

Suizidmanagement bei Suchterkrankungen

Priv. Doz. Dr. Barbara Schneider



Zentrum der Psychiatrie

Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt am Main

Substanzen mit Suchtpotenzial

⇒ Illegale Substanzen

Heroin und andere Opioide (ICD-10 F11.x)

Haschisch (ICD-10 F12.x)

Kokain (ICD-10 F14.x)

Stimulantien (ICD-10 F15.x)

Halluzinogene (ICD-10 F 16.x)



⇒ Legale Substanzen

Alkohol (ICD-10 F10.x)

Nikotin (ICD-10 F17.x)

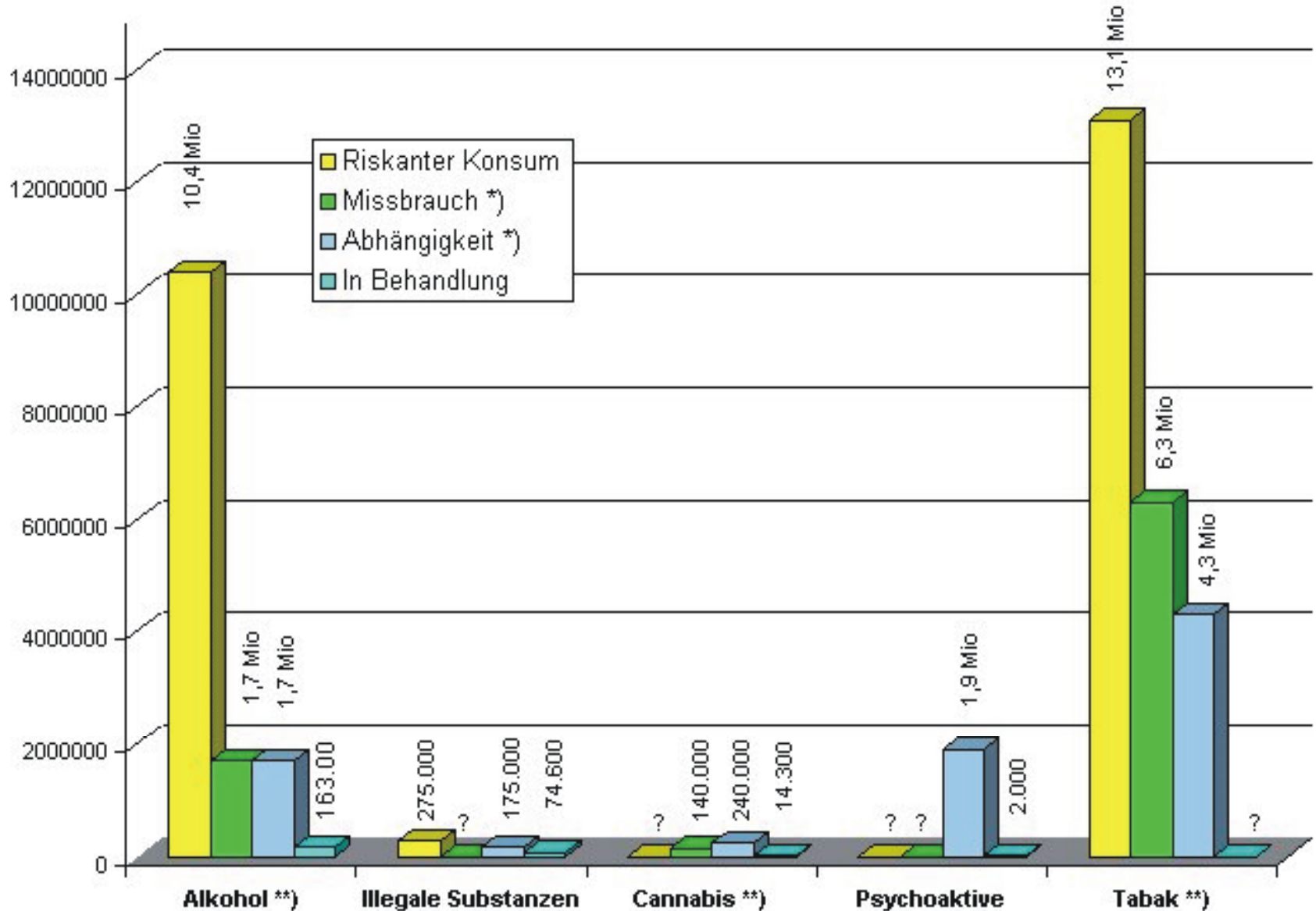
Coffein (Kaffee...; ICD-10: F15.x)

Arzneimittel (Sedativa, Hynotika...; ICD-10 F13.x)

„Schnüffelstoffe“ (ICD-10 F18.x)



