Laienbefragung
64	Frage_64_intra	Intrapsychisch	Unsicherheit	Laienbefragung
65	Frage_65_inter	Interpersonell	Freunde	Experten
66	Frage_66_sozial	sozial	Intoleranz/ Unzufriedenheit	Laienbefragung
67	Frage_67_intra	Intrapsychisch	Krankheit	Laienbefragung
68	Frage_68_inter	Interpersonell	Freunde/ Intoleranz	Literatur
69	Frage_69_sozial	Sozial	Intoleranz/ angst	Laienbefragung
70	Frage_70_intra	Intrapsychisch	Angst/ Unsicherheit	Literatur
71	Frage_71_intra	Intrapsychisch	Familie/ Freunde	Laienbefragung
72	Frage_72_inter	Interpersonell	Intoleranz/ Arbeit	Experten
73	Frage_73_intra	Intrapsychisch	Unsicherheit	Experten
74	Frage_74_inter	Interpersonell	Partner	Laienbefragung
75	Frage_75_sozial	Sozial	Intoleranz/Unzufriedenheit	Laienbefragung
76	Frage_76_intra	Intrapsychisch	Irrationalität	Experten
77	Frage_77_intra	Intrapsychisch	Angst/ Unsicherheit	Laienbefragung
78	Frage_78_sozial	Sozial	Intoleranz/Unsicherheit	Literatur
79	Frage_79_intra	Intrapsychisch	Unsicherheit	Literatur
80	Frage_80_intra	Intrapsychisch	Familie/Freunde	Experten

81	Frage_81_sozial	Sozial	Intoleranz/Unsicherheit	Experten
82	Frage_82_intra	Intrapsychisch	Unsicherheit	Laienbefragung
83	Frage_83_inter	Interpersonell	Intoleranz/ soziales Umfeld	Laienbefragung
84	Frage_84_sozial	Sozial	Intoleranz/Unsicherheit	Literatur
85	Frage_85_intra	Intrapsychisch	Unsicherheit	Modifizierung d. LBS
86	Frage_86_inter	Interpersonell	Familie	Laienbefragung
87	Frage_87_sozial	Sozial	Intoleranz/ Unsicherheit	Literatur
88	Frage_88_intra	Intrapsychisch	Unsicherheit	Laienbefragung
89	Frage_89_inter	Interpersonell	Unsicherheit/ Familie	Laienbefragung
90	Frage_90_intra	Intrapsychisch	Irrationalität	Modifizierung d. LBS
91	Frage_91_inter	Interpersonell	Krankheit/ Familie	Literatur
92	Frage_92_intra	Intrapsychisch	Unsicherheit/ Angst	Laienbefragung
93	Frage_93_intra	Intrapsychisch	Irrationalität	Modifizierung d. LBS
94	Frage_94_intra	Intrapsychisch	Motivation/ Unsicherheit	Literatur
95	Frage_95_inter	Interpersonell	Familie/Stress	Literatur
96	Frage_96_inter	Interpersonell	Familie	Modifizierung d. LBS
97	Frage_97_intra	Intrapsychisch	Angst	Experten
98	Frage_98_intra	Intrapsychisch	Unsicherheit	Laienbefragung
99	Frage_99_intra	Intrapsychisch	Angst/Unsicherheit	Experten
100	Frage_100_intra	Intrapsychisch	Stress	Laienbefragung
101	Frage_101_sozial	sozial	Intoleranz/ Unsicherheit	Experten
102	Frage_102_intra	Intrapsychisch	Unzufriedenheit	Laienbefragung
103	Frage_103_intra	Intrapsychisch	Motivation/ Stress	Laienbefragung
104	Frage_104_inter	Interpersonell	Familie	Laienbefragung
105	Frage_105_intra	Intrapsychisch	Motivation/Stress	Laienbefragung
106	Frage_106_intra	Intrapsychisch	Unsicherheit	Laienbefragung
107	Frage_107_intra	Intrapsychisch	Motivation/Stress	Laienbefragung
108	Frage_108_intra	Intrapsychisch	Unsicherheit	Laienbefragung
109	Frage_109_inter	Interpersonell	Unsicherheit/Familie	Laienbefragung
110	Frage_110_intra	Intrapsychisch	Intoleranz	Experten
111	Frage_111_intra	Intrapsychisch	Unzufriedenheit	Laienbefragung
112	Frage_112_intra	Intrapsychisch	Angst	Laienbefragung
113	Frage_113_intra	Intrapsychisch	Angst/Unsicherheit	Experten
114	Frage_114_inter	interpersonell	Beruf	Laienbefragung
115	Frage_115_intra	Intrapsychisch	Motivation	Modifizierung d. LBS
116	Frage_116_intra	Intrapsychisch	Krankheit	Literatur
117	Frage_117_intra	Intrapsychisch	Motivation	Modifizierung d. LBS
118	Frage_118_intra	Intrapsychisch	Unzufriedenheit	Experten
119	Frage_119_sozial	sozial	Existenzbedrohung	Laienbefragung
120	Frage_120_intra	Intrapsychisch	Angst	Experten
121	Frage_121_intra	Intrapsychisch	Krankheit	Literatur
122	Frage_122_intra	Intrapsychisch	Angst/Unsicherheit	Literatur
123	Frage_123_inter	Interpersonell	Unsicherheit/Soziales	Laienbefragung

Umfeld				
124	Frage_124_inter	interpersonell	Freunde/Familie	Laienbefragung
125	Frage_125_intra	Intrapsychisch	Unzufriedenheit	Laienbefragung
126	Frage_126_intra	Intrapsychisch	Unzufriedenheit	Laienbefragung
127	Frage_127_intra	Intrapsychisch	Unsicherheit	Laienbefragung

*¹= Item, das im Fragebogen gestellt wurde (siehe Appendix Fragebogen A.5; modifizierte Lester-Bean- Skalen

*²=Name, der im Datensatz unter dem Feld „Name“ erscheint und im Weiteren als Abkürzung dient

*³= Skala unter welcher die Items subsumiert werden

*⁴= Subskala, die neben den ursprünglichen Skalen erstellt wurde

*⁵= beschreibt die Findung des Items, welches neukonstruiert wurde mittels Expertenrating, Literaturrecherche (inkl. Orientierung an ähnlichen Skalen), Laienbefragung & Modifizierung der LBS

Tabelle C.2: Nonparametrische Korrelationen unter den Subskalen nach Lester und Bean

		Interpersonelle Subskala	Sozial/gesellschaftliche Subskala	Intrapsychische Subskala
Interpersonelle Subskala	Korrelationskoeffizient	1	.766**	.722**
	Signifikanz (2-tailed)		0	0
	N	297	293	292
Sozial/gesellschaftliche Subskala	Korrelationskoeffizient	.766**	1	.555**
	Signifikanz (2-tailed)	0		0
	N	293	296	290
Intrapsychische Subskala	Korrelationskoeffizient	.722**	.555**	1
	Signifikanz (2-tailed)	0	0	
	N	292	290	294

** Korrelation wird auf einem Niveau von 0,01 (zweiseitig) signifikant

Tabelle C.3: Nonparametrische Korrelation zwischen den intrapsychischen und interpersonellen Subskalen nach eigenen theoretischen Grundannahmen

Subskala		K-inter ¹	KF-inter ²	GU-inter ³	IZ-inter ⁴	S/D-inter ⁵	PUZ-inter ⁶	SZW-inter ⁷	SZ-inter ⁸	KF-intra ⁹	A-intra ¹⁰	HF-intra ¹¹	SZ-intra ¹²	M-intra ¹³	PUZ-intra ¹⁴	I-intra ¹⁵	SZW-intra ¹⁶
K-inter ¹	r	1.000	.423	.560	.318	.560	.373	.361	.274	.481	.399	.425	.490	.159	.439	.362	.306
	Sig.		.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.006	.000	.000	.000
KF-inter ²	r	.423	1.000	.462	.350	.423	.285	.283	.144	.480	.247	.188	.372	.097	.346	.316	.169
	Sig.	.000		.000	.000	.000	.000	.000	.013	.000	.000	.001	.000	.092	.000	.000	.003
GU-inter ³	r	.560	.462	1.000	.386	.628	.409	.476	.301	.514	.374	.362	.466	.129	.456	.408	.359
	Sig.	.000	.000		.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.026	.000	.000	.000
IZ-inter ⁴	r	.318	.350	.386	1.000	.309	.282	.202	.221	.384	.300	.248	.428	.179	.333	.225	.204
	Sig.	.000	.000	.000		.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.002	.000	.000	.000
S/D-inter ⁵	r	.560	.423	.628	.309	1.000	.326	.350	.246	.353	.325	.299	.382	.092	.382	.374	.229
	Sig.	.000	.000	.000	.000		.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.114	.000	.000	.000
PUZ-inter ⁶	r	.373	.285	.409	.282	.326	1.000	.295	.455	.386	.381	.367	.517	.274	.521	.300	.309
	Sig.	.000	.000	.000	.000	.000		.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
SZW-inter ⁷	r	.361	.283	.476	.202	.350	.295	1.000	.106	.200	.044	.211	.227	-.072	.286	.400	.316
	Sig.	.000	.000	.000	.000	.000	.000		.067	.001	.444	.000	.000	.213	.000	.000	.000
SZ-inter ⁸	N	300	300	299	300	299	300	300	300	297	299	298	300	300	300	300	300
	r	.274	.144	.301	.221	.246	.455	.106	1.000	.351	.547	.369	.493	.221	.485	.274	.395
KF-intra ⁹	Sig.	.000	.013	.000	.000	.000	.000	.067		.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
	r	.481	.480	.514	.384	.353	.386	.200	.351	1.000	.505	.433	.650	.271	.516	.427	.317
A-intra ¹⁰	Sig.	.000	.000	.000	.000	.000	.001	.000	.000		.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
	r	.399	.247	.374	.300	.325	.381	.044	.547	.505	1.000	.580	.647	.333	.508	.284	.398
HF-intra ¹¹	Sig.	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.444	.000	.000		.000	.000	.000	.000	.000	.000
	r	.425	.188	.362	.248	.299	.367	.211	.369	.433	.580	1.000	.571	.364	.539	.370	.300
SZ-intra ¹²	Sig.	.000	.001	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000		.000	.000	.000	.000	.000
	N	298	298	297	298	297	298	298	298	295	297	298	298	298	298	298	298
M-intra ¹³	r	.490	.372	.466	.428	.382	.517	.227	.493	.650	.647	.571	1.000	.374	.640	.400	.421
	Sig.	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000		.000	.000	.000	.000
PUZ-intra ¹⁴	N	300	300	299	300	299	300	300	300	297	299	298	300	300	300	300	300
	r	.159	.097	.129	.179	.092	.274	-.072	.221	.271	.333	.364	.374	1.000	.276	.100	.163
I-intra ¹⁵	Sig.	.006	.092	.026	.002	.114	.000	.213	.000	.000	.000	.000	.000		.000	.085	.005
	r	.439	.346	.456	.333	.382	.521	.286	.485	.516	.508	.539	.640	.276	1.000	.505	.406
SZW-intra ¹⁶	Sig.	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000		.000	.000
	r	.362	.316	.408	.225	.374	.300	.400	.274	.427	.284	.370	.400	.100	.505	1.000	.379
I-intra ¹⁵	Sig.	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.085	.000		.000
	r	.306	.169	.359	.204	.229	.309	.316	.395	.317	.398	.300	.421	.163	.406	.379	1.000
SZW-intra ¹⁶	Sig.	.000	.003	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.005	.000	.000	
	N	300	300	299	300	299	300	300	300	297	299	298	300	300	300	300	300

Signifikanz wurde zweiseitig getestet (*p=.05; **p=.01)

- K-inter¹- Subskala „Konflikte“-interpersonell
- KF-inter²- Subskala „Krankheitsfaktoren“-interpersonell
- GU-inter³- Subskala „gefährdendes Umfeld“-interpersonell
- IZ-inter⁴- Subskala „Intoleranz“-interpersonell
- S/D-inter⁵- Subskala „Stress/Druck“-interpersonell
- PUZ-inter⁶- Subskala „persönliche Unzulänglichkeit“-interpersonell
- SZW-inter⁷- Subskala „Schuldzuweisung“-interpersonell
- SZ-inter⁸- Subskala „Selbstzweifel“- interpersonell
- KF-intra⁹- Subskala „Krankheitsfaktoren“- intrapsychisch
- A-intra¹⁰- Subskala „Angst“-intrapsychisch
- HF-intra¹¹- Subskala „Hoffnungslosigkeit“- intrapsychisch
- SZ-intra¹²- Subskala „Selbstzweifel“-intrapsychisch
- M-intra¹³- Subskala „Motivation“-intrapsychisch
- PUZ-intra¹⁴- Subskala „persönliche Unzulänglichkeit“- intrapsychisch
- I-intra¹⁵- Subskala „Irrationalität“-intrapsychisch
- SZW-intra¹⁶- Subskala „eigene Schuldzuweisung“- intrapsychisch

Tabelle C.4: Nonparametrische Korrelation zwischen den intrapsychischen und sozial/gesellschaftlichen Subskalen nach eigenen theoretischen Grundannahmen

		KF- intra ¹	A- intra ²	HF- intra ³	SZ- intra ⁴	M- intra ⁵	PUZ- intra ⁶	I- intra ⁷	SZW- intra ⁸	U- sozial ⁹	EX- sozial ¹⁰	WF- sozial ¹¹	IZ- sozial ¹²
KF-intra¹	r	1.000	.505**	.433**	.650**	.271**	.516**	.427**	.317**	.340**	.391**	.381**	.418
	Sig.	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
A-intra²	r	.505**	1.000	.580**	.647**	.333**	.508**	.284**	.398**	.219**	.309**	.248**	.277**
	Sig.	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
HF-intra³	r	.433**	.580**	1.000	.571**	.364**	.539**	.370**	.300**	.214**	.271**	.212**	.164**
	Sig.	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
SZ-intra⁴	r	.650**	.647**	.571**	1.000	.374**	.640**	.400**	.421**	.290**	.345**	.352**	.406**
	Sig.	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
M-intra⁵	r	.271**	.333**	.364**	.374**	1.000	.276**	.100	.163**	.129*	.114*	.056	.119*
	Sig.	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.085	.005	.026	.048	.332	.040
PUZ-intra⁶	r	.516**	.508**	.539**	.640**	.276**	1.000	.505**	.406**	.264**	.338**	.322**	.339**
	Sig.	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
I-intra⁷	r	.427**	.284**	.370**	.400**	.100	.505**	1.000	.379**	.213**	.359**	.237**	.250**
	Sig.	.000	.000	.000	.000	.085	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
SZW-intra⁸	r	.317**	.398**	.300**	.421**	.163**	.406**	.379**	1.000	.217**	.296**	.210**	.213**
	Sig.	.000	.000	.000	.000	.005	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
U-sozial⁹	r	.340**	.219**	.214**	.290**	.129*	.264**	.213**	.217**	1.000	.359**	.354**	.356**
	Sig.	.000	.000	.000	.000	.026	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
EX-sozial¹⁰	r	.391**	.309**	.271**	.345**	.114*	.338**	.359**	.296**	.359**	1.000	.483**	.471**
	Sig.	.000	.000	.000	.000	.048	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
WF-sozial¹¹	r	.381**	.248**	.212**	.352**	.056	.322**	.237**	.210**	.354**	.483**	1.000	.503**
	Sig.	.000	.000	.000	.000	.332	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
IZ-sozial¹²	r	.418**	.277**	.164**	.406	.119*	.339**	.250**	.213**	.356**	.471**	.503**	1.000
	Sig.	.000	.000	.005	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000

Signifikanz wurde zweiseitig getestet (*p=.05; **p=.01)

- KF-intra¹-Subskala „Krankheitsfaktoren“- intrapsychisch
- A-intra²-Subskala „Angst“- intrapsychisch
- HF-intra³-Subskala „Hoffnungslosigkeit“- intrapsychisch
- SZ-intra⁴-Subskala „Selbstzweifel“- intrapsychisch
- M-intra⁵- Subskala „Motivation“- intrapsychisch
- PUZ-intra⁶- Subskala „Persönliche Unzulänglichkeit“- intrapsychisch
- I-intra⁷- Subskala „Irrationalität“- intrapsychisch
- SZW-intra⁸- Subskala „eigene Schuldzuweisung“- intrapsychisch
- U-sozial⁹- Subskala „Unterdrückung“- sozial
- EX-sozial¹⁰- Subskala „Existenzbedrohung“- sozial
- WF-sozial¹¹- Subskala „wirtschaftliche Faktoren“- sozial
- IZ-sozial¹²- Subskala „Intoleranz“- sozial

Tabelle C.5: Nonparametrische Korrelationen zwischen den interpersonellen und sozial/gesellschaftlichen Subskalen nach eigenen theoretischen Grundannahmen

		IZ- inter ¹	S/D- inter ²	PUZ- inter ³	SZW- inter ⁴	SZ- inter ⁵	U- sozial ⁶	EX- sozial ⁷	WF- sozial ⁸	IZ- sozial ⁹	K- inter ¹⁰	KF- inter ¹¹	GU- inter ¹²
IZ-inter¹	r	1.000	.309**	.282**	.202**	.221**	.220**	.347**	.326**	.570**	.318**	.350**	.386
	Sig.	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
S/D-inter²	r	.309**	1.000	.326**	.350**	.246**	.361**	.570**	.477**	.504**	.560**	.423**	.628**
	Sig.	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
PUZ-inter³	r	.282**	.326**	1.000	.295**	.455**	.208**	.273**	.325**	.332**	.373**	.285**	.409**
	Sig.	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
SZW-inter⁴	r	.202**	.350**	.295**	1.000	.106	.216**	.348**	.281**	.323**	.361**	.283**	.476**
	Sig.	.000	.000	.000	.000	.067	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
SZ-inter⁵	r	.221**	.246**	.455**	.106	1.000	.140*	.234**	.172**	.162*	.274*	.144*	.301**
	Sig.	.000	.000	.000	.067	.000	.016	.000	.003	.005	.048	.013	.000
U-sozial⁶	r	.220**	.361**	.208**	.216**	.140*	1.000	.359**	.354**	.356**	.367**	.269**	.441**
	Sig.	.000	.000	.000	.000	.016	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
EX-sozial⁷	r	.347**	.570**	.273**	.348**	.234	.359**	1.000	.483**	.471**	.461**	.399**	.533**
	Sig.	.000	.000	.000	.000	.085	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
WF-sozial⁸	r	.326**	.477**	.325**	.281**	.172**	.354**	.483**	1.000	.503**	.437**	.468**	.501**
	Sig.	.000	.000	.000	.000	.003	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
IZ-sozial⁹	r	.570**	.504**	.332**	.323**	.162**	.356**	.471**	.503**	1.000	.397**	.519**	.571**
	Sig.	.000	.000	.000	.000	.005	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
K-inter¹⁰	r	.318**	.560**	.373**	.361**	.274*	.367**	.461**	.437**	.397**	1.000	.423**	.560**
	Sig.	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
KF-inter¹¹	r	.350**	.423**	.285**	.283**	.144*	.269**	.399**	.468**	.519**	.423**	1.000	.462**
	Sig.	.000	.000	.000	.000	.013	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
GU-inter¹²	r	.386**	.628**	.409**	.476	.301**	.441**	.533**	.501**	.571**	.560**	.462**	1.000
	Sig.	.000	.000	.005	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000

