

**Sucht: Risiken – Formen – Interventionen**

Interdisziplinäre Ansätze von der Prävention zur Therapie  
Hrsg. von O. Bilke-Hentsch, E. Gouzoulis-Mayfrank und M. Klein

Barbara Schneider, Tilman Wetterling

# Sucht und Suizidalität

**Kohlhammer**

**Kohlhammer**

# **Sucht: Risiken – Formen – Interventionen**

Interdisziplinäre Ansätze von der Prävention zur Therapie

Herausgegeben von

Oliver Bilke-Hentsch

Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank

Michael Klein

Barbara Schneider  
Tilman Wetterling

---

# **Sucht und Suizidalität**

Unter Mitwirkung von  
Ernst Pallenbach,  
David Prvulovic und  
Ute Lewitzka

**Verlag W. Kohlhammer**

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechts ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Warenbezeichnungen, Handelsnamen und sonstigen Kennzeichen in diesem Buch berechtigt nicht zu der Annahme, dass diese von jedermann frei benutzt werden dürfen. Vielmehr kann es sich auch dann um eingetragene Warenzeichen oder sonstige geschützte Kennzeichen handeln, wenn sie nicht eigens als solche gekennzeichnet sind.

1. Auflage 2016

Alle Rechte vorbehalten

© W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

Gesamtherstellung: W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

Print:

ISBN 978-3-17-023360-7

E-Book-Formate:

pdf: ISBN 978-3-17-028798-3

epub: ISBN 978-3-17-028799-0

mobi: ISBN 978-3-17-028800-3

Für den Inhalt abgedruckter oder verlinkter Websites ist ausschließlich der jeweilige Betreiber verantwortlich. Die W. Kohlhammer GmbH hat keinen Einfluss auf die verknüpften Seiten und übernimmt hierfür keinerlei Haftung.

# Geleitwort der Reihenherausgeber

Die Entwicklungen der letzten Jahrzehnte im Suchtbereich sind beachtlich und erfreulich. Dies gilt für Prävention, Diagnostik und Therapie, aber auch für die Suchtforschung in den Bereichen Biologie, Medizin, Psychologie und den Sozialwissenschaften. Dabei wird vielfältig und interdisziplinär an den Themen der Abhängigkeit, des schädlichen Gebrauchs und der gesellschaftlichen, persönlichen und biologischen Risikofaktoren gearbeitet. In den unterschiedlichen Alters- und Entwicklungsphasen sowie in den unterschiedlichen familiären, beruflichen und sozialen Kontexten zeigen sich teils überlappende, teils sehr unterschiedliche Herausforderungen.

Um diesen vielen neuen Entwicklungen im Suchtbereich gerecht zu werden, wurde die Reihe »Sucht: Risiken – Formen – Interventionen« konzipiert. In jedem einzelnen Band wird von ausgewiesenen Expertinnen und Experten ein Schwerpunktthema bearbeitet.

Die Reihe gliedert sich konzeptionell in drei Hauptbereiche, sog. »tracks«:

Track 1: Grundlagen und Interventionsansätze

Track 2: Substanzabhängige Störungen und Verhaltenssuchte im Einzelnen

Track 3: Gefährdete Personengruppen und Komorbiditäten

In jedem Band wird auf die interdisziplinären und praxisrelevanten Aspekte fokussiert, es werden aber auch die neuesten wissenschaftlichen Grundlagen des Themas umfassend und verständlich dargestellt. Die Leserinnen und Leser haben so die Möglichkeit, sich entweder Stück für Stück ihre »persönliche Suchtbibliothek« zusammenzustellen oder aber mit einzelnen Bänden Wissen und Können in einem bestimmten Bereich zu erweitern.

Unsere Reihe »Sucht« ist geeignet und besonders gedacht für Fachleute und Praktiker aus den unterschiedlichen Arbeitsfeldern der Suchtberatung, der ambulanten und stationären Therapie, der Rehabilitation und nicht zuletzt der Prävention. Sie ist aber auch gleichermaßen geeignet für Studierende der Psychologie, der Pädagogik, der Medizin, der Pflege und anderer Fachbereiche, die sich intensiver mit Suchtgefährdeten und Suchtkranken beschäftigen wollen.

