Originalarbeit

Posttraumatische Belastungsstörung infolge eines Suizidversuchs

Eine Pilotstudie

Ronja Lüke[1], Alexander L. Gerlach[1], Anja Gysin-Maillart[2], Ute Lewitzka[3] und Tobias Teismann[4]

[1]Abteilung für Klinische Psychologie und Psychotherapie, Universität zu Köln, Deutschland
[2]Translationales Forschungszentrum, Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bern, Universität Bern, Schweiz
[3]Universitätskrankenhaus Carl Gustav Carus, Technische Universität Dresden, Deutschland
[4]Forschungs- und Behandlungszentrum für Psychische Gesundheit, Ruhr-Universität Bochum, Deutschland

Zusammenfassung: *Hintergrund:* Erste Studien legen nahe, dass ein selbstdurchgeführter Suizidversuch überraschend häufig eine PTBS-Symptomatik verursachen könnte. Die berichteten Prävalenzangaben der Studien variieren jedoch erheblich. *Methode:* In der vorliegenden Online-Studie wurden N = 50 Suizidversuchsüberlebenden zu suizidversuchsbezogenen PTBS-Symptomen und gegenwärtigen Suizidgedanken befragt. Zur Falldefinition diente eine modifizierte Version der Posttraumatischen Checkliste für DSM-5 (PCL-5) entweder auf Basis eines Cut-off Wertes oder auf Syndrom-Basis. *Ergebnisse:* In Abhängigkeit von der Falldefinition wurden 52 % (n = 26) bzw. 42 % (n = 21) der Teilnehmenden als Personen identifiziert, welche potenziell die Diagnosekriterien einer PTBS infolge eines eigenen Suizidversuchs erfüllten. Teilnehmende mit suizidversuchsbezogener PTBS-Symptomatik berichteten teilweise über mehr gegenwärtige Suizidgedanken. *Schlussfolgerung:* Die Ergebnisse legen nahe, dass Personen nach einem selbstdurchgeführten Suizidversuch eine PTBS-Symptomatik entwickeln. Aufgrund der Relevanz dieser Ergebnisse für eine wirksame Behandlung von Suizidversuchsüberlebenden sind weitere Studien an größeren deutschen Stichproben und unter Nutzung klinischer Interviews zu empfehlen.

Schlüsselwörter: Posttraumatische Belastungsstörung, Suizidversuch, Suizidgedanken, Traumatherapie

Posttraumatic Stress Disorder Resulting From a Suicide Attempt. A Pilot Study

Abstract: *Background:* First studies suggest that self-performed suicide attempts may cause PTSD symptomatology with surprising frequency. However, the reported prevalence data of the studies vary considerably. *Method:* In the present online study, we interviewed N = 50 suicide-attempt survivors regarding suicide attempt-related PTSD symptoms and current suicidal ideation. We used a modified version of the Posttraumatic Checklist for DSM-5 (PCL-5) for case definition, based either on a cut-off value or on a syndrome basis. *Results:* Depending on the case definition, we identified 52 % (n = 26) and 42 % (n = 21) of the participants as potentially meeting the diagnostic criteria for PTSD resulting from a self-performed suicide attempt. In some cases, participants displaying PTSD symptomatology related to their suicide attempt reported greater current suicidal ideation. *Conclusion:* The results suggest that individuals may develop PTSD symptomatology following a self-performed suicide attempt. Given the relevance of these findings to the effective treatment of suicide-attempt survivors, we recommend further studies using larger German samples and clinical interviews.