Signifikanz wurde zweiseitig getestet (*p=.05; **p=.01)

- IZ-inter¹- Subskala „Intoleranz“- interpersonell
- S/D-inter²- Subskala „Stress/Druck“- interpersonell

PUZ³-inter- Subskala „persönliche Unzulänglichkeit“- interpersonell
 SZW⁴-inter- Subskala- „Schuldzuweisung“- interpersonell
 SZ-inter⁵- Subskala „Selbstzweifel“- interpersonell
 U-sozial⁶- Subskala „Unterdrückung“- sozial
 EX-sozial⁷- Subskala „Existenzbedrohung“- sozial
 WF-sozial⁸- Subskala „wirtschaftliche Faktoren“- sozial
 K-inter⁹- Subskala „Konflikte“- interpersonell
 KF-inter¹⁰- Subskala „Krankheitsfaktoren“- interpersonell
 GU-inter¹¹- Subskala „gefährdendes Umfeld“- interpersonell

Tabelle C.6: Reliabilitätsanalyse der modifizierten Lester Bean- Skalen

Reliabilitätsstatistik		
Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha based on Standardized Items	N of Items
.957	.958	127

Tabelle C.7: Darstellung der erklärten Gesamtvarianz der ersten zehn Faktoren mittels explorativer Faktorenanalyse

Faktoren	erklärte Gesamtvarianz								
	Eigenwerte			Ladungen			Ladungen		
n	total	Varianz in %	kummulierte %	total	Varianz in %	kummulierte %	total	Varianz in %	kummulierte %
1	21.244	16.728	16.728	21.244	16.728	16.728	12.39	9.754	9.754
2	11.484	9.043	25.77	11.484	9.043	25.77	11.78	9.276	19.03
3	4.363	3.435	29.206	4.363	3.435	29.206	5.376	4.233	23.263
4	4.093	3.223	32.429	4.093	3.223	32.429	5.234	4.121	27.384
5	2.947	2.32	34.749	2.947	2.32	34.749	4.034	3.176	30.56
6	2.62	2.063	36.812	2.62	2.063	36.812	3.936	3.099	33.659
7	2.528	1.991	38.803	2.528	1.991	38.803	3.736	2.942	36.601
8	2.349	1.849	40.653	2.349	1.849	40.653	3.427	2.699	39.3
9	2.262	1.781	42.434	2.262	1.781	42.434	3.265	2.571	41.871
10	2.126	1.674	44.108	2.126	1.674	44.108	2.841	2.237	44.108

Tabelle C.8: Darstellung der rotierten Faktorenanalyse der modifizierten Lester-Bean- Skalen mittels explorativer Faktorenanalyse

	Faktoren									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Die meisten Menschen, die Suizid begehen, sind unzufrieden mit sich selbst.	.774									
Menschen, die Suizid begehen, fühlen sich hilflos.	.749									
Die meisten Menschen, die Suizid begehen, leiden unter Versagensängsten.	.743									
Menschen, die Suizid begehen, haben ihre Wünsche nicht erfüllt.	.694									
Menschen, die sich selbst umbringen wollen, fühlen sich zurückgewiesen.	.693									
Menschen, die Suizid begehen, sind unzufrieden mit ihrem Leben.	.689									
Menschen, die Suizid begehen, fühlen sich im Umgang mit anderen unsicher.	.67									
Menschen, die Suizid begehen, können schlecht Hilfe annehmen.	.633									
Menschen, die Suizid begehen, haben eine starke Angst vor Zurückweisung.	.619									
Menschen, die Suizid begehen, bauen eine Mauer um sich auf.	.618									
Menschen, die Suizid begehen, sind anfälliger für Stress.	.608									
Menschen, die einen	.604									

Suizidversuch überleben, sollten ein allumfassendes Behandlungskonzept in Anspruch nehmen.			
Menschen, die Suizid begehen, haben Identifikationsprobleme.	.546		
Menschen, die Suizid begehen, sind ängstlich.	.532		
Menschen, die Suizid begehen, sind innerlich aufgewühlter als andere.	.53		-
Menschen, die Suizid begehen, haben ihr inneres Gleichgewicht verloren.	.527		.484
Menschen, die Suizid begehen, haben ihre Lebensziele nicht erfüllt.	.486		
Menschen, die Suizid begehen, leiden häufiger unter einer Borderline-Persönlichkeitsstörung.	.484		
Die meisten Menschen, die Suizid begehen, sind beeinflussbar.	.483		
Menschen, die an Burnout erkranken, neigen eher dazu Suizid zu begehen.	.479		
Das Auseinanderbrechen der Familie erhöht das Risiko Suizid zu begehen.	.463		
Menschen, die Suizid begehen, haben häufig hohe Schulden	.448		
Die meisten Menschen, die Suizid begehen, gönnen sich kaum eine Auszeit.	.447		
Menschen, die Suizid begehen, kommen mit negativen Konfrontationen und Problemen häufig schlechter zu recht als andere.	.426		
Die meisten Menschen, die Suizid begehen, sind in der Regel impulsiver als andere.	.426		
Menschen, die Suizid begehen, sind weniger durchschaubar.	.41		
Menschen, die Suizid begehen, haben Motivationsprobleme.	.404		
Menschen, die Suizid begehen, wissen nicht genau, was sie vom Leben erwarten.			

Menschen, die Suizid begehen, haben ihren Glauben an andere verloren.

Jüngere Menschen, begehen eher Selbstmord als ältere.

Menschen, die Suizid begehen, denken weniger rational.

Das Risiko Selbstmord zu begehen, wird durch psychische Erkrankungen in der Familie erhöht.

Menschen, die Suizid begehen sehen sich im Vorhinein bereits als tot.

Menschen, die Selbstmord begehen, sind häufigem Mobbing ausgesetzt.

Menschen, die Suizid begehen, suchen nach alternativen Lösungsstrategien, um ihre Probleme zu lösen.

Durch den Rückgang der natürlichen Ressourcen wie z.B. Erdöl wird die Wahrscheinlichkeit Selbstmord zu begehen, erhöht. .698

Wenn jemand Suizid begeht, sind für gewöhnlich Freunde daran schuld. .694

Durch ein dauerhaftes Arbeiten mit behinderten (psychisch/physisch) Menschen, steigt das Risiko Selbstmord zu begehen. .664

Wenn jemand Suizid begeht, ist für gewöhnlich die Familie daran schuld. .663

Menschen, die Suizid begehen, besitzen häufiger Migrationshintergrund. .632

Menschen, die Selbstmord begehen, stehen vor einem Neuanfang. .579

Menschen, die sich durch ihr äußerliches Erscheinungsbild von der Masse abheben, begehen eher Suizid. .577

Menschen, die Selbstmord begehen, sind sehr jung Eltern geworden. .571

Menschen, die Suizid .557

begehen, haben ihren Partner verlassen.		
Menschen, die Suizid begehen, sind religiöser als andere.	.553	
Menschen, die an Hungersnot,... leiden, begehen eher Suizid.	.551	
Menschen, die Suizid begehen, haben ihren Glauben an Gott verloren.	.55	
Menschen, die Suizid begehen, sind in der Regel aggressiver.	.55	
Menschen, die Suizid begehen, sind ohne Eltern aufgewachsen.	.523	
Suizide junger Menschen sind heutzutage aufgrund der gr. Probleme der Welt häufiger geworden.	.511	
Durch das steigende Rentenalter und der damit verbundenen längeren Arbeitszeit erhöht sich das Risiko Suizid zu begehen.	.491	.405
Menschen, die einer anderen Religion als der Norm angehören, begehen häufiger Suizid.	.484	.404
Die Wahrscheinlichkeit Selbstmord zu begehen, wird durch die Geburt eines behinderten Kindes erhöht.	.477	
Menschen, die Suizid begehen, werden von ihrem Baumgefühl geleitet.	.471	
Häufig begehen Menschen Suizid, um sich selbst zu bestrafen.	.469	
Durch den häufigen Umgang mit psychisch kranken Menschen erhöht sich das Risiko Suizid zu begehen.	.458	
Menschen, die sich in anderen politischen Kreisen bewegen als die Masse, begehen häufiger Suizid.	.448	
Menschen, die bereits einen Selbstmordversuch unternommen haben, stammen aus Familien, die die entsprechenden genetischen Komponenten aufweisen.	.428	
Menschen, die Suizid	.425	

begehen, setzen sich im Beruf zu hohe Ziele.		
Menschen mit geringem Einkommen, begehen häufiger Suizid.	.424	
Menschen, die Suizid begehen, sind von Armut betroffen.	.413	
Menschen, die Suizid begehen, kommen mit positiven Veränderungen schlechter zu recht.	.406	
Menschen, die in Diktaturen leben, begehen eher Suizid.		
Häufig wird Suizid durch Streit mit dem Partner ausgelöst.		
Menschen, die Suizid begehen, haben vermehrt Streitigkeiten in ihrer Partnerschaft.		
Durch schwere Erkrankungen im sozialen Umfeld, erhöht sich die Wahrscheinlichkeit Selbstmord zu begehen.		
Frauen begehen häufiger Suizid als Männer.		
Menschen, die Suizid begehen, haben ihren Glauben an sich selbst verloren.	.646	
Menschen, die Suizid begehen, haben die Hoffnung auf Besserung verloren.	.404	.56
Menschen, die einen Suizidversuch überleben, sollten sich einer Psychotherapie unterziehen, um ihre innere Motivation zu verstehen.	.546	
Aus einem zerrütteten Elternhaus zu stammen, erhöht das Risiko Suizid zu begehen.	.506	
Die meisten Menschen, die Suizid begehen sind depressiv.	.502	
Ein Selbstmordversuch ist für gewöhnlich ein Schrei nach Hilfe	.461	
Suizid kann durch arbeitsbedingten Stress ausgelöst werden.	.454	

Die moderne Industriegesellschaft besitzt Charakteristika, die Suizid wahrscheinlicher zu machen.	.448
Wie man aufgewachsen ist und erzogen wurde, hat vermutlich etwas damit zu tun, ob man später Suizid begeht.	.417
Gesellschaftlich Unterdrückte begehen eher Suizid.	.407
Menschen, die bereits einen Suizidversuch unternommen haben, würden dies unter ähnlichen Umständen wieder tun.	
Menschen, die Selbstmord begehen, stehen unter ständigem Druck sich beweisen zu müssen.	
Menschen, die einen Suizidversuch begangen haben, haben Angst damit an die Öffentlichkeit zu treten.	
In einer Kultur, die den offenen Ausdruck von Gefühlen wie Ärger oder Scham zuließe, würden weniger Menschen Suizid begehen.	
Menschen, die Suizid begehen, sind dem Leistungsdruck ihres Berufes nicht gewachsen.	
Durch die vermehrte Vereinsamung im Alter steigt die Wahrscheinlichkeit Selbstmord zu begehen.	
Menschen, die einen Suizid begehen, sind einer Doppelbelastung durch Familie und Beruf ausgesetzt.	
Menschen, die an einer chronischen oder unheilbaren Erkrankung leiden, neigen eher dazu Suizid zu begehen.	
Durch die bestehende Intoleranz innerhalb der Gesellschaft, begehen Transsexuelle häufiger Suizid.	.783

Durch die bestehende Intoleranz innerhalb der Gesellschaft, begehen bi- oder homosexuelle Menschen häufiger Suizid.	.728
Transsexualität ist ein Faktor, der die Wahrscheinlichkeit erhöht Suizid zu begehen.	.723
Häufig wird durch die Intoleranz gegenüber dem Coming Out von Freunden und Familie Suizidgedanken ausgelöst.	.695
Menschen, die Suizid begehen, können mit ihrer sexuellen Identität nicht umgehen.	.664
Menschen, die Suizid begehen, haben Probleme mit ihrer sexuellen Identität.	.529
Häufig wird durch die Intoleranz von Freunden und Familie gegenüber dem Coming Out Suizid ausgelöst.	.497
Menschen, die bereits einen Selbstmordversuch unternommen haben, konsumieren häufiger Drogen.	.744
Menschen, die eine Selbstmordneigung aufweisen, konsumieren häufiger Alkohol.	.692
Menschen, die bereits einen Selbstmordversuch unternommen haben, konsumieren häufiger Alkohol.	.661
Menschen, die eine Selbstmordneigung aufweisen, konsumieren häufiger Drogen.	.656
Menschen, die Suizid begehen, bewegen sich in einem ungeeigneten sozialen Umfeld.	
Durch einen wirtschaftlichen Zusammenbruch wird das Risiko Suizid zu begehen erhöht.	706
Durch einen wirtschaftlichen Zusammenbruch wird das Risiko Suizid zu begehen erhöht	.684
Menschen, die Angst um ihre	.583

finanzielle Existenz haben, begehen eher Suizid.	
Menschen, die verstärkt Angst vor ihrer Zukunft haben, neigen eher dazu Selbstmord zu begehen.	.504
Menschen, die bereits einen Suizidversuch unternommen haben, nehmen häufiger Medikamente.	.564
Die meisten Menschen, die Suizid begehen, sind manisch- depressiv.	.545
Die meisten Menschen, die Suizid begehen, sind manisch.	.455
Menschen die Suizid begehen, sind für gewöhnlich psychisch krank.	.416
Menschen, die Selbstmord begehen, sind psychisch labiler.	.405
Menschen, die Suizid zu begehen, leiden häufiger an einer Persönlichkeitsstörung.	
Menschen, die Suizid begehen, konsumieren häufiger Medikamente.	
Durch die Aufgabe der eigenen Individualität innerhalb einer Gesellschaft, steigt das Risiko Selbstmord zu begehen.	
Gering ausgebildete kommunikative Fähigkeiten, erhöhen die Wahrscheinlichkeit Suizid zu begehen.	.595
Menschen, die Suizid begehen, besitzen weniger Freunde.	.518
Eine geringe Kommunikationsbereitschaft gegenüber anderen, erhöht das Risiko Suizid zu begehen.	.474
Menschen, die Suizid begehen, besitzen weniger sozialen Rückhalt von Freunden und Familie.	.465
Menschen, die Suizid begehen, sind introvertiert im Umgang mit anderen.	.412
Menschen begehen Suizid,	

die nur wenige Liebesbeziehungen hatten.	
Frauen, die Suizid begehen, sind allein erziehende Mütter.	.738
Menschen, die Suizid begehen, sind schüchtern.	.604
Selbst adoptiert worden zu sein, erhöht die Wahrscheinlichkeit Selbstmord zu begehen.	.573
Menschen, die Suizid begehen, weisen mehr Aufopferungsbereitschaft auf.	
Menschen, die Suizid begehen, arbeiten in stark hierarchisch strukturierten Berufen.	
Menschen, die Selbstmord begehen, denken nicht an die Konsequenzen für Familie und Freunde.	-.487
Menschen, die Suizid begehen, denken irrational.	-.412
Frauen, die eine Fehlgeburt hatte, begehen eher Suizid.	
Menschen, die einen Suizidversuch begangen haben, werden dadurch gesellschaftlich diskriminiert.	
Gedanken suizidaler Menschen, entziehen sich der menschlichen Vernunft.	
Menschen, die Suizid begehen, handeln unüberlegt.	
Durch die fehlenden Chancen sich aus- oder weiterbilden zu können, erhöht die Wahrscheinlichkeit Suizid zu begehen.	

Die hervorgehobenen Items (N=33) müssen aufgrund der geringen Faktorladungen extrahiert werden.

Tabelle C.9: Darstellung der Komponenten- Transformationsmatrix mittels explorativer Faktorenanalyse

Komponenten Transformations Matrix										
Komponente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	.581	.504	.258	.32	.274	.198	.235	.197	.174	.039
2	.59	-.698	.315	-.195	-.059	.007	.074	.048	-.109	-.072
3	-.457	.043	.652	-.261	.161	.295	.081	.335	-.112	-.226
4	.153	.293	-.04	-.493	.203	-.568	.156	-.115	-.038	-.493
5	.205	.251	.121	-.327	-.435	.3	-.57	-.156	.342	-.164
6	-.14	-.122	.188	.147	-.316	-.453	.161	.334	.682	.034
7	-.092	-.041	.023	-.311	.045	.291	.562	-.549	.375	.217
8	-.026	.182	.479	.314	-.475	-.245	.127	-.451	-.365	.008
9	.075	.139	-.332	-.167	-.581	.233	.465	.391	-.241	-.134
10	.079	.2	.129	-.443	-.03	-.239	-.09	.197	-.176	.778

Tabelle C.10: Darstellung des KMO- und Bartlett's Tests

Kaiser-Meyer-Olkin		.828
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	20800.245
	df	8001
	Sig.	.00

Grafik C.11: Darstellung des Scree-Plots der explorativen Faktorenanalyse

	Scale Mean if Deleted	Scale Variance if Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Deleted
Menschen, die Selbstmord begehen, sind psychisch labiler.	187.64	1192.123	.409	.433	.936
Menschen, die bereits einen Suizidversuch unternommen haben, nehmen häufiger Medikamente.	188.63	1186.057	.508	.521	.935
Menschen, die Suizid begehen, haben ihr inneres Gleichgewicht verloren.	187.43	1184.916	.587	.59	.934
Menschen, die Suizid begehen, kommen mit negativen Konfrontationen und Problemen häufig schlechter zu recht als andere.	187.75	1187.834	.507	.478	.935
Menschen, die Suizid begehen sehen sich im Vorhinein bereits als tot.	188.45	1192.96	.355	.322	.936
Eine geringe	188.67	1198.669	.383	.388	.936

Kommunikationsbereitschaft gegenüber anderen, erhöht das Risiko Suizid zu begehen.					
Menschen, die Suizid begehen, sind in der Regel aggressiver.	190.08	1207.051	.342	.487	.936
Menschen, die Suizid begehen, sind introvertiert im Umgang mit anderen.	188.52	1192.203	.399	.449	.936
Menschen, die Suizid begehen, kommen mit positiven Veränderungen schlechter zu recht.	189.7	1199.505	.344	.333	.936
Menschen, die Suizid begehen, haben Motivationsprobleme.	188.73	1185.966	.474	.373	.935
Die meisten Menschen, die Suizid begehen, sind beeinflussbar.	189	1184837	.499	.412	.935
Menschen, die Suizid begehen, denken weniger rational.	189.16	1186.505	.482	.458	.935
Menschen, die Suizid begehen, haben ihren Glauben an andere verloren.	188.94	1191.248	.418	.403	.935
Menschen, die Suizid begehen, werden von ihrem Baumgefühl geleitet.	189.23	1195.877	.375	.36	.936
Menschen, die Suizid begehen, haben eine starke Angst vor Zurückweisung.	188.17	1180.966	.604	.547	.934
Menschen, die Suizid begehen, bauen eine Mauer um sich auf.	187.74	1179.679	.61	.598	.934
Menschen, die Suizid begehen, sind weniger durchschaubar.	188.46	1186.819	.462	.391	.935
Menschen, die Suizid begehen, sind anfälliger für Stress.	188.01	1176.061	.641	.552	.934
Menschen, die Suizid begehen, wissen nicht genau, was sie vom Leben erwarten.	189.19	1190.94	.414	.449	.936
Die meisten Menschen, die Suizid begehen, gönnen sich kaum eine Auszeit.	189.21	1188.354	.484	.376	.935
Menschen, die Suizid begehen, sind innerlich aufgewülter als andere.	188.33	1186.236	.421	.516	.936
Menschen, die Suizid begehen, sind schüchtern.	189.28	1193.543	.392	.453	.936
Menschen, die Suizid begehen, weisen mehr Aufopferungsbereitschaft auf.	189.4	1201.143	.331	.333	.936
Menschen, die Suizid begehen, haben	188.47	1177.856	.566	.487	.934

Identifikationsprobleme.