Die Herausgeber möchten mit diesem interdisziplinären Konzept der Sucht-Reihe einen Beitrag in der Aus- und Weiterbildung in diesem anspruchsvollen Feld leisten. Wir bedanken uns beim Verlag für die Umsetzung dieses innovativen Konzepts und bei allen Autoren für die sehr anspruchsvollen, aber dennoch gut lesbaren und praxisrelevanten Werke.

Der vorliegende Band, verfasst von Barbara Schneider aus Köln und Tilman Wetterling aus Berlin, gehört zu Track 3: Gefährdete Personengruppen und Komorbiditäten. Er vertieft und analysiert die wichtige Thematik der suizidalen Gefährdung von Menschen mit Suchtproblemen. Nach Kapiteln zur Epidemiologie und Klinik folgen Ausführungen zum Entstehungsgefüge suizidaler Ideationen und Handlungen bei Suchterkrankten. Hier zeigt sich, wie komplex die Zusammenhänge sind und wie wichtig es ist, zwischen verschiedenen Zuständen bzw. Phasen der Suchtgeschehens wie Intoxikation, Entzug, Rückfall, oder chronisch starkem Konsum zu differenzieren. Ferner wird deutlich, wie begleitende Aspekte im Sinne der psychischen und somatischen Komorbidität, kognitiver Einschränkungen und psychosozialer Faktoren berücksichtigt werden müssen. Schließlich gehen die Autoren sehr praxisnah auf besondere Konstellationen und Schwierigkeiten beim Umgang mit suizidalen Suchterkrankten ein und sie weisen auf die Erfordernis der Entwicklung spezifischer präventiver Ansätze hin.

Oliver Bilke-Hentsch, Winterthur/Zürich  
Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank, Köln  
Michael Klein, Köln

# Inhalt

<b>Geleitwort der Reihenherausgeber</b>	<b>5</b>
---	----------

---

<b>1</b>	<b>Einleitung</b>	<b>11</b>
----------	-------------------	-----------

---

<b>2</b>	<b>Allgemeine und klinische Epidemiologie</b>	<b>15</b>
----------	---	-----------

---

2.1	Epidemiologie von Suchterkrankungen	15
2.1.1	Allgemeine Epidemiologie von Suchterkrankungen	15
2.1.2	Klinische Epidemiologie von Suchterkrankungen	17
2.2	Epidemiologie suizidalen Verhaltens	19
2.3	Suchterkrankungen und Suizid	21
2.3.1	Suchterkrankungen als Risikofaktoren für Suizid	21
2.3.2	Alkoholerkrankung und Suizid	26
2.3.3	Nikotinabhängigkeit und Suizid	34
2.3.4	Andere substanzbezogene Störungen und Suizid	35
2.3.5	Suizid und psychiatrische Komorbidität bei Suchterkrankungen	40
2.3.6	Pathologisches Glückspiel und Suizid	42
2.3.7	Einfluss des Geschlechts	42
2.3.8	Einfluss des Alters	43
2.4	Suchterkrankungen und Suizidversuche	47

2.4.1	Alkoholerkrankung und Suizidversuche	48
2.4.2	Nikotinabhängigkeit und Suizidversuche	49
2.4.3	Andere substanzbezogene Störungen und Suizidversuche	50
2.4.4	Pathologisches Glückspiel und Suizidversuche	51
<b>3</b>	<b>Klinik, Verlauf, Prognose</b>	<b>53</b>
<hr/>		
3.1	Suchterkrankungen	53
3.1.1	Begriffsbestimmung und Klinik	53
3.1.2	Komorbidität	55
3.1.3	Verlauf und Prognose	59
3.2	Suizidalität	61
3.2.1	Kulturgeschichtliches	61
3.2.2	Begriffsbestimmung und Definitionen	62
<b>4</b>	<b>Ätiologie und spezielle Suchtdynamik</b>	<b>67</b>
<hr/>		
4.1	Das Entstehungsgefüge von Suchterkrankungen	67
4.2	Das Entstehungsgefüge von Suizidalität	69
4.2.1	Ätiopathogenesemodelle von Suizidalität	69
4.2.2	Risikofaktoren für Suizid	71
4.3	Erklärungsansätze für Suizidalität bei Suchterkrankungen	80
4.3.1	Psychologische Aspekte	81
4.3.2	Sucht und Zustand, in dem die Suizidalität auftritt	83