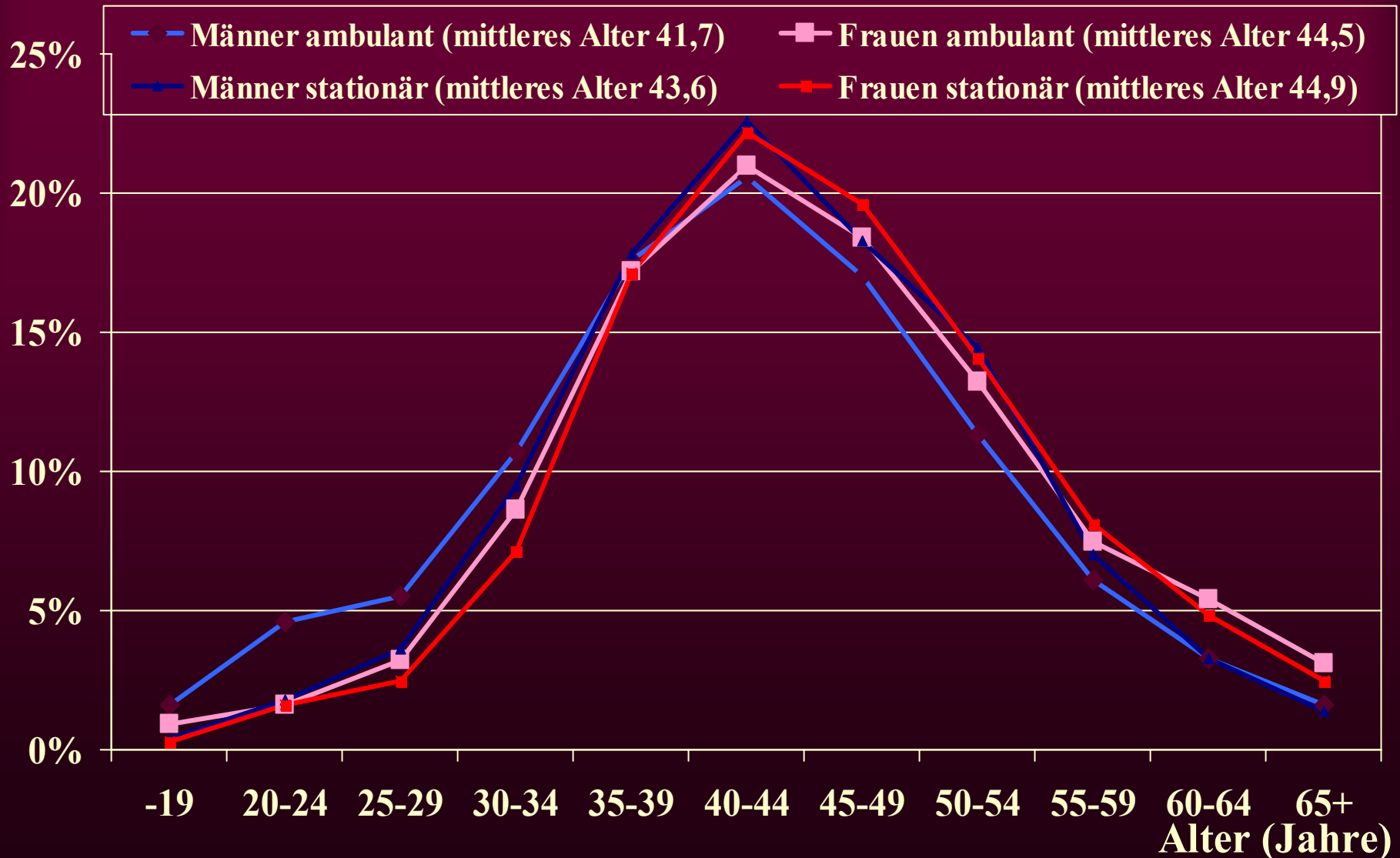
Prävalenz des Konsums psychoaktiver Substanzen und Behandlungsfälle pro Jahr in Deutschland (2000)