Menschen, die Suizid begehen, können mit ihrer sexuellen Identität nicht umgehen.	189.68	1201.601	.339	.425	.936
Menschen, die Suizid begehen, haben ihre Lebensziele nicht erfüllt.	188.67	1181.184	.503	.542	.935
Menschen, die Suizid begehen, sind ängstlich.	188.6	1175.102	.569	.499	.934
Menschen, die Suizid begehen, fühlen sich hilflos.	187.37	1178.628	.598	.697	.934
Menschen, die an Burnout erkranken, neigen eher dazu Suizid zu begehen.	188.18	1190.114	.441	.428	.935
Menschen, die einen Suizidversuch überleben, sollten ein allumfassendes Behandlungskonzept in Anspruch nehmen.	187.07	1188.368	.487	.556	.935
Die meisten Menschen, die Suizid begehen, sind unzufrieden mit sich selbst.	187.44	1175.718	.623	.682	.934
Die meisten Menschen, die Suizid begehen, leiden unter Versagensängsten.	187.79	1172.72	.629	.676	.934
Menschen, die Suizid begehen, leiden häufiger unter einer Borderline-Persönlichkeitsstörung.	188.44	1185.759	.503	.491	.935
Die meisten Menschen, die Suizid begehen, sind in der Regel impulsiver als andere.	189.11	1198.171	.369	.497	.936
Menschen, die Suizid begehen, haben ihre Wünsche nicht erfüllt.	188.2	1171.345	.617	.608	.934
Menschen, die Suizid begehen, sind unzufrieden mit ihrem Leben.	187.18	1188.288	.486	.621	.935
Menschen, die sich selbst umbringen wollen, fühlen sich zurückgewiesen.	187.83	1180.136	.562	.543	.934
Menschen, die Suizid begehen, konsumieren häufiger Medikamente.	188.94	1193.756	.44	.469	.935
Menschen, die eine Selbstmordneigung aufweisen, konsumieren häufiger Drogen.	188.72	1197.458	.376	.57	.936
Menschen, die Suizid begehen, setzen sich im Beruf zu hohe Ziele.	189.27	1197.379	.386	.457	.936
Menschen, die eine Selbstmordneigung aufweisen, konsumieren häufiger Alkohol.	188.65	1191.857	.463	.595	.935
Menschen, die bereits einen Selbstmordversuch	189.03	1189.006	.492	.729	.935

unternommen haben, konsumieren häufiger Alkohol.					
Menschen, die Selbstmord begehen, stehen unter ständigem Druck sich beweisen zu müssen.	188.61	1190.326	.44	.483	.935
Menschen, die bereits einen Selbstmordversuch unternommen haben, konsumieren häufiger Drogen.	189.15	1190.875	.463	.739	.935
Die meisten Menschen, die Suizid begehen, sind manisch.	189.25	1198.759	.378	.533	.936
Die meisten Menschen, die Suizid begehen, sind manisch- depressiv.	188.65	1192.5	.416	.524	.935
Menschen, die Suizid zu begehen, leiden häufiger an einer Persönlichkeitsstörung.	188.23	1188.015	.386	.332	.936
Menschen, die Suizid begehen, haben Probleme mit ihrer sexuellen Identität.	189.25	1202.492	.348	.404	.936
Die meisten Menschen, die Suizid begehen sind depressiv.	187.75	1200.353	.352	.465	.936
Menschen, die bereits einen Suizidversuch unternommen haben, würden dies unter ähnlichen Umständen wieder tun.	188.26	1204.397	.321	.298	.936
Menschen, die Suizid begehen, haben ihren Glauben an sich selbst verloren.	187.42	1202.237	.332	.515	.936
Menschen, die Suizid begehen, haben die Hoffnung auf Besserung verloren.	187.08	1202.316	.413	.55	.936
Reliabilitätsstatistik					
Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items		N of Items		
.936			.937	52	

Tabelle C.12: Reliabilitätsanalyse des interpersonellen Konstrukts nach Extraktion der ausgewählten Items

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Häufig wird Suizid durch Streit mit dem Partner ausgelöst.	78	292.152	.376	.316	.873
Aus einem zerrütteten Elternhaus zu stammen,	76.7	291.845	.329	.316	.874

erhöht das Risiko Suizid zu begehen.					
Wenn jemand Suizid begeht, ist für gewöhnlich die Familie daran schuld.	78.5	289.618	.427	.51	.872
Wenn jemand Suizid begeht, sind für gewöhnlich Freunde daran schuld.	78.78	290.683	.431	.529	.872
Wie man aufgewachsen ist und erzogen wurde, hat vermutlich etwas damit zu tun, ob man später Suizid begeht.	77.15	287.038	.393	.359	.873
Menschen, die Suizid begehen, haben vermehrt Streitigkeiten in ihrer Partnerschaft.	77.47	288.459	.458	.377	.871
Durch den häufigen Umgang mit psychisch kranken Menschen erhöht sich das Risiko Suizid zu begehen.	78.15	286.337	.436	.517	.872
Menschen, die bereits einen Selbstmordversuch unternommen haben, stammen aus Familien, die die entsprechenden genetischen Komponenten aufweisen.	78.2	289.479	.383	.337	.873
Menschen, die Suizid begehen, besitzen weniger sozialen Rückhalt von Freunden und Familie.	76.61	291.12	.306	.287	.875
Durch ein dauerhaftes Arbeiten mit behinderten (psychisch/physisch) Menschen, steigt das Risiko Selbstmord zu begehen.	78.56	284.934	.513	.601	.87
Durch die vermehrte Vereinsamung im Alter steigt die Wahrscheinlichkeit Selbstmord zu begehen.	77.13	291.421	.336	.291	.874
Menschen, die Suizid begehen, sind dem Leistungsdruck ihres Berufes nicht gewachsen.	77.09	286.382	.468	.336	.871
Durch das steigende Rentenalter und der damit verbundenen längeren Arbeitszeit erhöht sich das Risiko Suizid zu begehen.	78.16	288.237	.433	.391	.872
Menschen begehen Suizid, die nur wenige Liebesbeziehungen hatten.	77.8	286.538	.455	.311	.871
Die Wahrscheinlichkeit Selbstmord zu begehen, wird durch die Geburt eines	78.31	286.155	.485	.449	.871

behinderten Kindes erhöht.					
Menschen, die Suizid begehen, besitzen weniger Freunde.	77.43	285.296	.422	.327	.872
Häufig wird durch die Intoleranz von Freunden und Familie gegenüber dem Coming Out Suizid ausgelöst.	77.32	286.226	.46	.387	.871
Menschen, die Selbstmord begehen, sind häufigem Mobbing ausgesetzt.	76.66	290.494	.367	.354	.873
Menschen, die Suizid begehen, haben ihren Partner verlassen.	78.11	285.836	.499	.408	.87
Häufig wird durch die Intoleranz gegenüber dem Coming Out von Freunden und Familie Suizidgedanken ausgelöst.	77.5	285.476	.413	.396	.872
Menschen, die Suizid begehen, sind ohne Eltern aufgewachsen.	78.69	288.194	.491	.463	.871
Menschen, die Selbstmord begehen, sind sehr jung Eltern geworden.	78.7	288.581	.495	.474	.871
Das Risiko Selbstmord zu begehen, wird durch psychische Erkrankungen in der Familie erhöht.	77.1	290.767	.347	.327	.874
Frauen, die eine Fehlgeburt hatte, begehen eher Suizid.	77.49	286.547	.448	.453	.871
Das Auseinanderbrechen der Familie erhöht das Risiko Suizid zu begehen.	76.88	284.648	.52	.522	.87
Selbst adoptiert worden zu sein, erhöht die Wahrscheinlichkeit Selbstmord zu begehen.	78.42	287.969	.46	.452	.871
Frauen, die Suizid begehen, sind allein erziehende Mütter.	78.4	287.527	.379	.372	.873
Menschen, die Suizid begehen, fühlen sich im Umgang mit anderen unsicher.	76.62	291.92	.322	.288	.875

Reliabilitätsstatistik

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.876	.879	28

Tabelle C.13: Reliabilitätsanalyse des sozial/gesellschaftlichen Konstrukts nach Extraktion der ausgewählten Items

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Menschen, die in Diktaturen leben, begehen eher Suizid.	43.05	150.947	.339	.246	.862
Menschen, die an Hungersnot,... leiden, begehen eher Suizid.	43.58	150.022	.369	.311	.86
Suizide junger Menschen sind heutzutage aufgrund der gr. Probleme der Welt häufiger geworden.	43.79	149.009	.388	.251	.86
Menschen, die Suizid begehen, besitzen häufiger Migrationshintergrund.	44.14	146.797	.594	.465	.852
Durch den Rückgang der natürlichen Ressourcen wie z.B. Erdöl wird die Wahrscheinlichkeit Selbstmord zu begehen, erhöht.	44.36	145.983	.594	.501	.852
Durch einen wirtschaftlichen Zusammenbruch wird das Risiko Suizid zu begehen erhöht.	42.58	148.662	.362	.559	.861
Menschen, die Suizid begehen, sind von Armut betroffen.	43.57	146.38	.528	.419	.854
Menschen mit geringem Einkommen, begehen häufiger Suizid.	43.43	145.613	.549	.438	.853
Durch einen wirtschaftlichen Zusammenbruch wird das Risiko Suizid zu begehen erhöht	42.93	145.484	.454	.584	.857
Durch die fehlenden Chancen sich aus- oder weiterbilden zu können, erhöht die Wahrscheinlichkeit Suizid zu begehen.	43.31	147.65	.475	.327	.856
Durch die Aufgabe der eigenen Individualität innerhalb einer Gesellschaft, steigt das Risiko Selbstmord zu begehen.	43.27	151.559	.328	.191	.862
Menschen, die sich in anderen politischen Kreisen bewegen als die Masse, begehen häufiger Suizid.	43.8	146.022	.532	.393	.854
Menschen, die einer anderen Religion als der Norm angehören, begehen häufiger Suizid.	44.01	145.172	.563	.425	.852
Menschen,, die sich durch ihr äußerliches Erscheinungsbild von der Masse abheben, begehen eher Suizid.	44.34	147.193	.533	.416	.854
Durch die bestehende Intoleranz innerhalb der Gesellschaft,	43.41	142.512	.578	.595	.851

begehen bi- oder homosexuelle Menschen häufiger Suizid.					
Durch die bestehende Intoleranz innerhalb der Gesellschaft, begehen Transsexuelle häufiger Suizid.	43.44	140.591	.643	.697	848
Transsexualität ist ein Faktor, der die Wahrscheinlichkeit erhöht Suizid zu begehen.	43.6	145487	.501	.505	.855
Menschen, die Suizid begehen, haben häufig hohe Schulden	42.25	154.371	.245	.174	865

Reliabilitätsstatistik		
Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.863	.866	18

Tabelle C.14: Reliabilitätsanalyse der Gesamtskala nach Extraktion der ausgewählten Items

Reliabilitätsstatistik		
Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.955	.955	98

Appendix D: Ergebnisse der konfirmatorischen Faktorenanalyse

Tabelle D.1: Darstellung der Ergebnisse nach Prüfung auf Multinormalverteilung mittels SPSS

Tests of Normality						
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Angst	.108	294	.000	.953	294	.000
Krankheit	.045	294	.200 ⁺	.996	294	.627
Schulduzuweisung	.089	294	.000	.980	294	.000
Persönlichkeit	.073	294	.001	.986	294	.005
Intoleranz	.075	294	.000	.961	294	.000
Existenzbedrohung	.091	294	.000	.975	294	.000
Umfeld	.068	294	.002	.987	294	.012
Stress	.066	294	.003	.985	294	.003
gesellschaftliche Subskala	.086	294	.000	.956	294	.000
Interpersonelle Subskala	.059	294	.015	.974	294	.000
Intrapsychische Subskala	.070	294	.002	.969	294	.000

^a=Lilliefors Significance Correction; ⁺= lower bound of the true significance

Abbildung D.2: Darstellung der Reliabilitätsstatistik nach Erstellung des gesamten Kausalmodells

Item-Total Statistics				
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted

Angst	30.0841	34.686	.532	.930
Krankheit	30.9651	33.654	.700	.921
Schulduweisung	30.9481	33.873	.692	.921
Persönlichkeit	30.8239	34.151	.729	.920
Intoleranz	31.9484	33.064	.655	.924
Existenzbedrohung	31.6641	34.434	.622	.925
Umfeld	31.5754	33.630	.761	.918
Stress	31.7795	33.537	.760	.918
gesellschaftliche Subskala	31.8103	33.953	.738	.920
Interpersonelle Subskala	31.7345	33.796	.832	.916
Intrapsychische Subskala	30.6711	33.606	.812	.916

Tabelle D.3: Darstellung der standardisierten Regressionsgewichte

			Estimate
Angst	←	UA Suizidalität	.61
Krankheit	←	UA Suizidalität	.732
Schulduweisung	←	UA Suizidalität	.74
Persönlichkeit	←	UA Suizidalität	.783
Intoleranz	←	UA Suizidalität	.619
Existenzbedrohung	←	UA Suizidalität	.588
Umfeld	←	UA Suizidalität	.781
Stress	←	UA Suizidalität	.758

Tabelle D.4 Darstellung der inferenzstatistischen Gütekriterien nach AMOS

FMIN					
Model		FMIN	F0	LO90	HI90
Ursachenzuschreibung Verhaltens	suizidalen	1.058	.992	.812	1.196
Saturated model		0	0	0	0
Independence model		4.454	4.334	3.949	4.745
RMSEA					
Model		RMSEA	LO90	HI90	PCLOSE
Ursachenzuschreibung Verhaltens	suizidalen	.223	.201	.245	0
Independence model		.347	.331	.363	0
HOELTER					
Model		HOELTER	HOELTER		
		.05	.01		
Ursachenzuschreibung Verhaltens	suizidalen	30	36		
Independence model		12	14		

Tabelle D.5: Darstellung der direkten Effekte der einzelnen Indikatoren

	UA Suizidalität
Stress	.562
Umfeld	.572
Existenzbedrohung	.455
Intoleranz	.554
Persönlichkeit	.549

Schuldzuweisung	.565
Krankheit	.573
Angst	.51

Appendix E: Ergebnisse der Hypothesenprüfung

Tabelle E.1: Nonparametrische Korrelationen zwischen den gesammelten Suiziderfahrungen im sozialen Umfeld und dem Antwortverhalten

Nonparametrische Korrelation				
			Gesamtskala	Suizidales Umfeld
Spearman's rho	Gesamtskala	Korrelationskoeffizient	1.000	-.030
		Sig. (2-seitig)		.618
		N	288	287
	Suizidales Umfeld	Korrelationskoeffizient	-.030	1.000
		Sig. (2-seitig)	.618	
		N	287	299

Tabelle E.2: Nonparametrische Korrelationen der einzelnen Subskalen und dem Antwortverhalten

Korrelationen						
			Suizidales Umfeld	soziale Skala	interpersonelle Skala	intrapyschische Skala
Spearman's rho	Suizidales Umfeld	Correlation Coefficient	1	-.033	-.042	-.019
		Sig. (2-tailed)	.	.575	.467	.746
		N	299	295	297	292
	soziale Skala	Correlation Coefficient	-.033	1	.772**	.550**
		Sig. (2-tailed)	.575	.	0	0

		tailed)				
		N	295	296	294	289
interpersonelle Skala	Correlation Coefficient		-.042	.772**	1	.712**
	Sig. (2-tailed)		.467	0	.	0
		N	297	294	298	292
intrapersonelle Skala	Correlation Coefficient		-.019	.550**	.712**	1
	Sig. (2-tailed)		.746	0	0	.
		N	292	289	292	293

** . Korrelation ist auf einem Level von 0.01 signifikant (2-seitig).

Tabelle E.3: Berechnung der Gruppenunterschiede mittels ANOVA

ANOVA			Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	
soziale Skala	Between Groups	(Combined)	3.276	5	.655	1.801	.113	
		Linear Term	Weighted	.837	1	.837	2.3	.13
		Deviation	2.44	4	.61	1.676	.156	
	Within Groups		105.148	289	.364			
	Total		108.424	294				
interpersonelle Skala	Between Groups	(Combined)	3.42	5	.684	1.808	.111	
		Linear Term	Weighted	1.491	1	1.491	3.94	.048
		Deviation	1.929	4	.482	1.275	.28	
	Within Groups		110.094	291	.378			

	Total		113.513	296				
intrapsychische Skala	Between Groups	(Combined)	1.01	5	.202	.552	.736	
		Linear Term	Weighted	.326	1	.326	.891	.346
			Deviation	.684	4	.171	.468	.759
	Within Groups		104.607	286	.366			
	Total		105.617	291				

Tabelle E.4: Berechnung der Gruppenunterschiede mittels ANOVA

ANOVA			Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	
soziale Skala	Between Groups	(Combined)	1.286	3	.429	1.166	.323	
		Linear Term	Unweighted	1.204	1	1.204	3.274	.071
			Weighted	.594	1	.594	1.615	.205
			Deviation	.693	2	.346	.942	.391
	Within Groups		107.361	292	.368			
	Total		108.647	295				
interpersonelle Skala	Between Groups	(Combined)	1.503	3	.501	1.31	.271	
		Linear Term	Unweighted	1.452	1	1.452	3.796	.052
			Weighted	.606	1	.606	1.585	.209
			Deviation	.897	2	.448	1.172	.311
	Within Groups		112.435	294	.382			
	Total		113.938	297				
intrapsychische Skala	Between Groups	(Combined)	2.982	3	.994	2.794	.041	
		Linear	Unweighted	1.455	1	1.455	4.088	.044

	Term	Weighted	.306	1	.306	.859	.355
		Deviation	2.677	2	1.338	3.761	.024
Within Groups			102.834	289	.356		
Total			105.816	292			

Tabelle E.5: Darstellung der Gruppenstatistiken

Gruppenstatistik					
	Affektive Störung	N	Mittelwert	Std-abweichung	Std-Fehler (MW)
Soziale Skala	nein	278	2.9145	.61403	.03683
	ja	11	2.9895	.34534	.10412
Interpersonelle Skala	nein	278	3.0269	.60870	.03638
	ja	11	3.2139	.63629	.19185
Intrapsychische Skala	nein	278	3.5545	.60062	.03622
	ja	11	3.9940	.47264	.14251
Gesamtskala	nein	278	3.1627	.54527	.3318
	ja	11	3.3991	.43207	.13027