4.3.3	Verschiedene Formen der Suizidalität	84
4.3.4	Neurobiologische Grundlagen	85
4.3.5	Entstehung von Suizidalität bei Suchtkranken	90
<b>5</b>	<b>Diagnostik</b>	<b>96</b>
5.1	Diagnostik von Suchterkrankungen	96
5.2	Erkennen und Diagnostik von Suizidalität	99
<b>6</b>	<b>Interventionsplanung, interdisziplinäre Therapieansätze</b>	<b>108</b>
6.1	Therapie der Abhängigkeitserkrankungen	108
6.1.1	Alkoholabhängigkeit	108
6.1.2	Nikotinabhängigkeit	110
6.1.3	Drogenabhängigkeit	110
6.1.4	Medikamentenabhängigkeit	111
6.1.5	Behandlung der Sucht bei Komorbidität mit anderen psychischen Erkrankungen	111
6.2	Interventionen bei Suizidalität	113
6.2.1	Therapeutischer Umgang mit akuter Suizidalität	113
6.2.2	Nachsorge	120
6.2.3	Juristische Aspekte und Dokumentation	120
6.3	Interventionen bei Suizidalität bei Suchterkrankungen	121
6.3.1	Medikamentöse Ansätze	122
6.3.2	Psychosoziale Ansätze	125

6.3.3	Häufige Schwierigkeiten bei der Behandlung suizidaler Suchtkranker	126
<b>7</b>	<b>Präventive Ansätze</b>	<b>129</b>
7.1	Suchtprävention	130
7.1.1	Primärpräventive Maßnahmen	130
7.1.2	Sekundärpräventive Interventionen	131
7.2	Suizidprävention	132
7.2.1	Beispiele für Initiativen zur Suizidprävention	132
7.2.2	Strategien der Suizidprävention	132
7.3	Suizidprävention bei Suchterkrankungen	138
<b>8</b>	<b>Synopsis und Ausblick</b>	<b>139</b>
	<b>Literatur</b>	<b>144</b>
	<b>Stichwortverzeichnis</b>	<b>167</b>

# 1

---

## Einleitung

Suizidalität ist einer der häufigsten psychiatrischen Notfälle und eine der großen therapeutisch-präventiven Aufgaben im Alltag der psychosozialen und psychiatrisch-medizinischen Versorgung. Suizid ist eine der wichtigsten Ursachen für einen vorzeitigen Tod bei Konsum von Alkohol, Nikotin und illegalen Drogen. In westlichen Ländern leiden die meisten Suizidopfer an psychischen Erkrankungen; an oberster Stelle stehen affektive Störungen, Schizophrenien und Suchterkrankungen. Metaanalysen von Kohortenstudien (Wilcox et al. 2004; Harris und Barraclough 1997) und kontrollierten Studien mit der Methode der psychologischen Autopsie (► **Kap. 4.2.2**) (Cavanagh et al. 2003; Arsenaault-Lapierre et al. 2004; Schneider 2009) haben gezeigt, dass Störungen durch Substanzkonsum mit einem stark erhöhten Suizidrisiko einhergehen.

### **Fallvignette 1**

Ein 39-jähriger Mann, Herr F., wird am späten Abend (21 Uhr) aus der Zentralen Notaufnahme eines Universitätsklinikums auf die geschützt geführte psychiatrische Station mit Schwerpunkt Sucht zur Weiterbehandlung verlegt. Bei dem Patienten sind ein Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom des Erwachsenenalters mit Alkoholabhängigkeit und multiplem Substanzkonsum (Opioide, Benzodiazepine, Amphetamine) sowie delinquentes Verhalten bekannt. Der Patient hatte in der Vorgeschichte bereits zwei schwere Suizidversuche ausgeführt. Mehrere ambulante und stationäre psychiatrische Behandlungen hatte er stets nach wenigen Tagen bzw. ein bis zwei ambulanten Terminen abgebrochen.