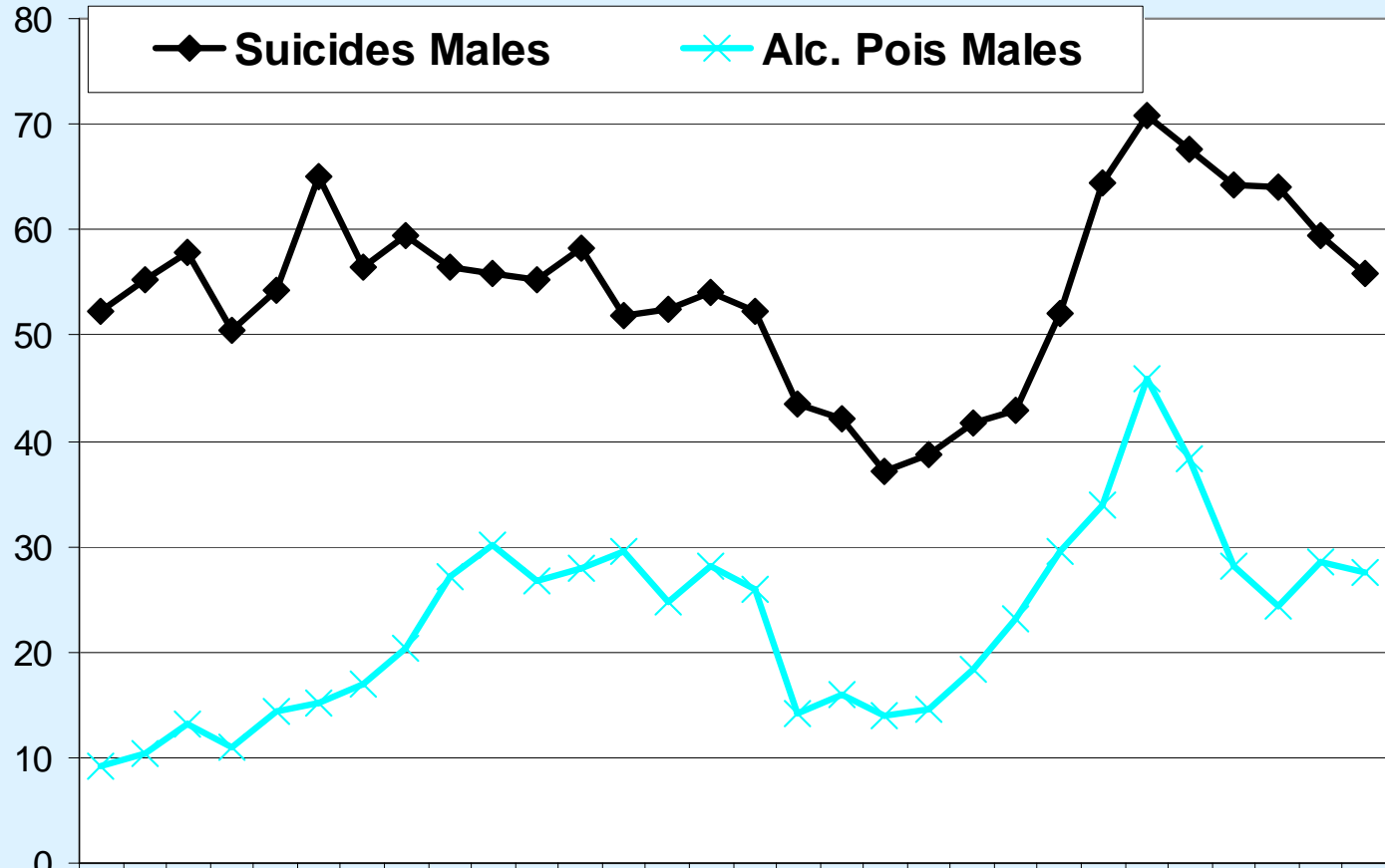
Nach Kraus und Augustin



Altersverteilung von Klienten mit Alkoholabhängigkeit in Deutschland (2002)



Todesopfer durch Suizid und Alkoholvergiftung in Estland zwischen 1970 und 1999



◆ Suicides Males	52	55	58	51	54	65	57	60	56	56	55	58	52	52	54	52	43	42	37	39	42	43	52	65	71	68	64	64	59	56
✕ Alc. Pois Males	9	10	13	11	14	15	17	20	27	30	27	28	29	25	28	26	14	16	14	15	18	23	29	34	46	38	28	24	28	28



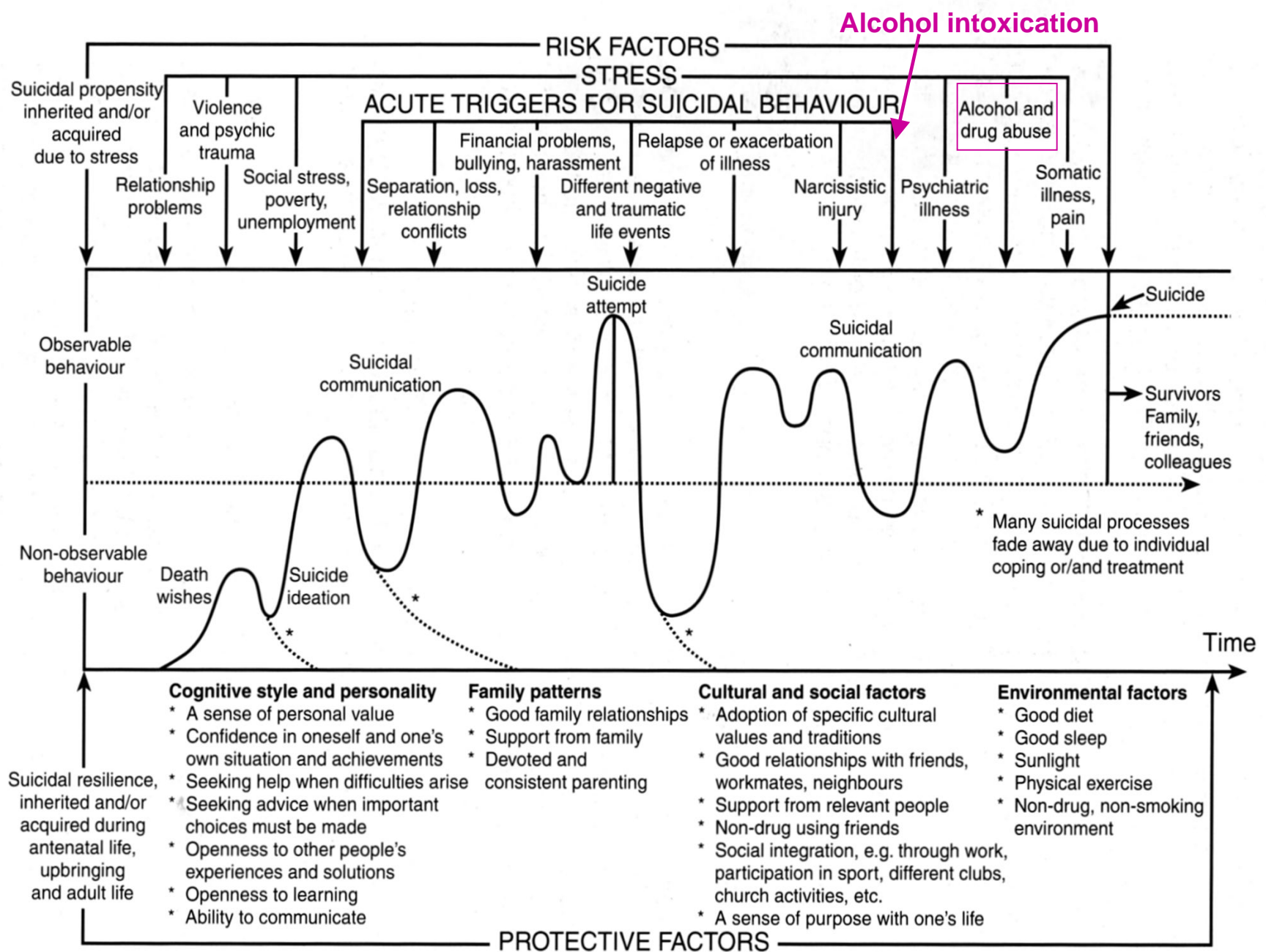


Figure 2.1

Stress-vulnerability model and development of the suicidal process from suicidal ideation to suicide. Wasserman D, 1999.