Tabelle E.6: Darstellung der Ergebnisse des T-Test inklusive der Levene Testung zur Überprüfung der Varianzhomogenität

Independent Samples Test	
	Levene's Test for Equality of Variances
	t-test for Equality of Means
	95% Confidence Interval of the Difference

		F	Sig.	t	df	Sig. (2- tailed)	Mean Differen ce	Std. Error Differenc e	Lower	Upper
soziale Skala	Equal variances assumed	2.46	.118	-.402	287	.688	-.075	.1865	-.4421	.29207
	Equal variances not assumed			-.679	12.6 5	.509	-.075	.11044	-.31428	.16426
interperson elle Skala	Equal variances assumed	.003	.955	-.998	289	.319	-.187	.1874	-.55586	.18183
	Equal variances not assumed			-.958	10.7 3	.359	-.187	.19527	-.61811	.24408
intrapsychi sche Skala	Equal variances assumed	.801	.371	-2.396	284	.017	-.439	.18344	-.80053	-.07839
	Equal variances not assumed			-2.989	11.3 3	.012	-.439	.14704	-.76193	-.11699
Gesamtska la	Equal variances assumed	.628	.429	-1.419	279	.157	-.236	.1666	-.56438	.09152
	Equal variances not assumed			-1.759	11.3 4	.106	-.236	.13443	-.53124	.05838

Tabelle E.7: Darstellung der gefundenen nonparametrischen Korrelationen nach eigenen modelltheoretischen Annahmen

Nonparametrische Korrelation (Spearman)

	Sozial e Skala	Interperson elle Skala	Intrapsychisch e Skala	Gesamtskal a
--	----------------------	---------------------------	---------------------------	-----------------

Soziale Skala	Korrelationskoeffizient	1.000	.772**	.550**	.872**
	Sig. (2-seitig)		.000	.000	.000
	N	296	294	289	288
Interpersonelle Skala	Korrelationskoeffizient	.772**	1	.712**	.934**
	Sig. (2-seitig)	.000		.000	.000
	N	294	298	292	288
Intrapsychische Skala	Korrelationskoeffizient	.550**	.712**	1	.838**
	Sig. (2-seitig)	0,000	.000		.000
	N	289	292	293	288
Gesamtskala	Korrelationskoeffizient	.872**	.934**	.838**	1
	Sig. (2-seitig)	-000	.000	.000	
	N	288	288	288	288

** ist auf einem Level von .01 signifikant (zweiseitig)

Tabelle E.8: Nonparametrische Korrelation der überarbeiteten Subskalen nach den modelltheoretischen Annahmen nach Lester und Bean (1992)

			gesellschaftliche Subskala	interpersonelle Subskala	intrapsychische Subskala
Spearman's rho	gesellschaftliche Subskala	Correlation Coefficient	1,000	,699**	,415**
		Sig. (2-tailed)	.	,000	,000
		N	299	298	295
	interpersonelle Subskala	Correlation Coefficient	,699**	1,000	,565**
		Sig. (2-tailed)	,000	.	,000

		tailed)			
		N	298	299	295
	intrapsychische Subskala	Correlation Coefficient	,415**	,565**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,000	,000	.
		N	295	295	296

** Korrelationen sind auf einen Niveau von $p=.01$ signifikant (zweiseitige Testung)

Appendix F: Fragebögen der Hauptuntersuchung

Abbildung F.1: Darstellung des finalen Fragebogens, basierend auf den theoretischen Annahmen nach Lester & Bean (1992)

Instruktionen:

Sehr geehrte Studienteilnehmerinnen und Teilnehmer,

im Rahmen meiner Diplomarbeit werde ich Sie im Folgenden zu dem Thema „Ursachenzuschreibungen zur Suizidalität“ befragen.

Dabei bitte ich Sie auf die Vollständigkeit der Antworten zu achten und diesen Fragenkomplex aufrichtig und ehrlich zu beantworten, da in jedem Fall Ihre Anonymität und ausreichender Datenschutz gewährleistet werden. Wie mir bewusst ist, wirkt der Fragebogen etwas unpersönlich und „steckt zudem seine Nase in Dinge, die ihn nichts angehen“. Gründe für ein solches Vorgehen liegen vor allem in der Notwendigkeit des Forschungsbestandes und des wissenschaftlichen Interesses.

Ich möchte Sie desweiteren bitten, möglichst zügig zu antworten, da es sich hierbei nicht um einen Leistungs- oder Intelligenztest handelt, sondern um eine reine Befragung zu dem oben angegebenen Thema. Richtige und falsche Antworten gibt es nicht.

Ich möchte Sie darauf hinweisen, dass die erhobenen Daten lediglich zu Forschungszwecken innerhalb meiner Diplomarbeit benutzt werden und nicht der Bestimmung individueller Diagnosen mit Konsequenz der Versuchspersonen diesen oder an Dritte weitergereicht werden.

Lesen Sie sich bitte auf den kommenden Seiten die folgenden Sätze durch. Entscheiden Sie bei jeder Frage, ob diese für Sie zutrifft oder nicht. Machen Sie jeweils ein Kreuz in einer der sechs dafür vorgesehenen Kästchen entsprechend der Ablehnung bzw. Zustimmung Ihres Standpunktes.

Hier ein Beispiel zur besseren Veranschaulichung:

- | | | | | | | |
|---|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | -1- | -2- | -3- | -4- | -5- | -6- |
| 1. Menschen, die Suizid begehen, sind für gewöhnlich psychisch krank. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | stimme gar nicht...bis... stimme sehr zu | | | | | |

Wichtiger Hinweis:

Bitte lesen Sie sich die Fragen genau durch, da unterschieden wird zwischen:

- dem eigentlichen **Suizid** (der Selbstmord per se)
- suizidalen **Gedanken** (Gedanken, sich umbringen zu wollen)
- der **Absicht** sich umbringen zu wollen,
- **Suizidalität/ suizidales Verhalten** (Selbstmordneigung) und dem **Suizidversuch** (Selbstmordversuch).

Ihre Meinung ist mir dabei besonders wichtig und daher möchte ich Sie noch einmal darauf hinweisen, *ehrlich* und *aufrichtig* zu antworten.

gez.: *Patricia Constance Bracht*

Universität Wien

Soziodemographischer Fragebogen

Alter		
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich
Staatsbürgerschaft	<input type="checkbox"/> Österreich	<input type="checkbox"/> Deutschland <input type="checkbox"/> andere
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> geschieden
	<input type="checkbox"/> in Partnerschaft lebend	<input type="checkbox"/> verwitwet
	<input type="checkbox"/> verheiratet	
Anzahl der Kinder		
höchste abgeschlossene Ausbildung	<input type="checkbox"/> Hauptschule	<input type="checkbox"/> Lehre
	<input type="checkbox"/> Realschule	<input type="checkbox"/> Fachhochschule
	<input type="checkbox"/> Gymnasium mit Matura	<input type="checkbox"/> Universität
	<input type="checkbox"/> Gymnasium ohne Matura	<input type="checkbox"/> sonstiges
Beruf		
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Konsumieren Sie Alkohol?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> 1x/Monat
	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> 1x/Woche
		<input type="checkbox"/> 2x/Woche
		<input type="checkbox"/> häufiger
<p>Der folgende Themenkomplex soll Sie weder bloßstellen noch diskriminieren, sondern dient der genauen Kategorisierung für die spätere statistische Auswertung! Daher bitte ich Sie, auch diese unangenehmen Fragen (bei Zutreffen) zu beantworten.</p>		
Haben Sie schon einmal...	<input type="checkbox"/> daran gedacht, sich umzubringen? <input type="checkbox"/> einen Suizidversuch unternommen <input type="checkbox"/> beides <input type="checkbox"/> keines von beiden	
Gab es Suizidhandlungen in Ihrem näheren sozialen Umfeld?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja: <input type="checkbox"/> Familie <input type="checkbox"/> Freunde <input type="checkbox"/> Partner/in <input type="checkbox"/> nähere Bekanntschaft <i>(Mehrfachantworten möglich)</i>
Leiden Sie an einer chronischen Erkrankung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, welche:
Leiden Sie an einer psychischen Erkrankung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, welche:
Haben Sie sich in Behandlung begeben?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja: <input type="checkbox"/> psychiatrisch <input type="checkbox"/> psychotherapeutisch <input type="checkbox"/> psychologisch <input type="checkbox"/> andere <i>(Mehrfachantworten möglich)</i>

3 Ursachenzuschreibungen suizidalen Verhaltens

	-1-	-2-	-3-	-4-	-5-	-6-
1. Menschen, die Suizid begehen, haben ihren Glauben an sich selbst verloren.	<input type="checkbox"/>					
2. Menschen, die Suizid begehen, besitzen häufiger Migrationshintergrund ¹ .	<input type="checkbox"/>					
3. Menschen, die Suizid begehen, haben die Hoffnung auf Besserung verloren.	<input type="checkbox"/>					
4. Durch den Rückgang der natürlichen Ressourcen wie z.B. Erdöl, wird die Wahrscheinlichkeit Selbstmord zu begehen, erhöht.	<input type="checkbox"/>					
5. Durch einen wirtschaftlichen Zusammenbruch wird das Risiko Suizid zu begehen, erhöht.	<input type="checkbox"/>					
6. Menschen, die Suizid begehen, sind von Armut betroffen.	<input type="checkbox"/>					
7. Menschen, die eine Selbstmordneigung aufweisen, konsumieren häufiger Drogen.	<input type="checkbox"/>					
8. Menschen, die Suizid begehen, setzen sich im Beruf zu hohe Ziele.	<input type="checkbox"/>					
9. Menschen, die bereits eine Selbstmordneigung aufweisen, konsumieren häufiger Alkohol.	<input type="checkbox"/>					
10. Menschen mit geringem Einkommen, begehen häufiger Suizid.	<input type="checkbox"/>					
11. Durch das steigende Rentenalter und der damit verbundenen längeren Arbeitszeit, erhöht sich das Risiko Suizid zu begehen.	<input type="checkbox"/>					
12. Menschen, die bereits einen Selbstmordversuch unternommen haben, konsumieren häufiger Drogen.	<input type="checkbox"/>					
13. Die meisten Menschen, die Suizid begehen, sind manisch.	<input type="checkbox"/>					
14. Die Wahrscheinlichkeit Selbstmord zu begehen, wird durch die Geburt eines behinderten Kindes erhöht.	<input type="checkbox"/>					
15. Die meisten Menschen, die Suizid begehen, sind manisch-depressiv ² .	<input type="checkbox"/>					
16. Menschen, die Suizid begehen, haben Probleme mit ihrer sexuellen Identität.	<input type="checkbox"/>					
17. Menschen, die sich in anderen politischen Kreisen bewegen als die Masse, begehen häufiger Suizid.	<input type="checkbox"/>					

4 Ursachenzuschreibungen suizidalen Verhaltens

	-1-	-2-	-3-	-4-	-5-	-6-
18. Menschen, die Suizid begehen, besitzen weniger Freunde.	<input type="checkbox"/>					
19. Menschen, die einer anderen Religion als der Norm angehören, begehen häufiger Suizid.	<input type="checkbox"/>					
20. Menschen, die bereits einen Suizidversuch unternommen haben, nehmen häufiger Medikamente.	<input type="checkbox"/>					
21. Häufig wird durch die Intoleranz von Freunden und Familie gegenüber dem „Coming Out“ Suizid ausgelöst.	<input type="checkbox"/>					
22. Menschen, die Suizid begehen, haben ihr inneres Gleichgewicht verloren.	<input type="checkbox"/>					
23. Menschen, die Suizid begehen, kommen mit negativen Konfrontationen und Problemen häufig schlechter zu Recht als andere.	<input type="checkbox"/>					
24. Menschen, die Suizid begehen, haben ihren Partner verlassen.	<input type="checkbox"/>					
25. Menschen, die sich durch ihr äußerliches Erscheinungsbild (Tattoo, Piercing) von der Masse abheben, begehen eher Suizid.	<input type="checkbox"/>					
26. Durch die bestehende Intoleranz innerhalb der Gesellschaft, begehen bi- oder homosexuelle Menschen häufiger Suizid.	<input type="checkbox"/>					
27. Durch die bestehende Intoleranz innerhalb der Gesellschaft, begehen Transsexuelle eher Suizid.	<input type="checkbox"/>					
28. Menschen, die Suizid begehen, sind in der Regel aggressiver.	<input type="checkbox"/>					
29. Menschen, die Suizid begehen, kommen mit positiven Veränderungen schlechter zurecht als andere.	<input type="checkbox"/>					
30. Häufig wird durch die Intoleranz von Familien und Freunden gegenüber dem „Coming Out“ suizidale Gedanken ausgelöst.	<input type="checkbox"/>					
31. Menschen, die Suizid begehen, haben Motivationsprobleme.	<input type="checkbox"/>					
32. Menschen, die Selbstmord begehen, sind ohne Eltern aufgewachsen.	<input type="checkbox"/>					
33. Die meisten Menschen, die Suizid begehen, sind beeinflussbar.	<input type="checkbox"/>					
34. Menschen, die Selbstmord begehen, sind sehr jung Eltern geworden.	<input type="checkbox"/>					
35. Menschen, die Suizid begehen, werden von ihrem Bauchgefühl geleitet.	<input type="checkbox"/>					
36. Das Auseinanderbrechen der Familie (z.B. durch Streit) erhöht das Risiko Selbstmord zu begehen.	<input type="checkbox"/>					

	-1-	-2-	-3-	-4-	-5-	-6-
37. Menschen, die Suizid begehen, haben eine starke Angst vor Zurückweisung.	<input type="checkbox"/>					
38. Menschen, die Suizid begehen, bauen eine Mauer um sich auf.	<input type="checkbox"/>					
39. Menschen, die Suizid begehen, sind anfälliger für Stress.	<input type="checkbox"/>					
40. Transsexualität ist ein Faktor, der die Wahrscheinlichkeit erhöht, Suizid zu begehen.	<input type="checkbox"/>					
41. Die meisten Menschen, die Suizid begehen, gönnen sich kaum eine Auszeit.	<input type="checkbox"/>					
42. Selbst adoptiert worden zu sein, erhöht die Wahrscheinlichkeit Suizid zu begehen.	<input type="checkbox"/>					
43. Menschen, die Suizid begehen, sind innerlich aufgewühlter als andere.	<input type="checkbox"/>					
44. Menschen, die Suizid begehen, sind schüchtern.	<input type="checkbox"/>					
45. Menschen, die Suizid begehen, haben Identifikationsprobleme.	<input type="checkbox"/>					
46. Frauen, die Suizid begehen, sind allein erziehende Mütter.	<input type="checkbox"/>					
47. Menschen, die Suizid begehen, können mit ihrer sexuellen Identität nicht umgehen. (z.B. Homo- oder Bisexualität).	<input type="checkbox"/>					
48. Menschen, die Suizid begehen, haben ihre Lebensziele nicht erfüllt.	<input type="checkbox"/>					
49. Menschen, die Suizid begehen, sind ängstlich.	<input type="checkbox"/>					
50. Menschen, die Suizid begehen, fühlen sich hilflos.	<input type="checkbox"/>					
51. Menschen, die an Burnout ^{II} erkranken, haben eine erhöhte Selbstmordneigung.	<input type="checkbox"/>					
52. Menschen, die einen Suizidversuch überleben, sollten ein allumfassendes Behandlungskonzept in Anspruch nehmen.	<input type="checkbox"/>					
53. Die meisten Menschen, die Suizid begehen, sind unzufrieden mit sich selbst.	<input type="checkbox"/>					
54. Menschen, die Suizid begehen, haben häufig hohe Schulden.	<input type="checkbox"/>					
55. Die meisten Menschen, die Suizid begehen, leiden unter Versagensängsten.	<input type="checkbox"/>					
56. Menschen, die Suizid begehen, leiden unter einer Borderline-Persönlichkeitsstörung ^{IV} .	<input type="checkbox"/>					
57. Menschen, die Suizid begehen, fühlen sich im Umgang mit anderen unsicherer.	<input type="checkbox"/>					
58. Menschen, die Suizid begehen, haben ihre Wünsche nicht erfüllt.	<input type="checkbox"/>					
59. Menschen, die Suizid begehen, sind unzufrieden mit ihrem Leben.	<input type="checkbox"/>					
60. Menschen, die sich selbst umbringen wollen, fühlen sich zurückgewiesen.	<input type="checkbox"/>					

ⁱ Personen, deren Elternteile beide im Ausland geboren wurden

ⁱⁱ bipolare affektive Störung; Personen leiden unter einem ständigen Wechsel zwischen positiven und negativen Gefühlen.

ⁱⁱⁱ Zustand/Erkrankung ausgesprochenen „Ausgebrannt seins“, welcher mit starkem Leistungsabfall einhergeht.

^{iv} Persönlichkeitsstörung, die durch Impulsivität und Instabilität der Gefühle, des Selbstbildes und der sozialen Umgebung gekennzeichnet ist

Abbildung F.2: Darstellung der ursprünglichen Lester-Bean-Skalen (1992)

7 Ursachenzuschreibung suizidalen Verhaltens

Bitte geben Sie bei den folgenden Aussagen zu Suizid an, inwieweit Sie jenen zustimmen oder nicht zustimmen.