Keywords: PTSD, suicide attempt, suicidal ideation, trauma-focused therapy

Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) stellt einen Risikofaktor für Suizidgedanken, Suizidversuche und Suizide dar (Akbar et al., 2022). Umgekehrt finden sich jedoch auch Hinweise darauf, dass selbstdurchgeführte Suizidversuche die Entwicklung einer PTBS bedingen können. Eigene Suizidversuche – genauso wie Suizidversuche anderer Personen – qualifizieren sich insofern als traumatische Ereignisse im Sinne des DSM-5, da sie per Definition mit drohendem Tod einhergehen und vielfach auch mit ernsthaften Verletzungen (Stanley et al., 2019a). Das Besondere bei einer PTBS als Resultat eines eigenen Suizidversuchs (S-PTBS) ist, dass die betroffene Person zugleich Täter_in und Opfer ist. Entsprechend ist es denkbar, dass ein selbstdurchgeführter Suizidversuch, besondere Risiken für die Entwicklung einer PTBS in sich bergen könnte. Es lässt sich zudem mutmaßen, dass insbesondere gewaltvolle Suizidmethoden (z. B. Eisenbahnsuizid) mit einem erhöhten PTBS-Risiko assoziiert sind.

Wulsin und Goldman (1993) waren die ersten, die die Frage nach einer S-PTBS aufwarfen: Sie berichteten in ei-

© 2023 The Author(s). Distributed as a Hogrefe OpenMind article under the license CC BY-NC-ND 4.0 (https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0)

https://econtent.hogrefe.com/doi/pdf/10.1026/1616-3443/a000718 - Friday, November 07, 2025 6:46:48 AM - IP Address:194.209.10.198

https://econtent.hogrefe.com/doi/pdf/10.1026/1616-3443/a000718 - Friday, November 07, 2025 6:46:48 AM - IP Address:194.209.10.198

ner Fallstudie von einem Mann, der nach einem Suizidversuch PTBS-Symptome – u. a. Albträume, wiederkehrende Intrusionen, Vermeidung von Schusswaffen – entwickelte. Bill et al. (2012) untersuchten 30 Personen, die wegen einer Major Depression psychiatrisch behandelt wurden und in ihrer Biographie mindestens einen Suizidversuch aufwiesen. Es zeigte sich, dass 46.7 % der Untersuchten die Diagnosekriterien einer S-PTBS (gemäß DSM-IV) erfüllten. Stanley et al. (2019b) rekrutierten eine Stichprobe (N = 386), die mindestens einen Suizidversuch in der Vergangenheit unternommen hatten und untersuchten diese anhand eines Online-Fragebogens. Hier zeigte sich, dass 27.5 % der Befragten die Kriterien einer S-PTBS Diagnose (gemäß DSM-5) erfüllten.

Die verschiedenen Studienergebnisse legen nahe, dass Suizidversuche überraschend häufig eine PTBS-Symptomatik zu verursachen scheinen. Gleichzeitig gibt es bislang erst sehr wenige Studien und die berichteten Prävalenzangaben variieren erheblich (46.7 % vs. 27.5 %). Dies mag mit den unterschiedlichen Stichproben, Studiendesigns und Diagnosekriterien (DSM-IV vs. DSM-5) zusammenhängen. Nicht zuletzt mit Blick darauf, dass eine PTBS infolge eines Suizidversuchs (Mit-)Ursache für eine geringe Behandlungsnachfrage und eine hohe Abbruchquote suizidaler Personen sein könnte (Hom et al., 2015), erscheint eine genauere Erfassung des Phänomens jedoch wichtig zu sein. Vor diesem Hintergrund zielt die vorliegende Pilotstudie darauf ab, dass Auftreten einer PTBS nach Suizidversuch (gemäß DSM-5) erstmalig in einer deutschen Onlinestichprobe zu untersuchen.