Definition von Risikofaktoren

Pathogene Bedingungen,
die in Bevölkerungsstudien bei der
Untersuchung der
Entstehungsbedingungen
bestimmter Krankheiten
statistisch gesichert wurden

(Pschyrembel 2004)



Einschätzung von Risikofaktoren für Suizid möglich durch:

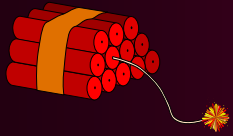
- 1. Verlaufsstudien
(Kohortenstudien)**
- 2. Fall - Kontroll - Studien**



Besonderheit bei Fall-Kontroll-Studien zur Untersuchung von Risikofaktoren für Suizid:

**Informationsgewinnung über die
Suizidopfer mittels der Methode der
psychologischen Autopsie
(Shneidman und Farberow 1961)**





Suizidrisiko bei verschiedenen psychischen Erkrankungen (ICD-9/ DSM-III-R)

	SMR
Demenz	0
Polytoxikomanie	19
Alkoholkonsum	6
Schizophrenie	8
Major Depression	20
bipolare affektive Störung	15
Dysthymie	12
Angsterkrankungen	6
Essstörungen	23
Persönlichkeitsstörungen	7

Harris und Barraclough (1997)

SMR (standard mortality ratio) =
beobachtete Suizide/erwartete Suizide bei gleichem Alter und Geschlecht



Störungen durch Konsum psychotroper Substanzen

- ***Kohortenstudien:***

16-fach bis 44-fach erhöhtes Suizidrisiko bei Störungen durch Konsum psychotroper Substanzen^{1,2}

- ***Psychologische Autopsiestudien:***

Störungen durch Konsum psychotroper Substanzen bei

- 19 – 63% aller Suizidopfer der Allgemeinbevölkerung
- 26 – 66% junger Suizidopfer (< 35 Jahre)
- 4 – 44% „älterer“ Suizidopfer (> 50 Jahre)

- ***Kontrollierte Studien:***

Suizidopfer: signifikant häufiger Störungen durch Konsum psychotroper Substanzen als Kontrollpersonen

¹ Harris und Barraclough 1997 (Metaanalyse), ²Hiroeh et al. 2001 (Fallregister)





Suizidrisiko bei Störungen durch Alkohol

■ *Kohortenstudien:*

Männer und Frauen: SMR = 5,9;¹

Männer: SMR = 4,9;² bzw. SMR = 10,6;³

Frauen: SMR = 18,2;² bzw. SMR = 15,9;³

Alkoholabhängige:

Tod durch Suizid: 7%⁴

Suizidversuche: 16 – 29%, davon 85% bei Intoxikation⁵

¹ Harris und Barraclough 1997 (Metaanalyse), ² Harris und Barraclough 1998 (Metaanalyse), ³ Hiroeh et al. 2001 (Fallregister),

⁴ Inskip et al. 1988 Metaanalyse), ⁵ siehe Pirkola et al. 2004;





Anteil von Suizidopfern mit Störungen durch Alkohol (ICD-10 10.xx) in psychologischen Autopsiestudien (alle Altersgruppen)

Autor(en)	Suizidopfer	F10.xx
Asgard 1990 (100% Frauen)	104	7%
Barraclough et al. 1974	100	15%
Arato et al. 1988	200	20%
Chynoweth et al. 1980	135	22% (F10.2)
Robins et al. 1959	134	25%
Dorpat und Ripley 1960	114	27%
Wolfersdorf et al. 1993	454	28%
Mitterauer 1981	145	30%
Beskow 1979 (100% Männer)	271	31 %
Henriksson et al. 1993	229	53%
Conwell et al. 1996	141	56%
Zhang et al. 2004	66	15% vs. 6% (F10.1)
Schneider et al. 2005	163	22% vs. 7%*
Vijayakumar u. Rajkumar 1999	100	34% vs. 8%*
Foster et al. 1999	117	43% vs. 11%*; OR = 8,4;
Conner et al. 2003	193	20% vs. 5% (F10.2)*;
Cheng 1995	116	28% vs. 8% (F10.2)*; OR = 5,5;
Kölves et al. 2006	427	51% vs. 14% (F10.2)*; OR = 11,6;

Mit Kontrollpersonen aus der Allgemeinbevölkerung;

*: signifikanter Unterschied ($p < 0,05$) zwischen Suizidopfern und Kontrollpersonen;

Risikofaktoren für Suizid bei Alkoholismus:

- Gegenwärtig schweres Trinken, Abhängigkeit
- Nikotinkonsum > 20 Zigaretten/die
- Affektive Störungen
- Suiziddrohung
- Arbeitslosigkeit, geringe Bildung
- Alleineleben, geringe soziale Unterstützung
- Zwischenmenschliche Ereignisse, Partnerschaftsprobleme und -trennungen
- Höheres Lebensalter



Anteil von Suiziden am Anteil aller Todesfälle durch affektive Störungen, Schizophrenie und Alkoholabhängigkeit (plots)¹

