

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 wahnhaft 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

(nach DSM-IV) wiesen insgesamt 10,8 % der Bevölkerung auf (13,8 % der 25- bis 29-Jährigen und 7,4 % der 60- bis 64-Jährigen). Auch der Konsum von illegalen Substanzen wie Cannabis, Kokain und Amphetaminen zeigt eine deutliche Altersabhängigkeit. Die über 50-Jährigen gebrauchten kaum illegale Drogen (Pabst et al. 2013).

Die Prävalenz der Anwendung von opioidhaltigen Schmerzmitteln, Schmerzmitteln mit Koffein, Benzodiazepinen und Z-Drugs (Zolpidem, Zopiclon, etc.) zeigte eine deutliche Altersabhängigkeit: Medikamentengebrauch nimmt ab dem 50. Lebensjahr erheblich zu, vor allem bei Frauen. Dies betrifft insbesondere Benzodiazepine und Z-Drugs (Robert-Koch-Institut 2014; Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2014).

Geschlechtsunterschiede sind für den Konsum vieler psychotroper Substanzen beschrieben worden (Kraus et al. 2013). Sowohl beim Gebrauch von Alkohol und Nikotin als auch von illegalen Drogen überwiegen die Männer; umgekehrt ist der Gebrauch von Medikamenten bei Frauen sehr viel verbreiteter (Robert-Koch-Institut 2014; Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2014). In dem Gesundheitssurvey 2012, in dem nur Personen bis 64 Jahren befragt worden sind, sind aber die Geschlechtsunterschiede hinsichtlich der Anteile derjenigen, die einen Missbrauch von Schmerz-, Schlaf- oder Beruhigungsmitteln betreiben bzw. von diesen Mitteln abhängig sind, nicht groß (Kraus et al. 2013). Dies ist wahrscheinlich darauf zurückzuführen, dass besonders häufig ältere Frauen (> 65 Jahre) eine Medikamentenabhängigkeit entwickeln.

2.1.2 Klinische Epidemiologie von Suchterkrankungen

Da viele Substanzabhängige sich nicht wegen des Gebrauchs psychotroper Substanzen in ärztliche Behandlung begeben, zeigen sich bei der Betrachtung der klinischen und bevölkerungsbasierten epidemiologischen Daten mitunter erhebliche Unterschiede.

Bei den männlichen Krankenhauspatienten in Deutschland sind psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (ICD-10: F10)

die häufigste Hauptdiagnose (2012: etwa 250.000), während sich unter den 20 häufigsten Hauptdiagnosen bei Frauen keine suchtspezifische findet (Statistisches Bundesamt 2014). Etwa 20 % der Krankenhauspatienten zeigen einen problematischen Alkoholkonsum, besonders Männer und Bewohner ländlicher Regionen (Coder et al. 2008). Die Krankenhausaufnahmen wegen Alkoholintoxikation haben in Deutschland in den Jahren von 2003 bis 2012 um 72 % auf 121.595 zugenommen, besonders stark bei Jugendlichen (Statistisches Bundesamt Deutschland 2014). Unter allen substanzbedingten Krankenhausaufnahmen machen Cannabis-bedingte nur einen kleinen Teil (< 5 %) aus.

In psychiatrischen Kliniken machen substanzbezogene Störungen (ICD-10: F1) mit etwa 40 % einen großen Teil der stationären Aufnahmen aus. Im Vergleich zu anderen Krankenhausabteilungen werden in psychiatrischen Kliniken vor allem schwerer Abhängige behandelt. Ab dem 64. Lebensjahr nimmt der Anteil der Suchtkranken deutlich ab. Mit zunehmendem Alter sinkt auch der Anteil der Mehrfachabhängigkeiten (ohne Nikotin) stark (Wetterling und Kugler 2006). Die Aufnahmedaten aus psychiatrischen Kliniken zeigen, dass illegale Drogen unter den über 65-Jährigen keine Rolle mehr spielen, sondern Alkohol und vor allem bei Frauen Benzodiazepine und Z-Drugs überwiegend anzutreffen sind. In der Altersgruppe 50 bis 74 Jahre treten gehäuft kognitive und psychische Störungen infolge des Substanzkonsums auf (ebd.).

Von den Patienten bei niedergelassenen Allgemeinärzten haben etwa 7,2 % eine Alkoholabhängigkeit und 3,5 % betreiben einen Alkoholmissbrauch, d. h., etwa 10 % haben ein Alkoholproblem (Hill et al. 1998). Unter den 20 häufigsten Diagnosen der Fälle, die bei niedergelassenen Psychiatern in Deutschland behandelt werden, taucht nur Alkoholabhängigkeit auf (Platz 14 mit 3,1 % der Fälle, Schneider et al. 2011c).

Nach Berechnungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) liegt in Deutschland der Tabakgebrauch auf Platz 2 und der Alkoholgebrauch auf Platz 4 der durch Erkrankung verlorenen Lebensjahre (DALYs) (Lim et al. 2012).