Methode

Stichprobe

Im Erhebungszeitraum von Mai bis Oktober 2022 wurden N = 63 Proband_innen in die Studie einbezogen. Von diesen füllten n = 50 den Onlinefragebogen so umfassend aus, dass die Frage nach einer potenziellen S-PTBS Diagnose untersucht werden kann. Rekrutiert wurden die Teilnehmenden über Flyer, Aufrufe in verschiedenen Selbsthilfeforen und sozialen Netzwerken sowie durch kooperierende Kliniken und Psychotherapiezentren. Die Teilnehmenden waren durchschnittlich M = 36.1 (SD =13.6) Jahre alt. Die Mehrheit der Studienteilnehmer_innen (n = 35, 70 %) war weiblich. Voraussetzungen für die Studienteilnahme waren ein Alter ≥18 Jahren, gute Deutschkenntnisse und ein Suizidversuch in der bisherigen Lebensgeschichte. Sämtliche Teilnehmer_innen wurden über die Studieninhalte aufgeklärt und gaben ihre schriftliche Einwilligung zur Teilnahme. Die Untersuchung wurde von der Ethikkommission der Fakultät für Psychologie an der Ruhr-Universität Bochum bewilligt (Kennzeichen 780/2022).

Messinstrumente

Posttraumatic Checklist for DSM-5 (PCL-5; Weathers et al. 2013; Deutsch: Krüger-Gottschalk et al., 2017). Die PCL-5 ist eine Selbstbeurteilungsskala mit 20 Items, welche PTBS-Symptome (Intrusionen, Vermeidung, Veränderungen in Stimmung und Kognition, Hyperarousal) nach DSM-5 erfasst. Sämtliche Items werden mit Blick auf die von ihnen ausgegangene Belastung im vergangenen Monat eingeschätzt (0 = „überhaupt nicht“ bis 4 = „sehr stark“). Die deutsche Version der PCL-5 weist eine exzellente interne Konsistenz (Cronbachs α = .95) auf. In Anlehnung an die Untersuchung von Stanley et al. (2019b) wurde die PCL-5 in der vorliegenden Studie dahingehend modifiziert, dass der Begriff „sehr belastendes Ereignis“ durch „schwerwiegendster Suizidversuch“ in der Testinstruktion ersetzt wurde. Die modifizierte Fassung der PCL-5 wies in der vorliegenden Stichprobe eine exzellente interne Konsistenz (Cronbachs α = .90) auf. Grundsätzlich ist zu beachten, dass mit der PCL-5 nur eine Verdachtsdiagnose gestellt werden kann; eine tatsächliche Diagnosestellung setzt die Nutzung eines klinischen Interviews voraus.

Skala Suizidales Erleben und Verhalten (SSEV; Teismann et al., 2021). Die SSEV erfasst mit insgesamt 9 Items suizidales Erleben und Verhalten. Die ersten sechs Items fragen nach Suizidgedanken, -plänen und -impulsen in den vergangenen vier Wochen und werden auf einer sechsstufigen Likert-Skala beantwortet (0 = „nie“ bis 5 = „jeden Tag viele Male“). Die weiteren Items fragen nach Suizidversuchen in den vergangenen vier Wochen und in der gesamten Lebenszeit. Ausgewertet werden kann die SSEV über das Bilden eines Summenscores über die ersten sechs Items. Die SSEV weist eine hohe interne Konsistenz auf (Cronbachs α = .92; Teismann et al., 2021). In der vorliegenden Stichprobe ergab sich eine interne Konsistenz von Cronbachs α = .91.

Statistische Auswertung

Die statistische Auswertung erfolgte mithilfe von SPSS 29. Bei der Auswertung des PCL-5 hinsichtlich einer potenziellen PTBS-Diagnose werden in der Literatur verschiedene Auswertungsprinzipien vorgeschlagen. Bovin et al. (2016) empfehlen bei Aufsummierung der PCL-5-Werte einen Cut-off-Wert von 31–33. In der vorliegenden Studie wurde ein Cut-off-Wert von > 33 angesetzt, um von