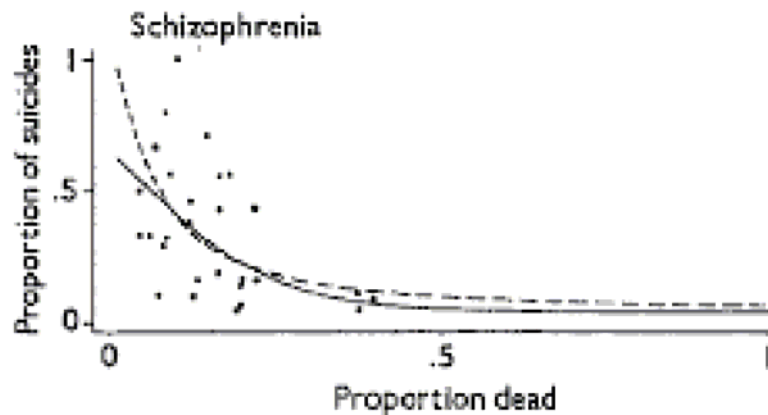
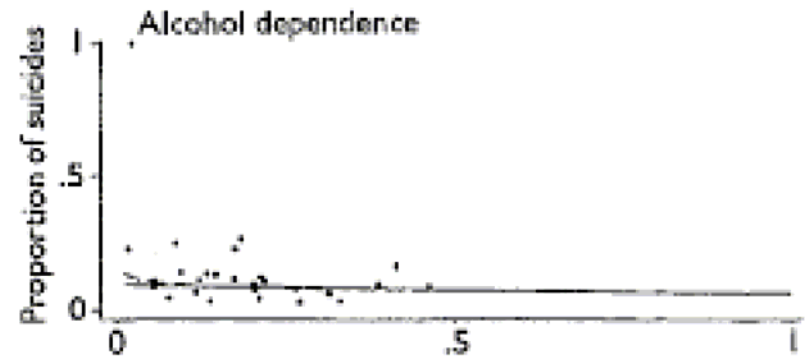
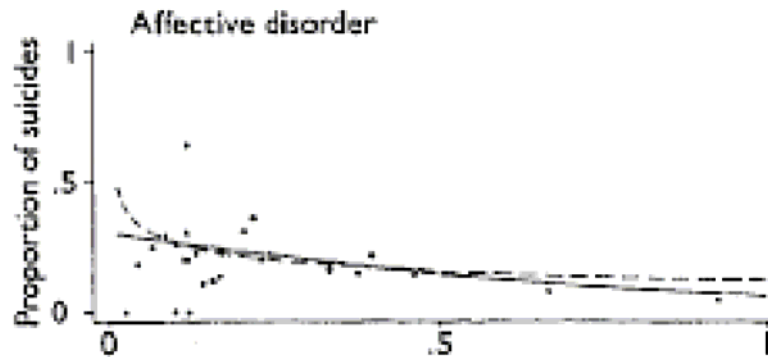


Table 1 Proportion predicted to have died from suicide given that specified proportions of the cohorts have died

Disorder	Proportion dead (%)			
	10	20	30	100
Alcohol dependence	10	9	8	7
Affective disorder	27	23	20	6
Schizophrenia	41	22	12	4

¹Inskip et al. 1998, Metaanalyse;



Komorbidity

Kontrollierte psychologische Autopsiestudien

- **Depression und Substanzabhängigkeit:**
höchstes Suizidrisiko unter allen Diagnosekombinationen
(OR = 470¹)
- **Alkoholabhängigkeit und Depression:**
Suizidrisiko mit steigendem Lebensalter ↑
(20-Jährige: OR = 4,5; 50-Jährige: OR = 83,4;²)
- *Substanzabhängigkeit und Persönlichkeitsstörungen:*
kein Risikofaktor¹

¹Cheng et al. 1997; ²Conner et al. 2003;



Zusammenhang zwischen Suchterkrankungen und suizidalem Verhalten

1. Substanzabusus oder häufiger Konsum: **kausaler Faktor für suizidales Verhalten!**
 - Depressive Verstimmung folgt in der Regel dem Substanzmissbrauch oder riskanten Konsum¹
 - Suizidales Verhalten aufgrund der sozialen Folgen von Alkohol- oder Drogenkonsum



Zusammenhang zwischen Suchterkrankungen und suizidalem Verhalten

2. Gemeinsame, zugrunde liegende Risikofaktoren:

- Achse I-Störungen, z. B. Depression, bipolare Störung (56% lifetime), Schizophrenie (47% lifetime)¹
- Persönlichkeitsstörungen
- traumatische Kindheitserfahrungen oder familiäre Dysfunktion

Substanzkonsum, insbesondere –abusus, kann die Vulnerabilität zu suizidalem Verhalten erhöhen!