1= stimme überhaupt nicht zu.....6= stimme sehr zu

	-1-	-2-	-3-	-4-	-5-	-6-
1. Menschen die Suizid begehen, sind gewöhnlich psychisch krank.	<input type="checkbox"/>					
2. Häufig begehen Menschen Suizid, um ich selbst zu bestrafen.	<input type="checkbox"/>					
3. Die meisten Menschen, die Suizid begehen, sind depressiv.	<input type="checkbox"/>					
4. Menschen, die einen Suizidversuch überleben, sollten sich einer Psychotherapie unterziehen, um ihre innere Motivation zu verstehen.	<input type="checkbox"/>					
5. Menschen, die Suizid begehen, haben Ihren Glauben an Gott verloren.	<input type="checkbox"/>					
6. Menschen, die Suizid begehen, denken irrational.	<input type="checkbox"/>					
7. Häufig wird Suizid durch Streit mit dem Partner ausgelöst.	<input type="checkbox"/>					
8. Suizid kann durch arbeitsbedingten Stress (z.B. Kündigung) verursacht werden.	<input type="checkbox"/>					
9. Aus einem zerrütteten Elternhaus zu stammen, erhöht das Risiko für Suizid.	<input type="checkbox"/>					
10. Wie man aufgewachsen und erzogen wurde, hat vermutlich etwas damit zu tun, ob man später Suizid begeht.	<input type="checkbox"/>					
11. Wenn jemand Suizid begeht, sind für gewöhnlich Familie und Freunde daran schuld.	<input type="checkbox"/>					
12. Ein Suizidversuch ist für gewöhnlich ein Versuch, die Zuwendung anderer zu erlangen.	<input type="checkbox"/>					
13. Gesellschaft Unterdrückte begehen eher Suizid.	<input type="checkbox"/>					
14. Menschen, die in Diktaturen leben, begehen eher Suizid.	<input type="checkbox"/>					
15. Menschen, die Hungersnot, Unterernährung und entsprechenden Mangelerkrankungen erleiden, begehen eher Suizid.	<input type="checkbox"/>					
16. In einer Kultur, die den offenen Ausdruck von Gefühlen wie Ärger oder Scham zuließe, würden weniger Menschen Suizid begehen.	<input type="checkbox"/>					
17. Die moderne Industriegesellschaften haben Charakteristika, die Suizid wahrscheinlicher machen.	<input type="checkbox"/>					
18. Suizide junger Menschen sind heutzutage aufgrund der großen Probleme der Welt (Umweltverschmutzung, nukleare Bedrohung et.) häufiger geworden.	<input type="checkbox"/>					

	-1-	-2-	-3-	-4-	-5-	-6-	-7-
11. Im Moment fühle ich mich als Belastung für mein soziales Umfeld.	<input type="checkbox"/>						
12. Im Moment glaube ich, dass sich meine Mitmenschen wünschen würden, mich los zu werden.	<input type="checkbox"/>						
13. Im Moment denke ich daran meine Gemeinde zu unterstützen.	<input type="checkbox"/>						
14. Im Moment denke ich, dass ich für meine Mitmenschen nur alles schlimmer mache.	<input type="checkbox"/>						
15. Im Moment sind mir meine Mitmenschen egal.	<input type="checkbox"/>						
16. Im Moment machen sich meine Freunde über mich Sorgen.	<input type="checkbox"/>						
17. Im Moment fühle ich mich bei meinen Freunden geborgen.	<input type="checkbox"/>						
18. Zurzeit habe ich zu meinen Freunden selten Kontakt.	<input type="checkbox"/>						
19. Im Moment fühle ich mich glücklich, so viele fürsorgliche und unterstützende Freunde zu haben.	<input type="checkbox"/>						
20. Im Moment fühle ich mich von meinen Freunden abgeschnitten.	<input type="checkbox"/>						
21. Zurzeit habe ich oft das Gefühl, ein Außenseiter zu sein.	<input type="checkbox"/>						
22. Zurzeit denke ich oft, dass es Menschen gibt, auf die ich mich in Zeiten der Not verlassen kann.	<input type="checkbox"/>						
23. Im Moment fühle ich mich in den meisten sozialen Situationen unerwünscht.	<input type="checkbox"/>						
24. Zurzeit fühle ich mich meinen Mitmenschen nah.	<input type="checkbox"/>						
25. Zurzeit habe ich mindestens eine befriedigende soziale Interaktion pro Tag.	<input type="checkbox"/>						

Ich möchte mich recht herzlich bei allen StudienteilnehmerInnen für Ihre Teilnahme bedanken!

Appendix G: Ergebnisse der Fragebogenauswertung

Abbildung G.1: Darstellung der weiteren deskriptiv-statistischen Ergebnisse des soziodemographischen Fragebogens (kategoriale Variablen; ordinales Skalenniveau)

Variable	Ausprägung	Häufigkeit	gültige Prozente	kumulierte Prozente
Nach Gruppierung in Berufsgruppen, ergeben sich folgende Ergebnisse				
	arbeitslos	9	8.8	8.8
	Schüler/ Student	54	52.9	61.8
	Medizinisch/psychologische Berufe	9	8.8	70.6
	Soziale/pädagogische Berufe	7	6.9	77.5
	Angestellter	7	6.9	84.3
	sonstige	16	15.7	100.00
Erkrankungscluster				
	depressiver Formenkreis	11	10.8	10.8
	psychotischer Formenkreis	3	2.9	13.7
	ess/stressinduzierte Erkrankungen	3	2.9	16.6
	andere Erkrankungen	affektive 6	5.9	22.5
	Keine Angabe	4	3.9	26.4
	Keine vorliegend	75	73.6	100.00

Appendix H: Ergebnisse und Kennwerte der Skalenanalyse

Abbildung H.1: Ergebnisse der explorativen Faktorenanalyse (Lester-Bean-Skala (1992))

Kommunalitäten

Kommunalitäten	initial	Extraktion
Menschen, die Suizid begehen, sind gewöhnlich psychisch krank.	1.000	.782
Häufig begehen Menschen Suizid, um sich selbst zu bestrafen.	1.000	.414
Die meisten Menschen, die Suizid begehen, sind depressiv	1.000	.780
Menschen, die einen Suizidversuch überleben, sollten sich einer Psychotherapie unterziehen, um ihre innere Motivation zu verstehen.	1.000	.739
Menschen, die Suizid begehen, haben ihren Glauben an Gott verloren.	1.000	.727
Menschen, die Suizid begehen, denken irrational	1.000	.629
Häufig wird Suizid durch Streit mit dem Partner ausgelöst.	1.000	.682
Suizid kann durch arbeitsbedingten Stress verursacht werden.	1.000	.751
Aus einem zerrütteten Elternhaus zu stammen, erhöht das Risiko für Suizid.	1.000	.668
Wie man aufgewachsen und erzogen wurde, hat vermutlich etwas damit zu tun, ob man später Suizid begeht.	1.000	.515
Wenn jemand Suizid begeht, sind für gewöhnlich Familie und Freunde daran schuld.	1.000	.658
Ein Suizidversuch ist für gewöhnlich ein Versuch, die Zuwendung anderer zu erlangen.	1.000	.769
Gesellschaftlich Unterdrückte begehen eher Suizid.	1.000	.796
Menschen, die in Diktaturen leben, begehen eher Suizid.	1.000	.780
Menschen, die Hungersnot, Unterernährung und entsprechende Mangelkrankungen erleiden, begehen eher Suizid.	1.000	.556
In einer Kultur, die den offenen Ausdruck von Gefühlen wie Ärger	1.000	.623

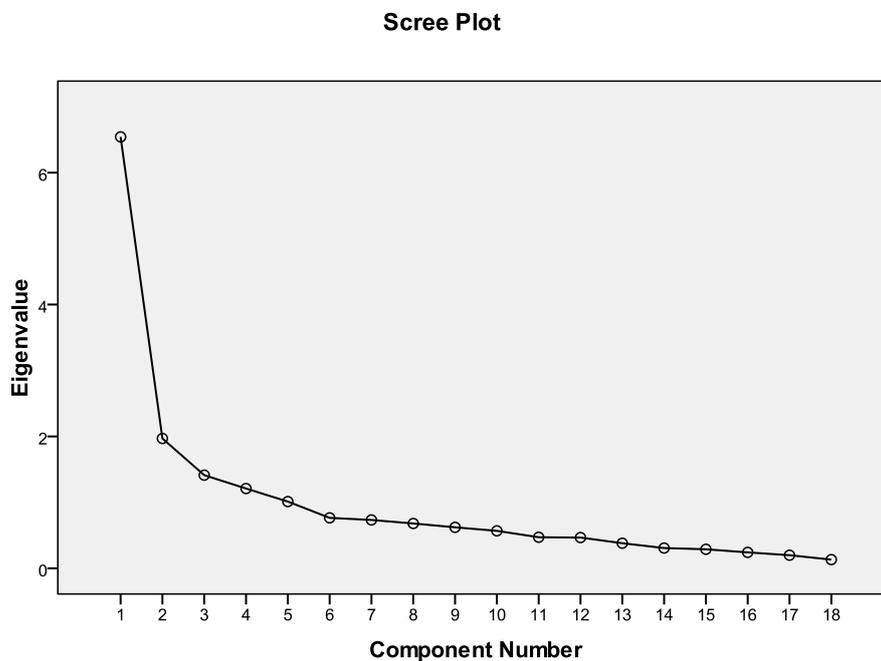
und Scham zuliebe, würden weniger Menschen Suizid begehen.

Die moderne Industriegesellschaft besitzt Charakteristika, die Suizid wahrscheinlicher machen. 1.000 .586

Suizide junger Menschen sind heutzutage aufgrund der großen Probleme der Welt häufiger geworden. 1.000

Extraktionsmethode: Principal components Analysis

Screepplot



Rotierte Komponenten Matrix

	Komponenten				
	1	2	3	4	5
Menschen, die Suizid begehen, sind gewöhnlich psychisch krank	.863				
Die meisten Menschen, die Suizid begehen, sind depressiv.	.797				
Aus einem zerrütteten Elternhaus zu stammen, erhöht das Risiko für Suizid.	.645		.410		

Häufig begehen Menschen Suizid, um sich selbst zu bestrafen.	.479	
Die moderne Industriegesellschaft besitzt Charakteristika, die Suizid wahrscheinlicher machen.	.715	
In einer Kultur, die den offenen Ausdruck von Gefühlen wie Ärger und Scham zuließe, würden weniger Menschen Suizid begehen.	.707	
Suizid kann durch arbeitsbedingten Stress verursacht werden	.485	.654
Suizide junger Menschen sind heutzutage aufgrund der großen Probleme der Welt häufiger geworden.	.556	
Menschen, die einen Suizidversuch überleben, sollten sich einer Psychotherapie unterziehen, um ihre innere Motivation zu verstehen.	.513	.473
Wie man aufgewachsen und erzogen wurde, hat später vermutlich etwas damit zu tun, ob man Suizid begeht.	.731	
Häufig wird Suizid durch Streit mit dem Partner ausgelöst.	.661	
Wenn jemand Suizid begeht, sind für gewöhnlich Familie und Freunde daran schuld.	.610	
Menschen, die Hungersnot, Unterernährung und entsprechende Mangelerkrankungen erleiden, begehen eher Suizid.		.816
Gesellschaftlich unterdrückte begehen eher Suizid.		.769
Menschen, die in Diktaturen leben, begehen eher Suizid		.769
Menschen, die Suizid begehen, denken irrational.		.716
Ein Suizidversuch ist für gewöhnlich ein Versuch, die Zuwendung anderer zu erlangen.	.419	.629
Menschen, die Suizid begehen, haben ihren Glauben an Gott verloren.	.535	.584

Extraktionsmethode: principal component analysis

Rotationsmethode: Varimax mit Kaiser Normalisierung

^a=Rotation konvergiert bei 8 Iterationen

Komponenten Transformationsmatrix

Komponente	1	2	3	4	5
1	.494	.501	.421	.457	.346
2	-.495	-.381	.634	.445	-.101
3	.542	-.684	.264	-.295	.285
4	-.433	.002	-.143	-.075	.887
5	-.173	.368	.575	-.708	-.053

Abbildung H.2: Darstellung der Ergebnisse aus der Reliabilitätsanalyse (Lester-Bean-Skalen (intrapsychische Subskala))

Item-Total-Statistik

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Menschen, die Suizid begehen, sind gewöhnlich psychisch krank.	17.15	26.958	.591	.682
Häufig begehen Menschen Suizid, um sich selbst zu bestrafen.	18.20	30.872	.410	.732
Die meisten Menschen, die Suizid begehen, sind depressiv.	16.91	26.537	.682	.658
Menschen, die einen Suizidversuch überleben, sollten sich einer Psychotherapie unterziehen, um ihre innere Motivation zu verstehen.	16.22	29.894	.423	.730
Menschen, die Suizid begehen, haben ihren Glauben an Gott verloren.	18.49	30.351	.340	.756
Menschen, die Suizid begehen, denken irrational.	18.19	28.826	.504	.708

Abbildung H.3: Darstellung der Ergebnisse aus der Reliabilitätsanalyse (Lester-Bean-Skalen (interpersonelle Subskala))

Item-Total-Statistik

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Häufige wird Suizid durch Streit mit dem Partner ausgelöst.	15.37	23.167	.641	.688
Suizid kann durch arbeitsbedingten Stress verursacht werden.	14.54	25.677	.401	.749
Aus einem zerrütteten Elternhaus zu stammen, erhöht das Risiko für Suizid.	14.52	22.034	.651	.681
Wie man aufgewachsen und erzogen wurde, hat vermutlich etwas damit zu tun, ob man später Suizid begeht.	14.75	22.528	.572	.704
Wenn jemand Suizid begeht, sind für gewöhnlich Familie und Freunde daran schuld.	16.43	27.713	.398	.749
Ein Suizidversuch ist für gewöhnlich ein Versuch, die Zuwendung anderer zu erlangen.	14.88	24.125	.385	.762

Abbildung H.4: Darstellung der Ergebnisse aus der Reliabilitätsanalyse (Lester-Bean-Skalen (sozial/gesellschaftliche Subskala))

Item-Total-Statistik

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Gesellschaftlich Unterdrückte begehen eher Suizid.	15.25	27.296	.682	.756
Menschen, die in Diktaturen leben, begehen eher Suizid.	15.11	27.107	.679	.756

Menschen, die Hungersnot, Unterernährung und entsprechende Mangelkrankungen erleiden, begehen eher Suizid.	15.68	29.964	.540	.788
In einer Kultur, die den offenen Ausdruck von Gefühlen wie Ärger und Scham zuließe, würden weniger Menschen Suizid begehen.	14.31	29.782	.439	.813
Die moderne Industriegesellschaft besitzt Charakteristika, die Suizid wahrscheinlicher machen.	14.16	28.549	.532	.791
Suizide junger Menschen sind heutzutage aufgrund der großen Probleme der Welt häufiger geworden.	15.60	29.926	.583	.780

Abbildung H.5: Darstellung der Ergebnisse aus der explorativen Faktorenanalyse (NQI)

Kommunalitäten

	Initial	Extraction
Im Moment wären die Personen aus meinem Umfeld besser dran, wenn ich gehen würde.	1.000	.805
Im Moment denke ich an mein soziales Umfeld.	1.000	.209
Im Moment wären meine Freunde ohne mich glücklicher.	1.000	.808
Im Moment denke ich, dass ich mir die falschen Freunde ausgesucht habe.	1.000	.449
Im Moment denke ich, dass meine Freunde mich vermissen, wenn ich gehen würde.	1.000	.618
Im Moment denke ich, dass ich eine Belastung für die Gesellschaft bin.	1.000	.712
Im Moment denke ich, dass ich eine Bereicherung für meine Mitmenschen bin.	1.000	.689
Im Moment denke ich, dass sich meine Ideen, Fähigkeiten oder meine Energie von denen der anderen unterscheiden.	1.000	.497
Im Moment denke ich, dass mein Tod eine Erlösung für die Menschen in meinen Leben wäre.	1.000	.649

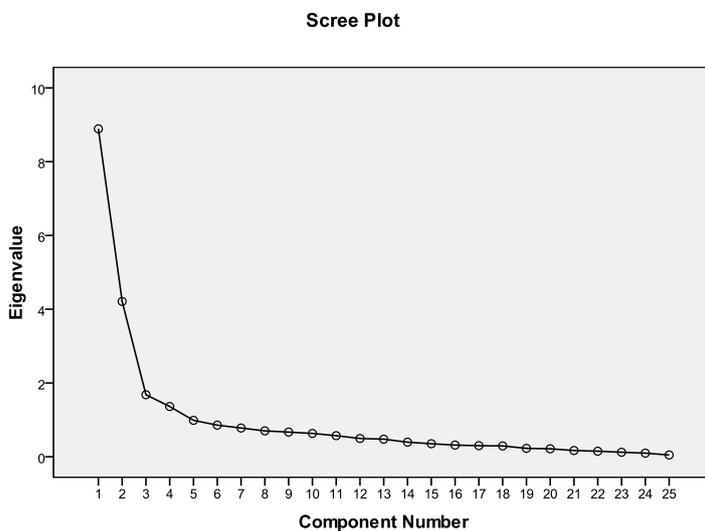
Im Moment denke ich, dass ich etwas zum Wohlbefinden meiner Mitmenschen beitragen kann.	1.000	.681
Im Moment fühle ich mich als Belastung für mein soziales Umfeld.	1.000	.837
Im Moment glaube ich, dass sich meine Mitmenschen wünschen würden, mich los zu werden.	1.000	.591
Im Moment denke ich daran meine Gemeinde zu unterstützen.	1.000	.426
Im Moment denke ich, dass ich für meine Mitmenschen nur alles schlimmer mache.	1.000	.771
Im Moment sind mir meine Mitmenschen egal.	1.000	.434
Im Moment machen sich meine Freunde um mich Sorgen.	1.000	.774
Im Moment fühle ich mich bei meinen Freunde geborgen.	1.000	.618
Zurzeit habe ich zu meinen Freunden selten Kontakt.	1.000	.735
Im Moment fühle ich mich glücklich, so viele fürsorgliche und unterstützende Freunde zu haben.	1.000	.759
Im Moment fühle ich mich von meinen Freunden isoliert.	1.000	.704
Zurzeit habe ich oft das Gefühl, ein Außenseiter zu sein.	1.000	.724
Zurzeit denke ich oft, dass es Menschen gibt, auf die sich mich in Zeiten der Not verlassen kann.	1.000	.535
Im Moment fühle ich mich in den meisten sozialen Situationen unerwünscht.	1.000	.715
Zurzeit fühle ich mich meinen Mitmenschen nah.	1.000	.777
Zurzeit habe ich meistens eine befriedigende soziale Situation pro Tag.	1.000	.628

gesamte Varianzerklärung der ersten vier Faktoren

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	8.890	35.561	35.561	8.89	35.56	35.561	5.61	22.45	22.450

				0	1		3	0	
2	4.211	16.842	52.404	4.21 1	16.84 2	52.404	5.36 1	21.44 5	43.895
3	1.681	6.725	59.129	1.68 1	6.725	59.129	3.31 6	13.26 5	57.160
4	1.362	5.448	64.577	1.36 2	5.448	64.577	1.85 4	7.417	64.577

Screepplot



rotierte Komponentenmatrix

	Component			
	1	2	3	4
Im Moment fühle ich mich glücklich, so viele fürsorgliche und unterstützende Freunde zu haben.	.826			
Zurzeit fühle ich mich meinen Mitmenschen nah.		.808		
Im Moment denke ich, dass ich etwas zum Wohlbefinden meiner Mitmenschen beitragen kann.			.803	

Im Moment denke ich, dass ich eine Bereicherung für meine Mitmenschen bin.	.767	
Zurzeit habe ich meistens eine befriedigende soziale Situation pro Tag.	.763	
Im Moment fühle ich mich bei meinen Freunde geborgen.	.741	
Zurzeit denke ich oft, dass es Menschen gibt, auf die sich mich in Zeiten der Not verlassen kann.	.679	
Im Moment denke ich, dass meine Freunde mich vermissen, wenn ich gehen würde.	.675	
Im Moment denke ich daran meine Gemeinde zu unterstützen.	.616	
Im Moment denke ich an mein soziales Umfeld.	.433	
Im Moment wären die Personen aus meinem Umfeld besser dran, wenn ich gehen würde.	.883	
Im Moment wären meine Freunde ohne mich glücklicher.	.873	
Im Moment denke ich, dass ich für meine Mitmenschen nur alles schlimmer mache.	.810	
Im Moment denke ich, dass mein Tod eine Erlösung für die Menschen in meinen Leben wäre.	.775	
Im Moment glaube ich, dass sich meine Mitmenschen wünschen würden, mich los zu werden.	.754	
Im Moment denke ich, dass ich eine Belastung für die Gesellschaft bin.	.659	.418
Im Moment fühle ich mich als Belastung für mein soziales Umfeld.	.648	.548
Im Moment denke ich, dass ich mir die falschen Freunde ausgesucht habe.	.465	.442
Zurzeit habe ich zu meinen Freunden selten Kontakt.		.733
Im Moment fühle ich mich von meinen Freunden isoliert.		.709