© 2023 The Author(s). Distributed as a Hogrefe OpenMind article under the license CC BY-NC-ND 4.0 (https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0)

https://econtent.hogrefe.com/doi/pdf/10.1026/1616-3443/a000718 - Friday, November 07, 2025 6:46:48 AM - IP Address:194.209.10.198

einer S-PTBS zu sprechen. Alternativ ist eine Diagnosestellung auch anhand der Einteilung in die verschiedenen Symptomcluster möglich (Stanley et al., 2019b): Für eine PTBS-Diagnose müssen demnach jeweils ein Symptom der Symptomcluster B (Intrusionen) und C (Vermeidung) und jeweils zwei Symptome der Symptomcluster D (veränderte Kognitionen) und E (Hypervigilanz) vorhanden sein. Alle Symptome mit einem Wert ≥ 2 werden hierbei als symptomatisch gewertet. Entsprechend wurde auch auf dieser Syndrom-Basis eine Falldefinition vorgenommen.

Unterschiede hinsichtlich gegenwärtiger Suizidgedanken wurden anhand von *Mann-Whitney-U-Tests* überprüft. Mithilfe von *Chi-Quadrat-Tests* wurden Geschlechtsunterschiede bei Teilnehmenden mit vs. ohne S-PTBS untersucht.

Ergebnisse

Unter aktueller Suizidalität (*SSEV* > 0) litten 40 Teilnehmende (80 %). 100 % der Teilnehmenden haben in ihrer Vergangenheit mindestens einen Suizidversuch unternommen. Der Durchschnitt lag bei 4.77 (*SD* = 8.2) Suizidversuchen. Die zwei häufigsten Suizidversuchsmethoden waren Vergiftung mit Medikamenten (n = 37; 74 %), und das Schneiden mit einem scharfen Gegenstand (n = 10; 17.9 %).

Nach dem Cut-off-Kriterium (PCL-5 >33) erfüllten 26 der Teilnehmenden (52 %) die Diagnosekriterien einer S-PTBS. Bei Auswertung nach dem Symptomcluster-Kriterium erfüllten 21 Teilnehmende (42 %) die Kriterien einer S-PTBS. Bei der Diagnosestellung nach Cut-off-Wert zeigt sich, dass Personen mit S-PTBS in stärkerem Maße unter gegenwärtigen Suizidgedanken (M = 8.92, SD = 6.32) leiden als Personen ohne potenzielle S-PTBS (M = 5.29, SD = 6.73; U = 188.50, Z = 2.41, p = .015). Bei der Diagnosestellung nach Symptomcluster-Kriterium ergaben sich keine entsprechenden Gruppenunterschiede (M = 8.52, SD = 6.29 vs. M = 6.21, SD = 6.95; U = 380.50, Z = 1.50, p = .133). Es fand sich kein signifikanter Geschlechterunterschied (Falldefinition nach Cut-off-Kriterium: 19 Frauen (54.3 %) vs. 6 Männer (40 %), $\chi^2(1) = .857$, p = .355; Falldefinition nach Symptomcluster: 15 Frauen (42.9 %) vs. 6 Männer (40 %), $\chi^2(1) = .035$, p = 851)

Diskussion

In Übereinstimmung mit vorangegangenen Studien (Bill et al., 2012; Stanley et al., 2019b) verweisen die Ergebnisse der vorliegenden Pilotstudie darauf, dass eine Traumasymptomatik infolge eines selbstdurchgeführten Suizidversuchs häufig auftritt. In Abhängigkeit von der jeweiligen Operationalisierung erfüllten 52 % bzw. 42 % der untersuchten Personen die Verdachtsdiagnose einer S-PTBS. Die unterschiedlichen Prävalenzangaben lassen sich v. a. darauf zurückführen, dass nur vergleichsweise wenige Personen Vermeidungssymptome aufwiesen. Die Nutzung eines Cut-off-Kriteriums (PCL-5 > 33) – ohne die Berücksichtigung der spezifisch vorliegenden Symptome – mag somit zu einer Überschätzung der tatsächlichen Prävalenz beitragen. Dessen ungeachtet liegen die gefundenen Prävalenzen nah an denen von Bill et al. (2012) erfassten 46.7 %. Wie in der Studie von Stanley et al. (2019b) zeigte sich zudem, dass Personen mit S-PTBS in stärkerem Maße unter gegenwärtigen Suizidgedanken litten als Personen ohne S-PTBS. Allerdings fand sich dieser Unterschied nur, wenn das Cut-off-Kriterium zur Falldefinition zugrunde gelegt wurde. Es lässt sich mutmaßen, dass die gegenwärtige Belastung durch Suizidgedanken als Folge der Traumasymptomatik (Akbar et al., 2022) und/oder vermehrter Depressivität zu verstehen ist. In zukünftigen Längsschnittstudien sollte dies genauer untersucht werden.