2.2 Epidemiologie suizidalen Verhaltens

Mehr als 800.000 Menschen nehmen sich weltweit jährlich das Leben; nach Schätzungen der WHO werden im Jahr 2020 etwa 1,5 Millionen Menschen durch Suizid versterben. Derzeit nimmt sich etwa alle 40 Sekunden ein Mensch das Leben (WHO 2014). Nach den letzten verfügbaren Daten versterben ca. 125.000 Menschen in Europa jährlich durch Suizid, fast 80 % davon sind Männer (ebd.). Für diese Verteilung zwischen den Geschlechtern gibt es viele mögliche Gründe: Unterschiede im Hilfesuchverhalten, Präferenzen für bestimmte Suizidmethoden, aber auch Verfügbarkeit und Muster des Alkoholkonsums. Es muss davon ausgegangen werden, dass sich etwa zehn- bis vierzigmal so viele Suizidversuche wie vollendete Suizide ereignen. (Zur weiteren Begriffsbestimmung und den Definitionen von Suizidalität ► **Kap. 3.2.2.**)

In den letzten 45 Jahren haben die Suizidraten weltweit um 60 % zugenommen. Suizid ist eine der drei häufigsten Todesursachen in den Altersgruppen zwischen 15 und 44 Jahren in einigen Ländern und die zweithäufigste Todesursache in der Altersgruppe zwischen 10 und 24 Jahren. Länder mit besonders hohen Suizidraten sind die osteuropäischen Länder (WHO 2014), nach neuesten Statistiken aber auch viele asiatische Länder. Suizid führte nach Schätzungen zu 1,3 % der ›Total global burden of disease‹ (Krankheitslast, gemessen in Disability-Adjusted Life Years DALY) und wird im Jahr 2020 zu 2,4 % in Ländern mit Marktwirtschaft und in früheren sozialistischen Staaten führen (WHO 2014).

In Deutschland ist in den letzten 30 Jahren die Zahl der Suizide zurückgegangen. Während im Jahr 1982 sich in Gesamtdeutschland 18.451 Suizide ereigneten, lag im Jahr 2012 die Zahl aller Suizide bei 9.890 (7.287 Männer und 2.603 Frauen). Damit war in Deutschland die Zahl der Suizide höher als die Gesamtsumme der Todesfälle durch Verkehrsunfälle (3.794), Morde (403), Drogen (944) und AIDS (410) (Statistisches Bundesamt Deutschland 2014). Der Rückgang der Suizidraten in Deutschland korrespondiert mit dem Rückgang in

anderen Industrieländern. Gesellschaftliche Veränderungen spielen langfristig für den Verlauf von Suizidraten eine große Rolle. Männer haben in Deutschland wie in vielen anderen Industriestaaten eine dreifach höhere Suizidrate als Frauen.

Die Verteilung der Suizidraten in Deutschland folgt dem sogenannten ungarischen Muster, d. h., mit zunehmendem Lebensalter nehmen die Suizidraten zu. Während im Jahr 2012 bei den 20- bis 25-Jährigen die Suizidrate lediglich 7,6 pro 100.000 Einwohner betrug, belief sie sich in der Altersgruppe der 85- bis 89-Jährigen auf 32,4 pro 100.000 (Statistisches Bundesamt Deutschland 2014). Gegenwärtig sind 42 % aller männlichen und 47 % aller weiblichen Suizidopfer über 60 Jahre alt (Anteil an der männlichen Gesamtbevölkerung: 24 % bzw. der weiblichen Gesamtbevölkerung: 29 %). Das mittlere Sterbealter bei männlichen Suizidopfern lag bei 56,1 und bei weiblichen Suizidopfern bei 59,0 Jahren (ebd.).

Zur Häufigkeit von Suizidversuchen gibt es keine offiziellen statistischen Angaben in Deutschland. In Würzburg wurde im Rahmen eines WHO-Projekts zur Erfassung realistischer Suizidversuchsraten in Europa die Zahl der dortigen Suizidversuche erhoben. Im Jahr 2002 betrug die Suizidversuchsrate für Männer 115 und für Frauen 185 auf 100.000 Personen. Die Altersverteilung der Personen mit Suizidversuchen ist der der Suizide entgegengesetzt. Suizidversuche werden in Deutschland häufiger von Frauen als von Männern unternommen. Die Suizidversuchsraten zeigen aber, dass Suizidversuche relativ häufig auch in den älteren Altersgruppen zu finden sind. 2006 betragen die auf Basis der WHO-Erhebung geschätzten Suizidversuchsraten in der Altersgruppe der 60 Jahre und Älteren für Männer 53,7/100.000 und für Frauen 32,4/100.000 (Schmidtke et al. 2009).

Generell sind Suizide durch Erhängen und Vergiften in Deutschland am häufigsten. Erschießen und Ertrinken kommen als Suizidmethode bei über 60-Jährigen fast doppelt so häufig vor wie bei unter 60-Jährigen. Bei den Älteren gibt es weniger Tote durch Bahnsuizide. Nicht tödliche Suizidhandlungen sind überwiegend Vergiftungen