Zurzeit habe ich oft das Gefühl, ein Außenseiter zu sein.		.685
Im Moment fühle ich mich in den meisten sozialen Situationen unerwünscht.	.515	.589
Im Moment denke ich, dass sich meine Ideen, Fähigkeiten oder meine Energie von denen der anderen unterscheiden.		.584
Im Moment sind mir meine Mitmenschen egal.		.541
Im Moment machen sich meine Freunde um mich Sorgen.		.855

Extraktionsmethode: principal component analysis

Rotationsmethode: Varimax mit Kaiser Normalisierung

Rotation konvergiert bei 6 Iterationen

Komponenten-Transformations-Matrix

Component	1	2	3	4
1	-.553	.650	.468	.229
2	.827	.500	.206	.156
3	.098	-.568	.763	.292
4	.034	.067	.396	-.915

Extraktionsmethode: principal component analysis

Rotationsmethode: Varimax mit Kaiser Normalisierung

Abbildung H.6: Ergebnisse der Reliabilitätsanalyse (beide Subskalen, Gesamtskala)

Item-Total Statistik der Gesamtskala

	Scale Mean if Deleted	Scale Variance if Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted

Im Moment wären die Personen aus meinem Umfeld besser dran, wenn ich gehen würde.	27.50	56.569	.459	.871	.613
Im Moment wären meine Freunde ohne mich glücklicher.	27.54	58.667	.428	.862	.622
Im Moment denke ich, dass ich mir die falschen Freunde ausgesucht habe.	27.44	59.318	.353	.483	.630
Im Moment denke ich, dass ich etwas zum Wohlbefinden meiner Mitmenschen beitragen kann.	24.56	56.150	.218	.422	.653
Im Moment fühle ich mich als Belastung für mein soziales Umfeld.	27.13	57.380	.320	.781	.630
Im Moment glaube ich, dass sich meine Mitmenschen wünschen würden, mich los zu werden.	27.54	59.122	.355	.483	.629
Im Moment denke ich, dass ich für meine Mitmenschen nur alles schlimmer mache.	27.40	55.926	.484	.693	.608
Im Moment machen sich meine Freunde um mich Sorgen.	27.28	59.631	.246	.529	.641
Im Moment fühle ich mich von meinen Freunden isoliert.	26.88	59.590	.189	.502	.651
Zurzeit denke ich oft, dass es Menschen gibt, auf die sich mich in Zeiten der Not verlassen kann.	24.23	53.503	.306	.422	.634
Zurzeit fühle ich mich meinen Mitmenschen nah.	25.12	55.055	.235	.638	.651
Zurzeit habe ich meistens eine befriedigende soziale Situation pro Tag.	24.55	54.309	.263	.617	.645

Item-Total Statistik der Subskala *perceived burdensomeness*

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Im Moment wären die Personen aus meinem Umfeld besser dran, wenn ich gehen würde.	11.39	19.548	.744	.860	.594
Im Moment wären meine Freunde ohne mich glücklicher.	11.43	21.119	.729	.840	.616

Im Moment denke ich, dass ich mir die falschen Freunde ausgesucht habe.	11.33	22.977	.459	.299	.669
Im Moment denke ich, dass ich etwas zum Wohlbefinden meiner Mitmenschen beitragen kann.	8.45	29.339	-.216	.117	.888
Im Moment fühle ich mich als Belastung für mein soziales Umfeld.	11.02	19.683	.570	.634	.631
Im Moment glaube ich, dass sich meine Mitmenschen wünschen würden, mich los zu werden.	11.43	21.772	.580	.432	.642
Im Moment denke ich, dass ich für meine Mitmenschen nur alles schlimmer mache.	11.29	19.160	.766	.685	.586

Item-Total Statistik der Subskala *thwarted belongingness*

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Im Moment machen sich meine Freunde um mich Sorgen.	14.56	23.120	.038	.100	.546
Im Moment fühle ich mich von meinen Freunden isoliert.	14.16	26.708	-.247	.199	.679
Zurzeit denke ich oft, dass es Menschen gibt, auf die sich mich in Zeiten der Not verlassen kann.	11.50	13.559	.550	.376	.206
Zurzeit fühle ich mich meinen Mitmenschen nah.	12.39	13.845	.497	.586	.249
Zurzeit habe ich meistens eine befriedigende soziale Situation pro Tag.	11.82	13.275	.550	.556	.201

Abbildung H.7: Darstellung der nonparametrischen Korrelationen aller Subskalen der modifizierten Lester-Bean-Skalen

	Krankheit	Stress	Angst	Schuldzuweisung	Existenzbedrohung	Intoleranz	gefährdendes Umfeld	Persönlichkeit
Krankheit	1	.533**	.499**	.541**	.420**	.513**	.593**	.546**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
	N	102	102	102	102	102	102	102
Stress	.533**	1	.536**	.613**	.454**	.529**	.636**	.584**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
	N	102	102	102	102	102	102	102
Angst	.499**	.536**	1	.624**	.333**	.295**	.547**	.624**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
	N	102	102	102	102	102	102	102
Schuldzuweisung	.541**	.613**	.624**	1	.430**	.466**	.602**	.654**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
	N	102	102	102	102	102	102	102
Existenzbedrohung	.420**	.454**	.333**	.430**	1	.489**	.484**	.357**

bedrohung	Sig. (2-tailed)	0	0	0	0	.	0	0	0
	N	102	102	102	102	102	102	102	102
Intoleranz	r	.513**	.529**	.295**	.466**	.489**	1	.529**	.477**
	Sig. (2-tailed)	0	0	0	0	0	.	0	0
	N	102	102	102	102	102	102	102	102

** = Korrelation wird auf einem Niveau von 0.01 signifikant (zweiseitig getestet)

Abbildung H.8: Ergebnisdarstellung der explorativen Faktorenanalyse der modifizierten Lester-Bean-Skalen

Kommunalitäten

	Initial	Extraction
Menschen, die Suizid begehen, haben Ihren Glauben an sich selbst verloren	1.000	.781
Menschen, die Suizid begehen, besitzen häufiger Migrationshintergrund	1.000	.730
Menschen, die Suizid begehen, haben die Hoffnung auf Besserung verloren.	1.000	.783
Durch den Rückgang der natürlichen Ressourcen wird die Wahrscheinlichkeit Selbstmord zu begehen erhöht	1.000	.656
Durch einen wirtschaftlichen Zusammenbruch wird das Risiko Suizid zu begehen, erhöht.	1.000	.727
Menschen, die Suizid begehen, sind von Armut betroffen.	1.000	.711

Menschen, die Selbstmordneigung aufweisen, konsumieren häufiger Drogen.	1.000	.806
Menschen, die Suizid begehen, setzen sich im Beruf zu hohe Ziele.	1.000	.620
Menschen, die eine Selbstmordneigung aufweisen, konsumieren häufiger Alkohol.	1.000	.718
Menschen mit geringem Einkommen, begehen häufiger Suizid.	1.000	.734
Durch das steigende Rentenalter und der damit verbundenen längeren Arbeitszeit, erhöht sich das Risiko Suizid zu begehen.	1.000	.724
Menschen, die einen Selbstmordversuch unternommen haben, konsumieren häufiger Drogen.	1.000	.836
Die meisten Menschen, die Suizid begehen, sind manisch.	1.000	.824
Die Wahrscheinlichkeit Selbstmord zu begehen, wird durch die Geburt eines behinderten Kindes erhöht.	1.000	.740
Die meisten Menschen, die Suizid begehen, sind manisch depressiv.	1.000	.776
Menschen, die Suizid begehen, haben Probleme mit Ihrer sexuellen Identität.	1.000	.771
Menschen, die sich anderen politischen Kreisen bewegen als die Masse, begehen häufiger Suizid.	1.000	.786
Menschen, die Suizid begehen, besitzen weniger Freunde.	1.000	.657
Menschen, die einer anderen Religion als der Norm angehören, begehen häufiger Suizid.	1.000	.768
Menschen, die bereits einen Suizidversuch unternommen haben, nehmen häufiger Medikamente.	1.000	.637
Häufig wird durch die Intoleranz von Familien und Freunden gegenüber dem Coming Out Suizid ausgelöst.	1.000	.793
Menschen, die Suizid begehen, haben ihr inneres Gleichgewicht6	1.000	.746

verloren.

Menschen, die Suizid begehen, kommen mit negativen Konfrontationen & Problemen häufig schlechter zu Recht als andere.	1.000	.692
Menschen, die Suizid begehen, haben ihren Partner verlassen.	1.000	.568
Menschen, die sich durch ihr äußerliches Erscheinungsbild von der Masse abheben, begehen häufiger Suizid.	1.000	.659
Durch die bestehende Intoleranz innerhalb der Gesellschaft, begehen bi- und homosexuelle Menschen häufiger Suizid.	1.000	.820
Durch die bestehende Intoleranz innerhalb der Gesellschaft, begehen Transsexuelle eher Suizid.	1.000	.849
Menschen, die Suizid begehen, sind in der Regel impulsiver.	1.000	.751
Menschen, die Suizid begehen, kommen mit positiven Veränderungen schlechter zu Recht als andere.	1.000	.779
Häufig wird durch die Intoleranz von Familie und Freunden gegenüber dem Coming Out suizidale Gedanken ausgelöst.	1.000	.789
Menschen, die Suizid begehen, haben Motivationsprobleme.	1.000	.715
Menschen, die Selbstmord begehen, sind ohne Eltern aufgewachsen.	1.000	.751
Die meisten Menschen, die Suizid begehen, sind beeinflussbar.	1.000	.727
Menschen, die Selbstmord begehen, sind sehr jung Eltern geworden.	1.000	.847
Menschen, die Suizid begehen, werden von Ihrem Bauchgefühl geleitet.	1.000	.716
Das Auseinanderbrechen der Familie erhöht das Risiko Selbstmord zu begehen.	1.000	.558
Menschen, die Suizid begehen, haben eine starke Angst vor	1.000	.788

Zurückweisung.		
Menschen, die Suizid begehen, bauen eine Mauer um sich auf.	1.000	.758
Menschen, die Suizid begehen, sind anfälliger für Stress.	1.000	.742
Transsexualität ist ein Faktor, der die Wahrscheinlichkeit erhöht, Suizid zu begehen.	1.000	.801
Die meisten Menschen, die Suizid begehen, gönnen sich kaum eine Auszeit.	1.000	.723
Selbst adoptiert worden zu sein, erhöht die Wahrscheinlichkeit Suizid zu begehen.	1.000	.658
Menschen, die Suizid begehen, sind innerlich aufgewühlter als andere.	1.000	.753
Menschen, die Suizid begehen, sind schüchtern.	1.000	.712
Menschen, die Suizid begehen, haben Identifikationsprobleme.	1.000	.732
Frauen, die Suizid begehen, sind allein erziehende Mütter.	1.000	.798
Menschen, die Suizid begehen, können mit ihrer sexuellen Identität nicht umgehen.	1.000	.809
Menschen, die Suizid begehen, haben ihre Lebenszeile nicht erfüllt.	1.000	.701
Menschen, die Suizid begehen, sind ängstlich.	1.000	.750
Menschen, die Suizid begehen, fühlen sich hilflos.	1.000	.617
Menschen, die an Burnout erkranken, haben eine erhöhte Selbstmordneigung	1.000	.710
Die meisten Menschen, die Suizid begehen, sind unzufrieden mit sich selbst.	1.000	.722
Menschen, die Suizid begehen, haben häufig hohe Schulden.	1.000	.712

Die meisten Menschen, die Suizid begehen, leiden unter Versagensängsten-	1.000	.823
Menschen, die Suizid begehen, leiden unter einer Borderline-Persönlichkeitsstörung.	1.000	.749
Menschen, die Suizid begehen, fühlen sich im Umgang mit anderen unsicherer.	1.000	.808
Menschen, die Suizid begehen, haben ihre Wünsche nicht erfüllt.	1.000	.784
Menschen, die Suizid begehen, sind unzufrieden mit ihrem Leben.	1.000	.746
Menschen, die sich umbringen wollen, fühlen sich zurückgewiesen.	1.000	.789

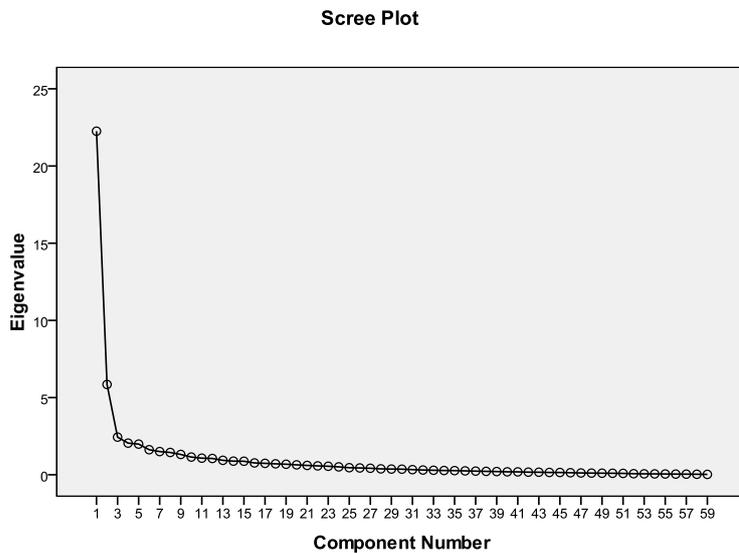
Extraktionsmethode: Principal Component Analysis

gesamte Varianzerklärung der ersten 12 Faktoren

Com pone nt	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	of Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	22.254	37.718	37.718	22.254	37.718	37.718	11.652	19.750	19.750
2	5.849	9.914	47.632	5.849	9.914	47.632	5.993	10.158	29.908
3	2.438	4.131	51.763	2.438	4.131	51.763	4.731	8.019	37.927
4	2.048	3.472	55.235	2.048	3.472	55.235	3.417	5.792	43.720
5	1.985	3.365	58.600	1.985	3.365	58.600	3.082	5.224	48.943

	5								
6	1.62 2	2.749	61.349	1.622	2.749	61.349	2.561	4.340	53.284
7	1.50 2	2.545	63.894	1.502	2.545	63.894	2.330	3.949	57.233
8	1.44 3	2.447	66.340	1.443	2.447	66.340	2.289	3.880	61.113
9	1.31 5	2.229	68.570	1.315	2.229	68.570	2.117	3.588	64.701
10	1.14 6	1.942	70.511	1.146	1.942	70.511	2.101	3.561	68.262
11	1.07 4	1.820	72.332	1.074	1.820	72.332	1.969	3.338	71.600
12	1.05 4	1.787	74.119	1.054	1.787	74.119	1.486	2.519	74.119

Screeplot



rotierte Komponentenmatrix

	Component												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Menschen, die Suizid begehen, bauen eine Mauer um sich auf.	.799												
Menschen, die Suizid begehen, kommen mit negativen Konfrontationen & Problemen häufig schlechter zu Recht als andere.	.767												
Die meisten Menschen, die Suizid begehen, sind unzufrieden mit sich selbst.	.764												
Menschen, die Suizid begehen, sind innerlich aufgewühlter als andere.	.743												
Menschen, die sich umbringen wollen, fühlen sich zurückgewiesen.	.709												
Menschen, die Suizid begehen, fühlen sich hilflos.	.705												
Menschen, die Suizid begehen, haben ihr inneres Gleichgewicht verloren.	.701												.474
Menschen, die an Burnout erkranken, haben eine erhöhte Selbstmordneigung.	.700												
Menschen, die Suizid begehen, sind anfälliger für Stress.	.687												
Die meisten Menschen, die Suizid begehen, leiden unter Versagensängsten-	.683												
Menschen, die Suizid begehen, sind unzufrieden mit ihrem Leben.	.660												
Das Auseinanderbrechen der Familie erhöht das Risiko Selbstmord zu begehen.	.611												
Menschen, die Suizid begehen, fühlen sich im Umgang mit anderen unsicherer.	.608												
Menschen, die Suizid begehen, haben eine starke Angst vor	.607												

Zurückweisung.		
Menschen, die bereits einen Suizidversuch unternommen haben, nehmen häufiger Medikamente.	.600	
Menschen, die Suizid begehen, haben Identifikationsprobleme.	.599	
Die meisten Menschen, die Suizid begehen, gönnen sich kaum eine Auszeit.	.594	.410
Menschen, die Suizid begehen, haben ihre Wünsche nicht erfüllt.	.572	.479
Menschen, die Suizid begehen, sind ängstlich.	.571	
Menschen, die Suizid begehen, kommen mit positiven Veränderungen schlechter zu Recht als andere.	.542	
Menschen, die Suizid begehen, haben Motivationsprobleme.	.424	
Menschen, die Suizid begehen, sind schüchtern.	.422	.406
Menschen, die Selbstmord begehen, sind sehr jung Eltern geworden.	.789	
Frauen, die Suizid begehen, sind allein erziehende Mütter.	.760	
Menschen, die sich durch ihr äußerliches Erscheinungsbild von der Masse abheben, begehen häufiger Suizid.	.704	
Menschen, die einer anderen Religion als der Norm angehören, begehen häufiger Suizid.	.665	
Menschen, die Selbstmord begehen, sind ohne Eltern aufgewachsen.	.658	
Durch den Rückgang der natürlichen Ressourcen wird die Wahrscheinlichkeit Selbstmord zu begehen erhöht	.568	.445
Selbst adoptiert worden zu sein, erhöht die Wahrscheinlichkeit	.535	.418

Suizid zu begehen.