Grundsätzlich sind die vorliegenden Ergebnisse mit Vorsicht zu interpretieren: Die Studie umfasst eine vergleichsweise kleine (selbst-selektierte) Stichprobe, es wurden mehrheitlich Frauen eingeschlossen und zur Falldefinition wurde kein klinisches Interview herangezogen. Damit ist keine valide Diagnosestellung möglich und auch die Validität der Prävalenzabschätzung ist damit eingeschränkt. Nichtsdestotrotz verweisen die Studienergebnisse auf die Notwendigkeit in zukünftigen Studien den Zusammenhang zwischen Suizidversuchen und posttraumatischen Belastungsstörungen an größeren Stichproben und unter Nutzung klinischer Interviews zu untersuchen. Hierbei sollte zudem in den Blick genommen werden, welche Charakteristika von Suizidversuchen (u. a. Methode, Letalität der Methode, erster vs. wiederholter Suizidversuch) in besonderem Maße mit der Entwicklung einer S-PTBS assoziiert sind.

Aus klinischer Perspektive erscheint es sinnvoll, bei der therapeutischen Aufarbeitung von Suizidversuchen etwaige Traumasymptome (Intrusionen, Vermeidung etc.) genau zu explorieren und bei der Behandlungsplanung zu berücksichtigen. In diesem Sinne ist darauf zu achten, dass eine ablehnende Haltung gegenüber der Aufarbeitung eines Suizidversuchs nicht ausschließlich als motivationales Problem verstanden werden sollte, sondern auch als Ausdruck traumaassoziierten Vermeidungsverhaltens gewertet werden kann. Perspektivisch stellt sich die Frage, ob und inwieweit eine traumafokussierte Therapie im Fall einer durch einen Suizidversuch induzierten Traumasymptomatik umsetzbar und wirksam ist. Inter-

© 2023 The Author(s). Distributed as a Hogrefe OpenMind article under the license CC BY-NC-ND 4.0 (https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0)

https://econtent.hogrefe.com/doi/pdf/10.1026/1616-3443/a000718 - Friday, November 07, 2025 6:46:48 AM - IP Address:194.209.10.198

ventionen wie die Rückfallpräventionsübung aus der kognitiven Therapie suizidaler Patient_innen (Wenzel et al., 2009) verweisen auf die grundsätzliche Möglichkeit, sich vergangenen Suizidversuchen im Rahmen eines imaginativen Nacherlebens anzunähern. Allerdings wurde diese Technik noch nie explizit zur Traumatherapie eingesetzt.

Die im Rahmen dieser Pilotstudie gefundenen Prävalenzraten einer S-PTBS verweisen gleichwohl darauf, dass die Entwicklung und Testung entsprechender Behandlungsmethoden notwendig und sinnvoll sind.

Literatur

Akbar, R., Arya, V., Conroy, E., Wilcox, H. C. & Page, A. (2022). Posttraumatic stress disorder and risk of suicidal behavior: A systematic review and meta-analysis. *Suicide & Life-Threatening Behavior, 53*(1), 163 – 184. https://doi.org/10.1111/sltb.12931

Bill, B., Ipsch, L., Lucae, S., Pfister, H., Maragkos, M., Ising, M. & Bronisch, T. (2012). Attempted suicide related posttraumatic stress disorder in depression: An exploratory study. *Suicidology Online*, 3, 138 – 144.