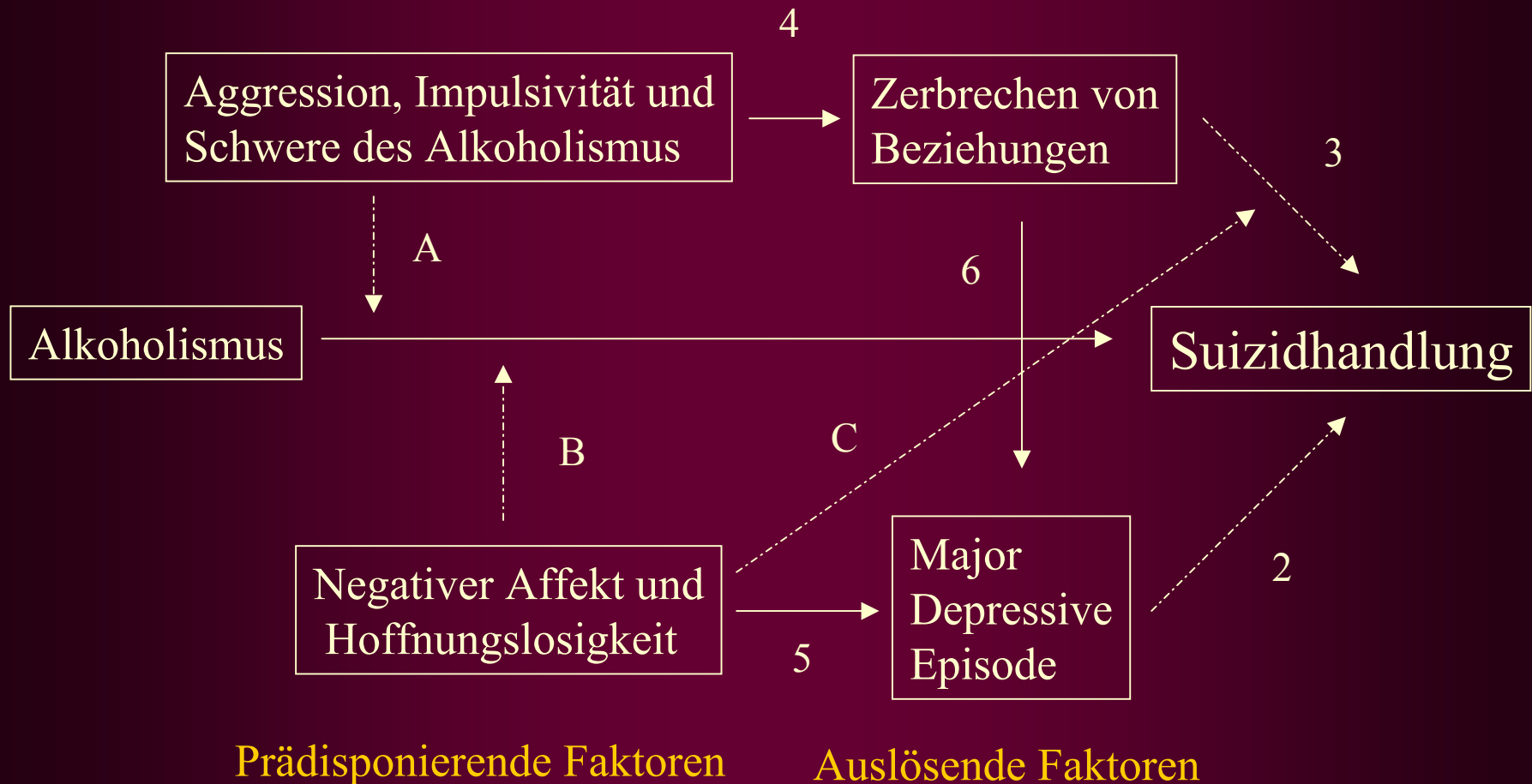


Zusammenhang zwischen Suchterkrankungen und suizidalem Verhalten

3. Alkohol oder andere intoxicierende Substanzen sind **Teil der suizidalen Handlung**
4. Substanzabusus kann die Vulnerabilität für suizidales Verhalten bei anderen Personen als beim Substanzkonsumenten selbst erhöhen, z. B. bei Partnern oder Kindern



Beziehung zwischen Alkoholismus und Suizid



Prinzipien des Suizidmanagements bei Suchterkrankungen

- ✓ *Suizidale Kommunikation* (direkt – indirekt, verbal – nonverbal) ernst nehmen, Beziehung herstellen
- ✓ Häufig: *Entzug* = antisuizidal wirksam
- ✓ *Komorbidität* mit anderen psychischen Erkrankungen beachten
- ✓ *Pharmakologische Behandlung*:
Reduktion der Alkohol-/Drogenmenge/Abstinenz und Behandlung evtl. psychischer Begleiterkrankungen
- ✓ *Psychotherapeutische Behandlung*:
der Suchterkrankung und evtl. anderer psychischer Störungen
- ✓ *Weitere Risikofaktoren* beachten
(z. B. Lebensereignisse)



Beschreibung von Suizidalität (Annahme eines Kontinuitätsmodells)

Wunsch nach Ruhe, Pause, Unterbrechung im Leben
(mit dem Risiko von Versterben)

Todeswunsch
(jetzt oder in der unveränderten Zukunft tot sein zu wollen)

Suizidgedanke

- Erwägung als Möglichkeit
- Impuls (spontan, sich aufdrängend, zwanghaft)

Suizidabsicht

- mit bzw. ohne Plan
- mit bzw. ohne Ankündigung

Suizidhandlung

- vorbereiteter Suizidversuch
- begonnen und abgebrochen (Selbst-, Fremdeinfluß)
- durchgeführt (selbst gemeldet, gefunden)
- gezielt geplant, impulshaft

eher
passive
Suizidalität

zunehmender
Handlungs-
druck
Zunahme
des Suizid-
risikos

eher
aktive
Suizidalität



Suizid„drohung“:

Risikofaktoren???

- Abhängigkeit?
- Aktueller Substanzkonsum?
- Impulsiv-aggressives Verhalten, insbesondere in betrunkenem Zustand?
- Komorbidität mit anderer psychischer Erkrankung?
- Aktuelle Lebensereignisse?
- Frühere Suizidversuche?
- Suizid(versuch)e in der Familienanamnese?
- Lebensumstände?