Menschen, die Suizid begehen, werden von Ihrem Bauchgefühl geleitet.	.487		-.422
Menschen, die Suizid begehen, besitzen weniger Freunde.	.417		
Durch die bestehende Intoleranz innerhalb der Gesellschaft, begehen Transsexuelle eher Suizid.	.801		
Transsexualität ist ein Faktor, der die Wahrscheinlichkeit erhöht, Suizid zu begehen.	.797		
Durch die bestehende Intoleranz innerhalb der Gesellschaft, begehen bi- und homosexuelle Menschen häufige Suizide.	.789		
Menschen, die Suizid begehen, können mit ihrer sexuellen Identität nicht umgehen.	.586		
Häufig wird durch die Intoleranz von Familien und Freunden gegenüber dem Coming Out Suizid ausgelöst.	.553	.462	
Menschen, die Selbstmordneigung aufweisen, konsumieren häufiger Drogen.	.789		
Menschen, die einen Selbstmordversuch unternommen haben, konsumieren häufiger Drogen.	.764		
Menschen, die eine Selbstmordneigung aufweisen, konsumieren häufiger Alkohol.	.669		
Die meisten Menschen, die Suizid begehen, sind manisch.	.766		
Die meisten Menschen, die Suizid begehen, sind manisch depressiv.	.719		
Menschen, die Suizid begehen, leiden unter einer Borderline-Persönlichkeitsstörung.	.421	.550	.414
Menschen, die Suizid begehen, haben Probleme mit Ihrer sexuellen Identität.	.458		

Die meisten Menschen, die Suizid begehen, sind beeinflussbar.		.677		
Menschen, die Suizid begehen, haben ihre Lebenszeile nicht erfüllt.	.441	.589		
Menschen, die Suizid begehen, haben ihren Partner verlassen.				
Menschen, die sich anderen politischen Kreisen bewegen als die Masse, begehen häufiger Suizid.	.478	.559		
Häufig wird durch die Intoleranz von Familie und Freunden gegenüber dem Coming Out suizidale Gedanken ausgelöst.	.494	.532		
Durch einen wirtschaftlichen Zusammenbruch wird das Risiko Suizid zu begehen, erhöht.			.759	
Menschen mit geringem Einkommen, begehen häufiger Suizid.	.400	.408		
Menschen, die Suizid begehen, haben häufig hohe Schulden.			.407	
Menschen, die Suizid begehen, sind in der Regel impulsiver.			.684	
Die Wahrscheinlichkeit Selbstmord zu begehen, wird durch die Geburt eines behinderten Kindes erhöht.			.587	
Durch das steigende Rentenalter und der damit verbundenen längeren Arbeitszeit, erhöht sich das Risiko Suizid zu begehen.		.407	.469	.433
Menschen, die Suizid begehen, setzen sich im Beruf zu hohe Ziele.			.575	
Menschen, die Suizid begehen, sind von Armut betroffen.			.558	
Menschen, die Suizid begehen, haben Ihren Glauben an sich selbst verloren	.434			.700
Menschen, die Suizid begehen, haben die Hoffnung auf Besserung verloren.	.428			.641

Extraktionsmethode: Principal Component Analysis

Rotations Methode: Varimax mit Kaiser Normalisierung

^a= Rotation konvergiert bei 19 Iterationen

Komponenten-Transformations-Matrix

Compo nent	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	.630	.383	.331	.269	.253	.249	.221	.156	.181	.180	.060	.081
2	-.662	.536	.326	.022	.182	-.043	.100	.139	.094	.063	-.283	.104
3	-.077	-.476	.747	.084	-.097	-.149	-.31	.257	- .176	-.030	.215	.162
4	-.197	.030	-.168	.822	-.223	-.094	-.208	.085	.216	.094	.265	-.147
5	.052	.254	-.132	-.355	-.496	.037	-.139	.677	.102	.088	.210	.048
6	-.049	.167	-.161	-.099	.398	-.290	-.205	- .074	- .294	.379	.541	.347
7	-.164	-.318	-.088	-.175	.417	-.050	.321	.266	.437	.220	.218	-.444
8	.126	.193	.059	-.071	.185	-.434	-.149	- .001	.328	-.734	.215	.012
9	-.141	.155	.164	-.154	-.406	.133	.420	- .504	.202	.017	.500	.027
10	-.062	.209	-.020	.093	.086	.159	.233	.168	- .650	-.310	.254	-.495
11	-.216	-.144	-.081	.005	.243	.751	-.234	.074	.124	-.291	.224	.304
12	.038	.144	.330	-.203	.015	.147	-.652	- .247	.079	.184	.058	-.526

Extraktionsmethode: Principal Component Analysis

Rotationsmethode: Varimax mit Kaiser Normalisierung

H.9: Darstellung der Reliabilitätsstatistiken für die modifizierten Lester-Bean-Skalen

Subskala	Cronbach´s Alpha	N of Items
Krankheit	.867	9
Stress	.789	7
Angst	.883	8
Eigene/fremde Schuldzuweisung	.814	7
Existenzbedrohung	.800	5
Intoleranz	.903	10
Gefährdendes Umfeld	.814	6
Persönlichkeitsfaktoren	.802	7
Gesamtskala	,970	59

H.10: Ergebnisdarstellung der durchgeführten konfirmatorischen Faktorenanalyse für die MLBS nach eigenen theoretischen Annahmen

CMIN

Model	NPAR	CMIN	DF	P	CMIN/DF
Default model	24	-32945085556581,600	20	1,000	-1647254277829,080
Saturated model	44	,000	0		
Independence model	8	846991307791862,000	36	,000	23527536327551,700

Baseline Comparisons

Model	NFI Delta1	RFI rho1	IFI Delta2	TLI rho2	CFI
Default model	1,039	1,070	1,039	1,070	1,000
Saturated model	1,000		1,000		1,000
Independence model	,000	,000	,000	,000	,000

Parsimony-Adjusted Measures

Model	PRATIO	PNFI	PCFI
Default model	,556	,577	,556
Saturated model	,000	,000	,000
Independence model	1,000	,000	,000

NCP

Model	NCP	LO 90	HI 90
Default model	,000	,000	,000
Saturated model	,000	,000	,000
Independence model	846991307791826,000	846991191745924,000	846991399452160,000

FMIN

Model	FMIN	F0	LO 90	HI 90
Default model	208513199725,200	,000	,000	,000
Saturated model	,000	,000	,000	,000
Independence model	5360704479695,330	5360704479695,100	5360703745227,370	5360705059823,800

RMSEA

Model	RMSEA	LO 90	HI 90	PCLOSE
Default model	,000	,000	,000	1,000
Independence model	385886,587	385886,560	385886,608	,000

AIC

Model	AIC	BCC	BIC	CAIC
Default model	-32945085556533,600	-32945085556530,700		
Saturated model	88,000	93,315		
Independence model	846991307791878,000	846991307791879,000		

ECVI

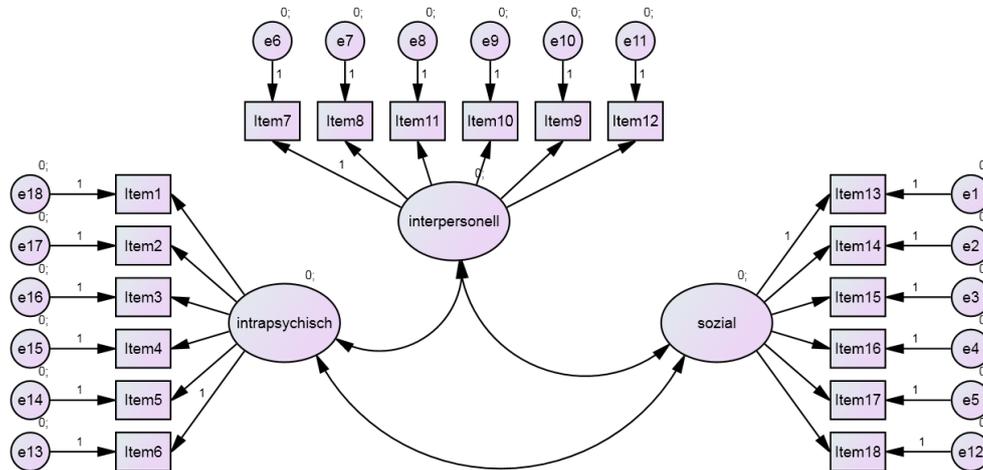
Model	ECVI	LO 90	HI 90	MECVI
Default model	-	,430	,430	-
Saturated model	,557	,557	,557	,591
Independence model	5360704479695,430	5360703745227,690	5360705059824,130	5360704479695,430

HOELTER

Model	HOELTER .05	HOELTER .01
Default model	1	1
Independence model	1	1

H.11: Graphische Ergebnisdarstellung der Model-Fit Werte für die Lester-Bean-Skalen (1992)

Modell



CMIN

Model	NPAR	CMIN	DF	P	CMIN/DF
Default model	57	-242997103303931,000	132	1,000	-1840887146241,900
saturiertes Model	189	,000	0		
Independence model	18	89878447768895,800	171	,000	525604957712,841

Parsimony-Adjusted Measures

Model	PRATIO	PNFI	PCFI
Default model	,772	2,859	,772
Saturated model	,000	,000	,000
Independence model	1,000	,000	,000

RMSEA

Model	RMSEA	LO 90	HI 90	PCLOSE
Default model	,000	,000	,000	1,000
Independence model	57676,803	57676,793	57676,814	,000

Appendix I: Ergebnisse der Hypothesenprüfung

I.1: Ergebnisdarstellung der ersten Hypothesenprüfung

Korrelationsmatrix der Subskalen der modifizierten Lester-Bean-Skala (Haupttestung)

		Krankheit	Stress	Angst	Schulzuweisung	Existenzbedrohung	Intoleranz	gefährden des Umfeld	Persönlichkeitsfaktoren
Krankheit	r	1	,730**	,681**	,720**	,595**	,707**	,779**	,757**
	Sig. (2-tailed)		,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	102	102	102	102	102	102	102	102
Stress	r	,730**	1	,710**	,776**	,659**	,723**	,825**	,773**
	Sig. (2-tailed)	,000		,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	102	102	102	102	102	102	102	102
Angst	r	,681**	,710**	1	,843**	,462**	,417**	,737**	,856**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000		,000	,000	,000	,000	,000
	N	102	102	102	102	102	102	102	102
Schulzuweisung	r	,720**	,776**	,843**	1	,579**	,597**	,779**	,835**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000		,000	,000	,000	,000
	N	102	102	102	102	102	102	102	102
Existenzbedrohung	r	,595**	,659**	,462**	,579**	1	,700**	,644**	,488**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000		,000	,000	,000
	N	102	102	102	102	102	102	102	102

	N	102	102	102	102	102	102	102	102
Intoleranz	r	,707**	,723**	,417**	,597**	,700**	1	,698**	,592**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000		,000	,000
	N	102	102	102	102	102	102	102	102
gefährdendes Umfeld	r	,779**	,825**	,737**	,779**	,644**	,698**	1	,811**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000	,000		,000
	N	102	102	102	102	102	102	102	102
Persönlichkeitsfaktoren	r	,757**	,773**	,856**	,835**	,488**	,592**	,811**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	
	N	102	102	102	102	102	102	102	102

1.2: Multiple Mittelwertsvergleiche für die zweite Hypothesentestung

Ergebnisse der ANOVA

				Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Subskala Krankheit	Between Groups	(Combined)		8,698	3	2,899	3,249	,025
		Linear Term	Unweighted	6,686	1	6,686	7,494	,007
			Weighted	3,029	1	3,029	3,394	,068
			Deviation	5,669	2	2,835	3,177	,046
	Within Groups			87,442	98	,892		
	Total			96,140	101			
Subskala Stress	Between Groups	(Combined)		2,478	3	,826	1,109	,349
		Linear Term	Unweighted	1,904	1	1,904	2,557	,113
			Weighted	,301	1	,301	,404	,526
			Deviation	2,177	2	1,089	1,462	,237
	Within Groups			72,983	98	,745		
	Total			75,461	101			

Subskala Angst	Between Groups	(Combined)	12,311	3	4,104	3,437	,020
	Linear Term	Unweighted	10,664	1	10,664	8,930	,004
		Weighted	5,148	1	5,148	4,311	,040
		Deviation	7,162	2	3,581	2,999	,054
	Within Groups		117,021	98	1,194		
	Total		129,332	101			
eigene_fremde Schulzuweisung	Between Groups	(Combined)	3,854	3	1,285	1,235	,301
	Linear Term	Unweighted	2,433	1	2,433	2,339	,129
		Weighted	,324	1	,324	,311	,578
		Deviation	3,531	2	1,765	1,697	,189
	Within Groups		101,938	98	1,040		
	Total		105,793	101			
Subskala Existenzbedrohung	Between Groups	(Combined)	2,958	3	,986	1,050	,374
	Linear Term	Unweighted	,074	1	,074	,079	,779
		Weighted	,076	1	,076	,081	,777
		Deviation	2,883	2	1,441	1,534	,221
	Within Groups		92,057	98	,939		
	Total		95,015	101			
Subskala Intoleranz	Between Groups	(Combined)	2,142	3	,714	,852	,469
	Linear Term	Unweighted	,496	1	,496	,592	,444
		Weighted	,054	1	,054	,064	,800
		Deviation	2,088	2	1,044	1,246	,292
	Within Groups		82,094	98	,838		
	Total		84,236	101			
gefährdendes Umfeld	Between Groups	(Combined)	4,655	3	1,552	1,608	,192
	Linear Term	Unweighted	4,096	1	4,096	4,244	,042
		Weighted	1,135	1	1,135	1,176	,281
		Deviation	3,520	2	1,760	1,824	,167
	Within Groups		94,563	98	,965		
	Total		99,218	101			
Persönlichkeitsfaktoren	Between Groups	(Combined)	7,013	3	2,338	2,266	,086
	Linear Term	Unweighted	6,180	1	6,180	5,992	,016
		Weighted	1,534	1	1,534	1,487	,226
		Deviation	5,478	2	2,739	2,656	,075
	Within Groups		101,076	98	1,031		
	Total		108,088	101			

Post hoc Vergleiche

Dependent Variable	(I) Haben Sie schon einmal...	(J) Haben Sie schon einmal...	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
Subskala Krankheit	daran gedacht, sich umzubringen	einen Suizidversuch unternommen	1,43853	,68200	,224	-,5015	3,3786
		beides	,03483	,28012	,999	-,7620	,8317
		keines von beiden	-,39188	,20607	,312	-,9781	,1943
	einen Suizidversuch unternommen	daran gedacht, sich umzubringen	-1,43853	,68200	,224	-3,3786	,5015
		beides	-1,40370	,71107	,279	-3,4265	,6191
		keines von beiden	-1,83041	,68528	,074	-3,7798	,1190
	beides	daran gedacht, sich umzubringen	-,03483	,28012	,999	-,8317	,7620
		einen Suizidversuch unternommen	1,40370	,71107	,279	-,6191	3,4265
		keines von beiden	-,42671	,28804	,536	-1,2461	,3927
	keines von beiden	daran gedacht, sich umzubringen	,39188	,20607	,312	-,1943	,9781
		einen Suizidversuch unternommen	1,83041	,68528	,074	-,1190	3,7798
		beides	,42671	,28804	,536	-,3927	1,2461
Subskala Stress	daran gedacht, sich umzubringen	einen Suizidversuch unternommen	1,01824	,62306	,449	-,7542	2,7907
		beides	-,02938	,25592	1,000	-,7574	,6986

	keines von beiden		-1,10958	,18826	,952	-1,6451	,4260
einen Suizidversuch unternommen	daran gedacht, sich umzubringen		-1,01824	,62306	,449	-2,7907	,7542
	beides		-1,04762	,64962	,461	-2,8956	,8004
	keines von beiden		-1,12782	,62607	,361	-2,9088	,6531
beides	daran gedacht, sich umzubringen		,02938	,25592	1,000	-1,6986	,7574
	einen Suizidversuch unternommen		1,04762	,64962	,461	-1,8004	2,8956
	keines von beiden		-,08020	,26315	,993	-1,8288	,6684
keines von beiden	daran gedacht, sich umzubringen		,10958	,18826	,952	-1,4260	,6451
	einen Suizidversuch unternommen		1,12782	,62607	,361	-1,6531	2,9088
	beides		,08020	,26315	,993	-1,6684	,8288
Subskala Angst	daran gedacht, sich umzubringen	einen Suizidversuch unternommen	1,68351	,78896	,215	-1,5608	3,9279
		beides	-,09149	,32406	,994	-1,0133	,8304
		keines von beiden	-,49412	,23839	,238	-1,1723	,1840
einen Suizidversuch unternommen	daran gedacht, sich umzubringen		-1,68351	,78896	,215	-3,9279	,5608
	beides		-1,77500	,82259	,206	-4,1150	,5650
	keines von beiden		-2,17763	,79276	,063	-4,4328	,0775
beides	daran gedacht, sich		,09149	,32406	,994	-1,8304	1,0133

		umzubringen					
		einen Suizidversuch unternommen	1,77500	,82259	,206	-,5650	4,1150
		keines von beiden	-,40263	,33321	,692	-1,3505	,5453
	keines von beiden	daran gedacht, sich umzubringen	,49412	,23839	,238	-,1840	1,1723
		einen Suizidversuch unternommen	2,17763	,79276	,063	-,0775	4,4328
		beides	,40263	,33321	,692	-,5453	1,3505
eigene_fremde Schuldzuweisung	daran gedacht, sich umzubringen	einen Suizidversuch unternommen	1,25684	,73636	,410	-,8379	3,3516
		beides	,08065	,30245	,995	-,7797	,9410
		keines von beiden	-,12662	,22250	,955	-,7596	,5063
	einen Suizidversuch unternommen	daran gedacht, sich umzubringen	-1,25684	,73636	,410	-3,3516	,8379
		beides	-1,17619	,76775	,507	-3,3602	1,0078
		keines von beiden	-1,38346	,73991	,327	-3,4883	,7214
	beides	daran gedacht, sich umzubringen	-,08065	,30245	,995	-,9410	,7797
		einen Suizidversuch unternommen	1,17619	,76775	,507	-1,0078	3,3602
		keines von beiden	-,20727	,31100	,931	-1,0920	,6774
	keines von beiden	daran gedacht, sich umzubringen	,12662	,22250	,955	-,5063	,7596
		einen Suizidversuch unternommen	1,38346	,73991	,327	-,7214	3,4883

		beides	,20727	,31100	,931	-,6774	1,0920
Subskala Existenzbed rohung	daran gedacht, sich umzubringen	einen Suizidversuch unternommen	,73191	,69976	,779	-1,2587	2,7225
		beides	,41191	,28742	,564	-,4057	1,2295
		keines von beiden	,01613	,21144	1,00 0	-,5854	,6176
	einen Suizidversuch unternommen	daran gedacht, sich umzubringen	-,73191	,69976	,779	-2,7225	1,2587
		beides	-,32000	,72959	,979	-2,3955	1,7555
		keines von beiden	-,71579	,70313	,793	-2,7160	1,2844
	beides	daran gedacht, sich umzubringen	-,41191	,28742	,564	-1,2295	,4057
		einen Suizidversuch unternommen	,32000	,72959	,979	-1,7555	2,3955
		keines von beiden	-,39579	,29554	,618	-1,2365	,4449
keines von beiden	daran gedacht, sich umzubringen	-,01613	,21144	1,00 0	-,6176	,5854	
	einen Suizidversuch unternommen	,71579	,70313	,793	-1,2844	2,7160	
	beides	,39579	,29554	,618	-,4449	1,2365	
Subskala Intoleranz	daran gedacht, sich umzubringen	einen Suizidversuch unternommen	1,00532	,66081	,513	-,8745	2,8851
		beides	,16865	,27142	,943	-,6035	,9408
		keines von beiden	,04479	,19967	,997	-,5232	,6128
	einen Suizidversuch unternommen	daran gedacht, sich umzubringen	-1,00532	,66081	,513	-2,8851	,8745
		beides	-,83667	,68898	,689	-2,7966	1,1233

		keines von beiden	-,96053	,66400	,556	-2,8494	,9283
	beides	daran gedacht, sich umzubringen	-,16865	,27142	,943	-,9408	,6035
		einen Suizidversuch unternommen	,83667	,68898	,689	-1,1233	2,7966
		keines von beiden	-,12386	,27909	,978	-,9178	,6701
	keines von beiden	daran gedacht, sich umzubringen	-,04479	,19967	,997	-,6128	,5232
		einen Suizidversuch unternommen	,96053	,66400	,556	-,9283	2,8494
		beides	,12386	,27909	,978	-,6701	,9178
gefährdendes Umfeld	daran gedacht, sich umzubringen	einen Suizidversuch unternommen	1,26950	,70922	,366	-,7480	3,2870
		beides	-,09716	,29131	,990	-,9258	,7315
		keines von beiden	-,21734	,21430	,794	-,8269	,3923
	einen Suizidversuch unternommen	daran gedacht, sich umzubringen	-1,26950	,70922	,366	-3,2870	,7480
		beides	-1,36667	,73945	,337	-3,4702	,7369
		keines von beiden	-1,48684	,71264	,233	-3,5141	,5404
	beides	daran gedacht, sich umzubringen	,09716	,29131	,990	-,7315	,9258
		einen Suizidversuch unternommen	1,36667	,73945	,337	-,7369	3,4702
		keines von beiden	-,12018	,29954	,984	-,9723	,7319
	keines von beiden	daran gedacht, sich umzubringen	,21734	,21430	,794	-,3923	,8269

		einen Suizidversuch unternommen	1,48684	,71264	,233	-,5404	3,5141
		beides	,12018	,29954	,984	-,7319	,9723
Persönlichkeitsfaktoren	daran gedacht, sich umzubringen	einen Suizidversuch unternommen	1,59271	,73324	,201	-,4931	3,6785
		beides	-,15015	,30117	,969	-1,0069	,7066
		keines von beiden	-,24564	,22155	,746	-,8759	,3846
	einen Suizidversuch unternommen	daran gedacht, sich umzubringen	-1,59271	,73324	,201	-3,6785	,4931
		beides	-1,74286	,76449	,165	-3,9176	,4319
		keines von beiden	-1,83835	,73677	,108	-3,9342	,2575
	beides	daran gedacht, sich umzubringen	,15015	,30117	,969	-,7066	1,0069
		einen Suizidversuch unternommen	1,74286	,76449	,165	-,4319	3,9176
		keines von beiden	-,09549	,30968	,992	-,9764	,7854
	keines von beiden	daran gedacht, sich umzubringen	,24564	,22155	,746	-,3846	,8759
		einen Suizidversuch unternommen	1,83835	,73677	,108	-,2575	3,9342
		beides	,09549	,30968	,992	-,7854	,9764