Der Patient hatte am frühen Abend des Aufnahmetages in suizidaler Absicht eine Flasche Wodka sowie zusätzlich 40 Tabletten Rohypnol® (à 1 mg Flunitrazepam) eingenommen und wurde auf der Straße in bewusstlosem Zustand von Passanten vorgefunden. Der herbeigerufene Notarzt verabreichte dem ateminsuffizienten Patienten Flumazenil und gab ihm Sauerstoff. Nach vorübergehender Überwachung in der Zentralen Notaufnahme wurde der Patient in kardiorespiratorisch scheinbar stabilem Zustand in die Psychiatrie verlegt. Dort zeigte sich der Patient wach und ansprechbar. Er bedauerte es sehr, dass sein Suizidversuch missglückt sei. Schließlich habe er seinen Suizid minutiös geplant und sei davon ausgegangen, dass die von ihm eingenommenen Alkohol- und Benzodiazepindosen eine letale Wirkung hätten erzielen müssen. Sein Leben mache für ihn keinen Sinn mehr und er habe keine Hoffnung mehr, dass sich sein Zustand und das Gefühl, anhaltend getrieben zu sein, jemals ändern werden. Nach ca. einer Stunde begann der Patient erneut Anzeichen einer Ateminsuffizienz zu zeigen und klagte über Dyspnoe und damit verbundene Todesangst. Die intravenöse Gabe von Flumazenil als Antidot musste sofort sowie nach weiteren zwei Stunden wiederholt werden und brachte jeweils eine vollständige Wiederherstellung des Atemantriebs und der Wachheit mit sich. Im Angesicht der wiederholten Erfahrung von quälender und mit Todesängsten

einhergehender Dyspnoe gab der Patient am nächsten Morgen an, dass er trotz unverändert vorhandenen bilanzierenden Gedanken nun Abstand von konkreten Suizidplänen und -absichten nehme. Der Patient ließ sich mehrere Wochen stationär psychiatrisch behandeln, brach die Behandlung schließlich aber erneut gegen ärztlichen Rat ab. Zum Entlassungszeitpunkt war der Patient von handlungsweisender Suizidalität distanziert. Mit dem Patienten konnte vereinbart werden, sich in der Ambulanz weiterbehandeln zu lassen und sich bei erneut auftretenden Suizidwünschen oder -absichten jederzeit notfallmäßig vorzustellen.

Sieben Tage nach der Entlassung erfolgte ein Anruf von der Intensivstation eines Nachbarkrankenhauses, dass der Patient komatös nach Injektion von Heroin und Benzodiazepinen in einem Parkhaus aufgefunden worden sei. In der Klinik war zum Zeitpunkt des Vorfalls ein Anruf eines ehemaligen Patienten eingegangen, der berichtete, Herr F. habe ihm gegenüber Suizidabsichten geäußert und sich eine hohe Dosis Heroin gespritzt. Ohne dass Näheres in Erfahrung gebracht werden konnte, brach das Gespräch ab.

## Fallvignette 2

Eine 31-jährige Patientin, Frau G., wurde auf die geschützte psychiatrische Station mit Schwerpunkt Sucht aufgenommen, nachdem sie zuvor einen Suizidversuch durch Einnahme von 10 Tabletten Mirtazapin à 30 mg sowie durch Pulsaderschnitte an beiden Unterarmen unternommen hatte. Nach chirurgischer Versorgung der Unterarmschnitte sowie nach Durchführung von Detoxifikations- und Überwachungsmaßnahmen in der Zentralen Notaufnahme konnte sich Frau G. dazu entschließen, sich auf freiwilliger Basis stationär psychiatrisch behandeln zu lassen. Die Patientin konsumierte seit Jahren regelmäßig Cannabis, in den letzten sechs bis sieben Wochen hatte sie die Dosis auf bis zu 3 Joints pro Tag gesteigert. Seit etwa vier Wochen entwickelte die Patientin ein depressives Bild mit psychotischen Symptomen. Im Vordergrund standen neben einer schwer gedrückten Stimmung, Anhedonie und sozialem Rückzug vor allem wahnhafte Insuffizienz- und

Schuldgedanken. So warf sie sich nichtige Fehler, die sie vor vielen Jahren an ihrem Arbeitsplatz begangen hatte, nun als schwere moralische und sündhafte Verfehlungen vor, wegen derer sie es nicht mehr verdient habe, weiterzuleben. Nach Aufnahme auf die psychiatrische Station distanzierte sich die Patientin zunächst von akuter Suizidalität und gab ihrer Hoffnung Ausdruck, dass sich ihr Zustand bald bessern werde. Trotz anxiolytischer Behandlung mit Lorazepam und antipsychotischer Behandlung mit Quetiapin kam es jedoch zu einer immer stärkeren Ausprägung der ich-synthymen Wahngedanken und damit verbunden zu erneuten konkreten Suizidabsichten. Nach Dosiserhöhung von Lorazepam (4 mg/Tag) und Umstellung der Therapie auf Risperidon (4 mg/Tag) und Mirtazapin (30 mg/Tag) kam es schließlich zu einer klinisch relevanten Entaktualisierung des Schuld- und Versündigungswahns, zu einer Reduktion der inneren Unruhe und Anspannung sowie zu einer affektiven Auflockerung. Damit ging auch eine Auflösung der Suizidgedanken einher. Die Patientin konnte nach Abschluss der Therapie wieder ihre Arbeit aufnehmen und ist seither auch abstinent von Cannabis.