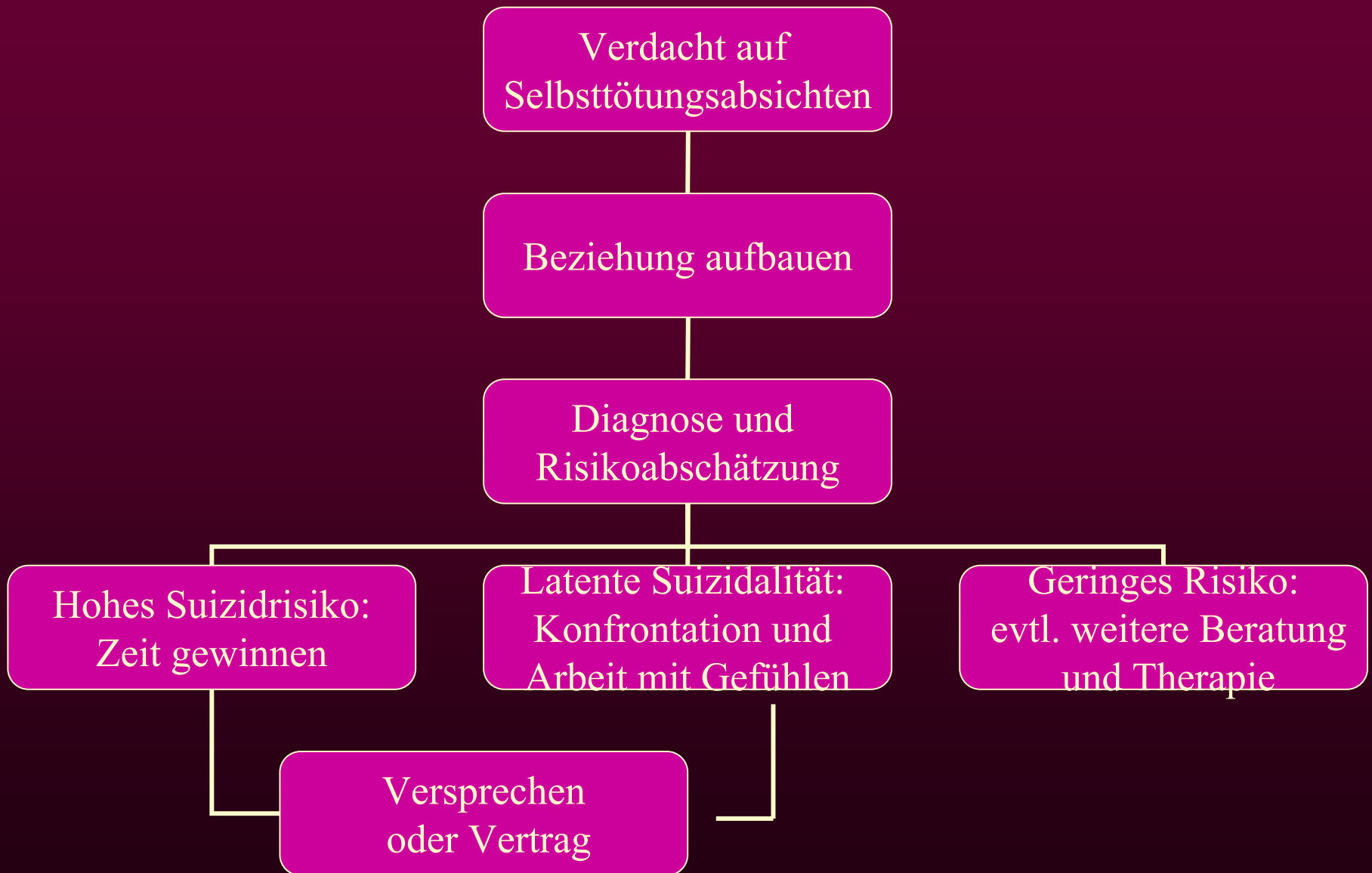


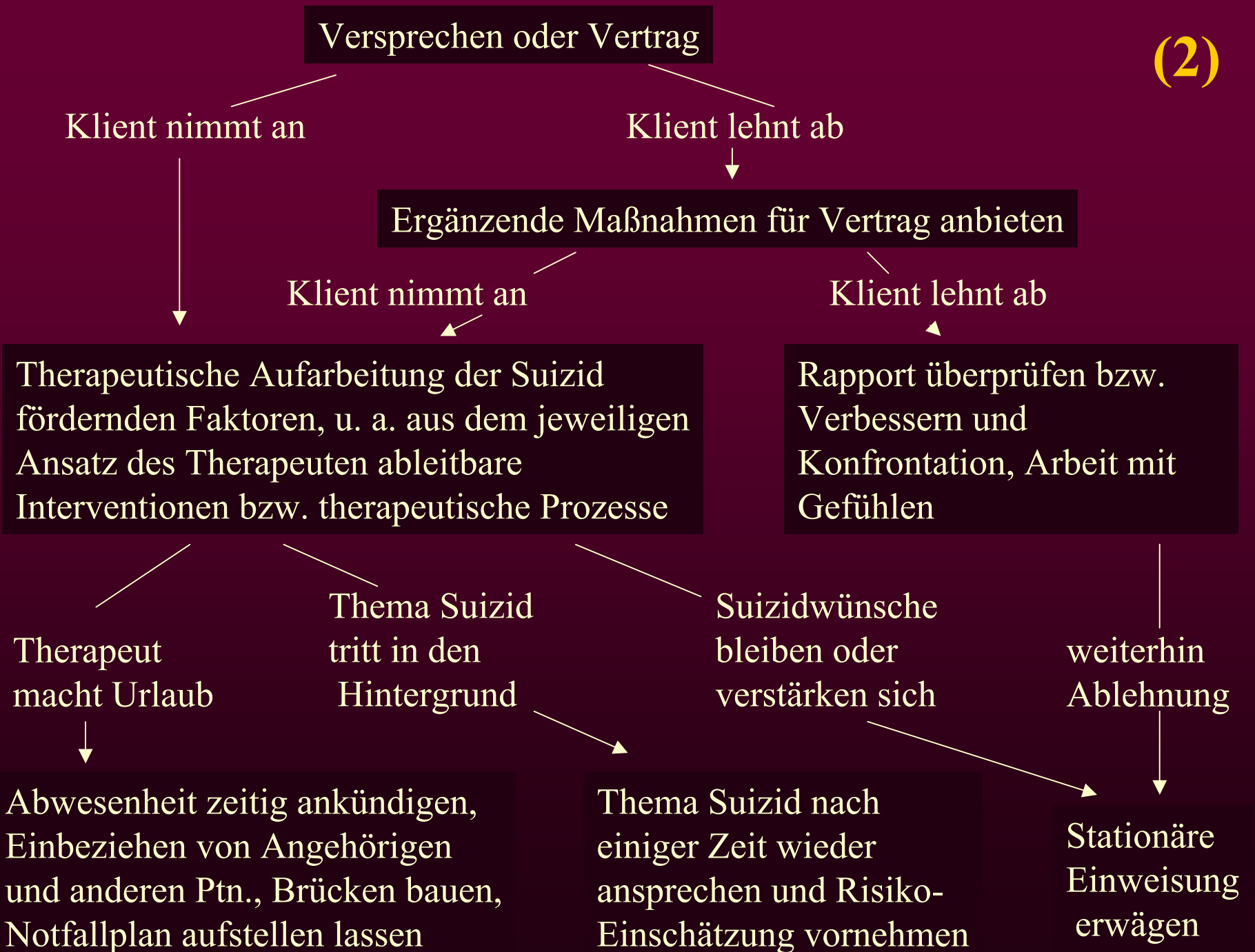
Suizidversuch

- Depression vorhanden?
- Sonst: wie bei „Suiziddrohung“ verfahren
- Besteht Suizidalität nach Suizidversuch fort?
- Risikofaktoren für Wiederholung?
- Risikofaktoren für erfolgreichen Suizid?
- Hohe Suizidabsicht beim Suizidversuch?



Prozessmodell für die Arbeit mit Suizidalen (1)





Behandlung der Abhängigkeit

- Behandlung der Intoxikation, Entgiftung, Entwöhnung
- Psychosoziale Beratung, Selbsthilfegruppen
- Psychotherapie
- Psychopharmaka (z. B. bei Alkoholabhängigkeit):
 - Disulfiram (?)
 - Opiatrezeptorantagonisten
 - Acamprosat
 - SSRI(?), Buspiron(?)
- Trennung in psychiatrische und suchtmmedizinische Behandlungsangebote oft problematisch



Behandlung von Begleiterkrankungen – Depression

- SSRI bei Komorbidität mit affektiven Störungen (Mittel der Wahl)¹
- Einsatz sedativer Antidepressiva bei Schlafstörungen wie Mirtazapin oder Trazodon²
- Kombination von Antidepressiva und Psychotherapie bei Depression und Alkoholabhängigkeit (?)

¹ Cornelius et al. 2001, ² Thase et al. 2001



Behandlung von Begleiterkrankungen – bipolare Störung



- Lithium (bei Jugendlichen)¹
- Valproinsäure² (Alkoholkonsum ↓)²
- Quetiapin (Kokain-/Amphetamincraving ↓)³
- Kombination von Psychotherapie (CBT) und Pharmakotherapie (depressive Symptome ↓, Medikamentencompliance ↑)⁴

¹ Geller et al. 1998, ² Salloum et al. 2005, ³ Brown et al. 2003, ⁴ Schmitz et al. 2002