1.3: Ergebnisdarstellung der dritten Hypothesenprüfung mittels multipler Mittelwertsvergleiche

Ergebnisse der ANOVA

			Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Subskala Krankheit	Between Groups	(Combined)	7,364	5	1,473	1,593	,169
	Linear Term	Unweighted	3,086	1	3,086	3,338	,071
		Weighted	,643	1	,643	,696	,406
		Deviation	6,720	4	1,680	1,817	,132
	Within Groups		88,776	96	,925		
	Total		96,140	101			
Subskala Stress	Between Groups	(Combined)	7,256	5	1,451	2,043	,079
	Linear Term	Unweighted	4,515	1	4,515	6,354	,013
		Weighted	2,014	1	2,014	2,835	,095
		Deviation	5,242	4	1,310	1,845	,127
	Within Groups		68,205	96	,710		
	Total		75,461	101			
Subskala Angst	Between Groups	(Combined)	13,730	5	2,746	2,280	,053
	Linear Term	Unweighted	,574	1	,574	,477	,492
		Weighted	,143	1	,143	,119	,731
		Deviation	13,587	4	3,397	2,821	,029
	Within Groups		115,602	96	1,204		
	Total		129,332	101			
eigene_fremde Schuldzuweisung	Between Groups	(Combined)	4,656	5	,931	,884	,495
	Linear Term	Unweighted	1,135	1	1,135	1,077	,302
		Weighted	,052	1	,052	,049	,825
		Deviation	4,604	4	1,151	1,093	,365
	Within Groups		101,137	96	1,054		
	Total		105,793	101			
Subskala Existenzbedrohung	Between Groups	(Combined)	2,796	5	,559	,582	,714
	Linear Term	Unweighted	2,151	1	2,151	2,239	,138
		Weighted	1,602	1	1,602	1,667	,200
		Deviation	1,194	4	,299	,311	,870
	Within Groups		92,219	96	,961		
	Total		95,015	101			

Subskala Intoleranz	Between Groups	(Combined)	6,959	5	1,392	1,729	,135
	Linear Term	Unweighted	4,012	1	4,012	4,984	,028
		Weighted	1,813	1	1,813	2,253	,137
		Deviation	5,146	4	1,286	1,598	,181
	Within Groups		77,277	96	,805		
	Total		84,236	101			
gefährdendes Umfeld	Between Groups	(Combined)	3,150	5	,630	,630	,678
	Linear Term	Unweighted	1,916	1	1,916	1,914	,170
		Weighted	,697	1	,697	,696	,406
		Deviation	2,454	4	,613	,613	,654
	Within Groups		96,068	96	1,001		
	Total		99,218	101			
Persönlichkeitsfaktoren	Between Groups	(Combined)	5,654	5	1,131	1,060	,388
	Linear Term	Unweighted	1,997	1	1,997	1,872	,174
		Weighted	,476	1	,476	,446	,506
		Deviation	5,178	4	1,295	1,213	,310
	Within Groups		102,434	96	1,067		
	Total		108,088	101			

1.4: Berechnungen zur Überprüfung der sechsten Hypothese

Korrelationsmatrix

		Krankheit	Stress	Angst	Schuldzuweisung	Existenzbedrohung	Intoleranz	gefährdendes Umfeld	Persönlichkeitsfaktoren	perceived burdensomeness	thwarted belongingness
Krankheit	r	1,000	,533**	,499**	,541**	,420**	,513**	,593**	,546**	,242**	,032
	Sig. (2-tailed)	.	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,001	,656
	N	102	102	102	102	102	102	102	102	102	102
Stress	r	,533**	1,000	,536**	,613**	,454**	,529**	,636**	,584**	,290**	,023
	Sig. (2-tailed)	,000	.	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,744
	N	102	102	102	102	102	102	102	102	102	102
Angst	r	,499**	,536**	1,000	,624**	,333**	,295**	,547**	,624**	,304**	,053
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	.	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,450
	N	102	102	102	102	102	102	102	102	102	102
Schuld	r	,541**	,613**	,624**	1,000	,430**	,466**	,602**	,654**	,305**	,075

zuweisung	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	.	,000	,000	,000	,000	,000	,291
	N	102	102	102	102	102	102	102	102	102	102
Existenzbedrohung	r	,420**	,454**	,333**	,430**	1,000	,489**	,484**	,357**	,229**	,129
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	.	,000	,000	,000	,002	,072
	N	102	102	102	102	102	102	102	102	102	102
	r	,513**	,529**	,295**	,466**	,489**	1,000	,529**	,477**	,289**	,018
Intoleranz	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000	.	,000	,000	,000	,798
	N	102	102	102	102	102	102	102	102	102	102
gefährdendes Umfeld	r	,593**	,636**	,547**	,602**	,484**	,529**	1,000	,640**	,270**	,084
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	.	,000	,000	,238
	N	102	102	102	102	102	102	102	102	102	102
	r	,546**	,584**	,624**	,654**	,357**	,477**	,640**	1,000	,317**	,033
Persönlichkeitsfaktoren	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	.	,000	,645
	N	102	102	102	102	102	102	102	102	102	102
perceived burdensomeness	r	,242**	,290**	,304**	,305**	,229**	,289**	,270**	,317**	1,000	,163*
	Sig. (2-tailed)	,001	,000	,000	,000	,002	,000	,000	,000	.	,027
	N	102	102	102	102	102	102	102	102	102	102
	r	,032	,023	,053	,075	,129	,018	,084	,033	,163*	1,000
thwarted belongingness	Sig. (2-tailed)	,656	,744	,450	,291	,072	,798	,238	,645	,027	.
	N	102	102	102	102	102	102	102	102	102	102

* Korrelation wird auf einem Niveau von 0.05 signifikant (zweiseitig)

** Korrelation wird auf einem Niveau von 0.01 signifikant (zweiseitig)

LITERATURVERZEICHNIS

Aldenhoff, J. (1997). Überlegungen zur Psychobiologie der Depression. *Nervenarzt*, 5, 379-389.

Backhaus, K., Erichson, B., Plinke, W., & Weiber, R., (2011). *Multivariate Analysemethoden: Eine anwendungsorientierte Einführung*. Heidelberg: Springer.

Bronisch, T. (2003). Buchbesprechungen- The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 32, 151-154.

Bruner, J.S. (1954). *Perception of people: Handbook of social psychology*. Cambridge, MA: Addison Wesley.

Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1992). *Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five Factor Inventory (NEO-FFI): Professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

De Leo, D., Burgis, S., Bertolote, J. M., Kerehof, A. J. F. M., & Bille-Brahe, U. (2006). Definitions of suicidal behavior: Lessons learned from the WHO/EURO Multicentre Study. *Crisis*, 27, 4-15.

Domino, G., Gibson, L., Poling, S. & Westlake, L. (1980). Students' attitudes towards suicide. *Social Psychiatry*, 15, 127-130.

Durkheim, E. (1983). *Der Selbstmord*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.

Ellgring, J.H. (1994). Mensch-Umwelt-Beziehungen: Soziale Interaktion und Soziale Kognition. In E. Pöppel (Hrsg.), *Medizinische Psychologie und Soziologie* (S. 219-243). Weinheim: Chapman & Hall.

Faust, V. (2010). *Suizidalität aus wissenschaftlicher Sicht*. Verfügbar unter [http://www.psychosoziale-gesundheit.net/pdf/Int.1-Suizidalitaet\(0\).pdf](http://www.psychosoziale-gesundheit.net/pdf/Int.1-Suizidalitaet(0).pdf) [16.07.11]

Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS*. London: Sage.

Freud, S. (1917). *Trauer und Melancholie*. Berlin: Volk und Wissen.

- Furnham, A., & Henley, S. (1988). Lay beliefs about overcoming psychological problems. *Journal of Social and Clinical Psychology, 6*, 423-438.
- Harvey, O.J., Kelley, H. H., & Shapiro, M. M. (1957). Reactions to unfavorable evaluations of the self made by other persons. *Journal of Personality, 25*, 393-411.
- Herkner, W. (2004). *Lehrbuch Sozialpsychologie* (2. Aufl.). Bern: Huber.
- Greenwald, A. G., Banaji, M. R., & Mahzarin, R. (1995). Implicit social cognition: Attitudes, self-esteem, and stereotypes. *Psychological Review, 102*, 4-27.
- Kalish, R. A. (1966). Social distance and dying. *Community Mental Health Journal, 2*, 152-155.
- Knight, M. T. D., Furnham, A. F., & Lester, D. (2000). Lay theories of suicide. *Personality and Individual Differences, 29*, 453-457.
- Lester, D. (1988). A regional analysis of suicide and homicide rates in the USA: Search for board cultural patterns. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 23*, 202-205.
- Lester, D. (1994). A comparison of 15 theories of suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 24*, 80-88.
- Lester, D., & Bean, J. (1992). Attribution of causes to suicide. *Journal of Social Psychology, 132*, 679-680.
- Levenson, H. (1972). Distinctions within the concept of internal-external control: Development of a new scale. *Proceedings of the 80th Annual Convention of the American Psychological Association, 7*, 261-262.
- Loibl, L. M., & Voracek, M. (2007). Psychometric properties and correlates of the Lester-Bean Attribution of causes to suicide scale (German form). *Psychological Reports, 101*, 47-52.
- Loibl, L. M., Tran, U. S., Hirner, A., & Voracek, M. (2008). Lay theories of suicide: Test-retest reliability and further validation of Lester and Bean's Attribution of Causes to Suicide Scale. *Psychiatria Danubina, 20*, 26-30.

- Luhmann, N. (1987). *Soziale Systeme: Grundriß einer allgemeinen Theorie*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Renberg, E. S., & Jacobsson, L. (2003). Development of a Questionnaire on Attitudes Towards Suicide (ATTS) and its application in a Swedish population. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 33, 52-64.
- Renberg, E. S. (2003). *Questionnaire on Attitudes Towards Suicide (ATTS)*. Unpublished manuscript, University of Umea.
- Reynolds, W. M. (1987). *Suicide ideation questionnaire: Professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Ringel, E. (1953). *Der Selbstmord – Abschluß einer krankhaften psychischen Entwicklung: Eine Untersuchung an 745 geretteten Selbstmördern*. Magdeburg: Klotz.
- Ringel, E. (1969). *Selbstmordverhütung*. Wien: Herder.
- Ross, L., & Kaplan, K. (1993/94). Life ownership orientation and attitudes toward abortion, suicide, doctor-assisted suicide, and capital punishment. *Omega: Journal of Death and Dying*, 28, 17-30.
- Schultz-Schaeffer, I. (2007). *Zugeschriebene Handlungen: Ein Beitrag zur Theorie sozialen Handelns*. Weilerswist-Metternich: Velbrück Wissenschaft.
- Sonneck, G. (1991). Sucht und Suizid. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 3, 101-105.
- Sonneck, G. (2000). *Krisenintervention und Suizidverhütung* (5. Aufl.). Stuttgart: UTB.
- Stengel, E. (1964). *Suicide and attempted suicide*. Baltimore: Penguin.
- van Orden, K. A. (2009). *Construct validity of the Interpersonal Needs Questionnaire*. Unpublished manuscript, Florida State University.
- van Orden, K., Cukrowicz, K. C., Witte, T. K., Braithwaite, S. R., Selby, E. A., & Joiner, T. E. (2010). The interpersonal theory of suicide. *Psychological Review*, 117, 575-600.

van Orden, K. A., Cukrowicz, K. C., Witte, T. K., & Joiner, T. E. (2011). Thwarted belongingness and perceived burdensomeness: Construct validity and psychometric properties of the Interpersonal Needs Questionnaire. *Psychological Assessment*. Advance online publication. doi:10.1037/a0025358.

Voracek, M., Loibl, L. M., & Lester, D. (2007). Lay theories of suicide among Austrian psychology undergraduates. *Crisis*, 28, 204-206.

Voracek, M., Loibl, L. M., Swami, V., Vintila, M., Kolves, K., Sinniah, D., Kumar Pillai, S., Ponnusamy, S., Sonneck, G., Furnham, A., & Lester, D. (2008). The Beliefs in the Inheritance of Risk Factors for Suicide Scale (BIRFSS): Cross-cultural validation in Estonia, Malaysia, Romania, the United Kingdom, and the United States. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 38, 688-698.

Walker, R. L., Lester, D., & Joe, S. (2006). Lay theories of suicide: An examination of culturally relevant suicide beliefs and attributions among African Americans and European Americans. *Journal of Black Psychology*, 32, 320-334.

Weiber, R., & Mühlhaus, D. (2010). *Strukturgleichungsmodellierung: Eine anwendungsorientierte Einführung in die Kausalanalyse mit Hilfe von AMOS, SmartPLS und SPSS*. Heidelberg: Springer.

Zdravec, T., Grad, O., & Socan, G. (2006). Expert and lay explanations of suicidal behaviour: Comparison of the general population's, suicide attempters', general practitioners' and psychiatrists' view. *International Journal of Social Psychiatry*, 52, 535-551.

ONLINERESSOURCEN

Agus. Verfügbar unter <http://www.agus-selbsthilfe.de/> [25.01.12]

Facebook. Verfügbar unter <http://www.facebook.com> [04.01.12]

GoFeminin. Verfügbar unter http://forum.gofeminin.de/forum/carriere1/_f13141_carriere1-Ursachenzuschreibungen-suizidalen-Verhaltens.html [25.01.12]

Kinder der Nacht. Verfügbar unter <http://kinder-der-nacht-home.de/wbb3/index.php?page=Thread&threadID=11821&highlight=> [25.01.12]

Med1. Verfügbar unter <http://www.med1.de/Forum/Trauer/> [25.01.12]

Psychologieforum. Verfügbar unter <http://www.psychologieforum.at/150-vpn-fuer-diplomarbeit-t14081.html> [25.01.12]

Q-set. Verfügbar unter <http://www.q-set.de> [01.01.12]

Selbsthilfe Community. Verfügbar unter <http://www.selbsthilfe-community.at/modules/newbb/viewforum.php?forum=16> [25.01.12]

Studivz. Verfügbar unter <http://www.studivz.net> [20.12.11]

World Health Organization (2011). *Activities*. Verfügbar unter <http://www.euro.who.int/en/what.wee.do/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/activities/prevention-of-mental-disorders-and-suicide> [16.07.11]

EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG

Ich versichere:

dass ich die vorliegende Diplomarbeit selbstständig verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfe bedient habe.

dass ich dieses Diplomarbeitsthema bisher nicht im In- noch im Ausland (einer Beurteilerin/ einem Beurteiler zur Begutachtung) in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe.

dass diese Arbeit mit der vom Begutachter beurteilten Arbeit übereinstimmt.

dass ich einer Weise versucht habe die Ergebnisse im Rahmen der empirischen Erhebung oder an anderer Stelle willentlich zu beeinflussen. Die statistischen Analysen wurden von meiner Seite nach besten Wissen und Gewissen durchgeführt und die zugrundeliegenden Daten in keiner Weise verändert, verkürzt oder erweitert. Die an den Originaldaten vorgenommenen Modifikationen wie beispielsweise Transformationen, Datenbereinigung etc. wurden von mir ausnahmslos und in nachvollziehbarer Weise benannt und begründet.

Datum

Unterschrift

CURRICULUM VITAE

Name:	Patricia Constance Bracht
Geburtsdatum	14.12.1985
Geburtsort	Querfurt
Staatsangehörigkeit	D
Familienstand	ledig

SCHULISCHER WERDEGANG

1991-1995	Grundschule „Phillipp-Müller“ Querfurt
1995-2005	Gymnasium Querfurt, Abschluss mit Abitur Schwerpunkt mit großem Latinum
seit 2007	Psychologie-Studium an der Universität Wien voraussichtlicher Abschluss Mai 2012
seit 2010	psychotherapeutisches Propädeutikum am HOPP voraussichtlicher Abschluss Sommersemester 2012
seit 2011	Statistik-Studium an der Wirtschaftsuniversität Wien
seit 2011	Kultur- und Sozialanthropologie Studium an der Universität Wien

BERUFSERFAHRUNG

07/2000	Walmart Querfurt- Regalbetreuung
11/2005-02/2006	Praktikum an der Martin Luther Universität; medizinische Fakultät
05/2006-09/2006	Praktikum an der Martin Luther Universität; medizinische Fakultät
12/2006-03/2007	Promotion Ringdorfer- Promotion

seit 02/2007	Tierbetreuung E. Nagelreiter- Tierbetreuerin
01/2007	Morgengold- Promotion; Erstakquisition
04/2007-08/2007	Morgengold- Promotion; Gebietsanalyse
04/2007-04/2008	ReineHundeSache- Tierbetreuerin
06/2007-08/2007	Camel Natural Flavour- Promotion
03/2008-07/2008	ToiletMedia- Promotion
12/2009-02/2010	OWS- Praktikum im gerontologischen Bereich
seit 2010	Nachhilfe in psychologischer Diagnostik/ Statistik & deren Anwendung
SS 2010	wissenschaftliche Mitarbeit an einem Lehrbuch zum Thema Entwicklungspsychologie
seit 09/2011	Mitarbeit im gastronomischen Bereich