Bovin, M. J., Marx, B. P., Weathers, F. W., Gallagher, M. W., Rodriguez, P., Schnurr, P. P. & Keane, T. M. (2016). Psychometric properties of the PTSD Checklist for Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fifth Edition (PCL-5) in veterans. *Psychological Assessment*, *28*, 1379 – 1391. https://doi.org/10.1037/pas0000254

Hom, M. A., Stanley, I. H. & Joiner, T. E. (2015). Evaluating factors and interventions that influence help-seeking and mental health service utilization among suicidal individuals. *Clinical Psychology Review*, *40*, 28 – 39. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.05.006

Krüger-Gottschalk, A., Knaevelsrud, C., Rau, H., Dyer, A., Schäfer, I., Schellong, J. & Ehring, T. (2017). The German version of the Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5). *BMC Psychiatry*, *17*, 379. https://doi.org/10.1186/s12888-017-1541-6

Stanley, I. H., Boffa, J. W. & Joiner, T. E. (2019a). PTSD from a suicide attempt: Phenomenological and diagnostic considerations. *Psychiatry*, *82*(1), 57 – 71. https://doi.org/10.1080/00332747.2018.1485373

Stanley, I. H., Hom, M. A., Boffa, J. W., Stage, D. L. & Joiner, T. E. (2019b). PTSD from a suicide attempt: An empirical investigation among suicide attempt survivors. *Journal of Clinical Psychology*, *75*, 1879 – 1895. https://doi.org/10.1002/jclp.22833

Teismann, T., Forkmann, T., Glaesmer, H., Juckel, G. & Cwik, J. C. (2021). Skala Suizidales Erleben und Verhalten (SSEV). *Diagnostica*, *67*, 115 – 125. https://doi.org/10.1026/0012-1924/a000269

Weathers, F. W., Litz, B., Keane, T. M., Palmieri, P. A., Marx, B. P. & Schnurr, P. P. (2013). *The PTSD checklist for DSM-5 (PCL-5).* Boston: National Center for PTSD.

Wenzel, A., Brown, G. & Beck, A. T. (2009). *Cognitive therapy for suicidal patients: Scientific and clinical applications.* Washington: APA.

Wulsin, L. R. & Goldman, L. (1993). Post-traumatic stress disorder following a suicide attempt. *Journal of Traumatic Stress*, *6*, 151 – 155. https://doi.org/10.1002/jts.2490060113

Historie
Onlineveröffentlichung: 23. 08. 2023

Interessenskonflikt
Die Autor_innen erklären, dass kein Interessenskonflikt besteht.

Ethische Richtlinien
Eine schriftliche Einverständniserklärung liegt von allen, an der Umfrage Beteiligten vor. Vor Beginn der Studie erfolgte eine Beratung durch die Ethikkommission der Fakultät für Psychologie an der Ruhr-Universität Bochum (Kennzeichen 780/2022).

Autorenschaften
RL, TT und AG entwarfen die Studie und schrieben den Artikel. RL, AGM und UL rekrutierten Teilnehmer_innen für die Studie. RL analysierte die Daten. Alle Autor_innen äußerten sich zu einem früheren Entwurf dieses Artikels.

ORCID
Alexander L. Gerlach
https://orcid.org/0000-0001-6794-5349
Ute Lewitzka
https://orcid.org/0000-0002-6457-6338

Förderung
Open Access-Veröffentlichung ermöglicht durch die Ruhr-Universität Bochum.

Prof. Dr. Tobias Teismann
Forschungs- und Behandlungszentrum
für Psychische Gesundheit (FBZ)
Ruhr-Universität Bochum
Massenbergstraße 9 – 13
44787 Bochum
Deutschland
tobias.teismann@rub.de

© 2023 The Author(s). Distributed as a Hogrefe OpenMind article under the license CC BY-NC-ND 4.0 (https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0)