Behandlung von Begleiterkrankungen – Schizophrenie

Atypika sowohl bei Komorbidität als auch bei Suizidalität

- o Clozapin (Mittel der Wahl)¹
- o Aripiprazol und Quetiapin (?)¹
- o gering signifikant bessere antisuizidale Wirkung von Clozapin ggb. Olanzapin²

¹ siehe Green 2006, ² Meltzer et al. 2003



Behandlung von Begleiterkrankungen – Angsterkrankungen, Persönlichkeitsstörungen



★ *Angsterkrankungen:*

- Psychopharmakotherapie
- Psychotherapie



★ *Persönlichkeitsstörungen:*

- Psychotherapie
- Soziotherapie



Medikamentöse Therapieempfehlungen:

- ❖ Datenlage: sehr begrenzt!
- ❖ Kaum Untersuchungen bei Komorbidität
- ❖ Keine Untersuchungen zu:
 - optimaler Dosis
 - Dauer der Behandlung
 - abstinentem Intervall vor
Behandlungsbeginn



Zusammenfassung

- ✓ *Komorbidity* mit anderen psychischen Erkrankungen beachten
- ✓ *Pharmakologische und psychotherapeutische Behandlung* der Suchterkrankung und der evtl. Begleiterkrankung
- ✓ *Weitere Risikofaktoren* berücksichtigen (z. B. Lebensereignisse)



Kernsymptome des „male depressive syndrome“^{1,2}

- **Irritabilität und Dysphorie**
- **feindselig-aggressives Verhalten**
- **Ärgerattacken**
- **Alexithymie (Unfähigkeit, Gefühle wahrzunehmen)**
- **Antisoziales Verhalten, vorübergehende „Soziopathie“**
- **Alkoholabusus, Missbrauchsäquivalente (Workaholismus)**
- **Reduzierte Impulskontrolle**
- **Reduzierte Stresstoleranz**