Suizidalität ist ein häufiges Phänomen bei Suchtkranken. Daher muss bei Suchterkrankungen auf Suizidalität besonders geachtet werden. Die Therapie muss selbstverständlich neben der Behandlung der Suizidalität auch die Behandlung der verschiedenen klinischen Erscheinungsbilder der Suchterkrankung sowie von körperlichen und psychischen Begleiterkrankungen, insbesondere von Depressionen, umfassen.

In diesem Band der Buchreihe »Sucht: Risiken – Formen – Interventionen« wird auf Begriffsbestimmung, Formen, Diagnostik und Risikofaktoren für Suizidalität eingegangen. Epidemiologische Ergebnisse zu Suchterkrankungen als Risikofaktoren für Suizide und Suizidversuche werden ausführlich geschildert. Die Behandlung der Suizidalität und die besonderen Schwierigkeiten bei der Behandlung suizidaler Suchtkrankter runden den Inhalt ab.

# 2

---

## Allgemeine und klinische Epidemiologie

### 2.1 Epidemiologie von Suchterkrankungen

#### 2.1.1 Allgemeine Epidemiologie von Suchterkrankungen

Die Angaben zur Häufigkeit von Suchterkrankungen hängen von dem betrachteten Zeitraum (z. B. Jahres- vs. Lebenszeitprävalenz) und von der untersuchten Region ab. Aus Deutschland liegen repräsentative und regelmäßig erhobene Daten zu dem Substanzgebrauch in der Bevölkerung vor (Epidemiologischer Suchtsurvey). Die Zahl der Betroffenen in Deutschland in der Altersgruppe zwischen 18 und 64 Jahren nach dem Suchtsurvey (Pabst et al. 2013) zeigt Tabelle 2.1.

**Tab. 2.1:** Prävalenz (Häufigkeit) von Suchterkrankungen in Deutschland (Suchtsurvey, Pabst et al. 2013)

Suchterkrankung	Häufigkeit
Alkoholmissbrauch	1,6 Millionen
Alkoholabhängigkeit	1,77 Millionen
Tabakabhängigkeit	5,6 Millionen
Missbrauch von illegalen Drogen	0,28 Millionen
Abhängigkeit von illegalen Drogen	0,32 Millionen
Medikamentenmissbrauch	4,6 Millionen
Medikamentenabhängigkeit	2,3 Millionen

Da in den höheren Altersgruppen die Suizidrate deutlich steigt (Statistisches Bundesamt Deutschland 2014), ist die Frage einer Altersabhängigkeit von Suchterkrankungen von Bedeutung. In dem Suchtsurvey 2012 war eine deutliche Altersabhängigkeit für einen riskanten Alkoholkonsum in den untersuchten Altersgruppen von 18 bis 64 Jahre nicht nachweisbar, aber der Anteil derjenigen, die die Kriterien für einen Missbrauch oder eine Abhängigkeit nach DSM-IV erfüllten, sank von der Altersgruppe der 18- bis 20-Jährigen (6,0 % bzw. 6,4 %) deutlich bis zu der Altersgruppe der 60- bis 64-Jährigen (0,8 % bzw. 1,1 %; Pabst et al. 2013). Der Anteil derjenigen, die einen risikohaften Alkohol- oder Rauschkonsum betrieben, sank in einer anderen Befragung, in der auch 65- bis 79-Jährige berücksichtigt wurden, kontinuierlich mit dem Alter (Robert-Koch-Institut 2014; Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2014).

Der Anteil der Raucher an der jeweiligen Altersgruppe nimmt mit dem Alter ab (25- bis 29-Jährige: 36,6 % auf 60- bis 64-Jährige: 21,3 %); jedoch steigt unter den Rauchern der Anteil derjenigen an, die 20 oder mehr Zigaretten pro Tag rauchen (18- bis 20-Jährige: 5,9 % auf 60- bis 64-Jährige: 38,9 %; Pabst et al. 2013). Eine Nikotinabhängigkeit