

Suizidprävention bei Suchterkrankungen

In der Schweiz sterben jeden Tag zwei bis drei Menschen infolge Suizid. Mehr als die Hälfte dieser Menschen haben kurz vor ihrem Tod Alkohol oder eine andere Substanz zu sich genommen, etwa ein Viertel hat im Lauf des Lebens aufgrund einer Suchterkrankung eine Behandlung erhalten. Es ist deshalb wichtig, dieser speziellen Risikogruppe mit besonderer Achtsamkeit zu begegnen, um die vorhandenen Risikofaktoren angemessen einschätzen zu können und suizidpräventive Interventionen bei Suchterkrankungen zu kennen und anzuwenden.

Foto: z/vg



Eva-Maria Pichler

Foto: z/vg



Marc Walter

von Eva-Maria Pichler, Marc Walter

Eine Suchterkrankung ist ein wichtiger modifizierbarer Risikofaktor bei Suizid; sie ist ein Risikofaktor für tödliche Überdosierungen, Suizidgedanken, Suizidversuche und Tod durch Suizid (1). Obwohl alle Substanzen das Risiko für suizidales Verhalten erhöhen, sind länderübergreifend Alkohol und Opioide, aber auch Sedativa/Hypnotika die am häufigsten damit assoziierten Substanzen (2, 3). Darüber hinaus erhöhen Konsumstörungen von Cannabis, Kokain, Halluzinogenen, Tabak und Amphetaminen das Suizidsterberisiko (4, 5). Ein ähnlich erhöhtes Risiko, an Suizid zu versterben, haben Menschen mit einer Verhaltensabhängigkeit. Die höchste Prävalenz für Suizidversuche als wichtigsten Risikofaktor für spätere Suizide haben Menschen mit Sexsucht, gefolgt von Kaufsucht, Glücksspielsucht und Computerspielsucht (6).

Suizid ist ein sehr komplexes menschliches Verhalten. Er hat viele Bedeutungen und beinhaltet biologische, psychische und soziale Faktoren. Massnahmen zur Suizidprävention sind in der Verhinderung von Suiziden wirksam und sollten auf breiter Basis umgesetzt werden (7). Etwa 95% aller Menschen, die an Suizid sterben, haben eine psychiatrische Erkrankung, wobei 80% davon auf Depressionen zurückzuführen sind (8). Suchterkrankungen erhöhen unabhängig voneinander weiter das Risiko für suizidales Verhalten, und man findet sie mit der Alkoholabhängigkeit als zweithäufigste Diagnose bei vollendetem Suizid (9). Die frühzeitige Erkennung und Behandlung der Suchterkrankung ist eine der wichtigsten Strategien zur Verhinderung von Suiziden. Dabei haben sich sowohl pharmakologische als auch psychologische Interventionen als wirksam erwiesen (10).

Erklärungsmodelle der Suizid-Substanz-Verhaltens-Beziehung

Das psychologische Stress-Diathese-Modell erklärt das Suizidrisiko als eine Kombination von Stressoren wie die Substanzintoxikation bei vulnerablen Personen. Es geht davon aus, dass sich die individuelle Vulnerabilität unter Stress in Suizidgedanken äussert und durch Impulsivität und Aggression verstärkt wird. Das wiederum erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass Suizidgedanken umgesetzt werden (11). Dieses Modell wurde durch das interpersonelle psychologische Modell ergänzt, bei dem das Gefühl, andere zu belasten und in sozialen Gruppen nicht akzeptiert zu sein, mit dem Gefühl der Hoffnungslosigkeit, dass sich das nicht ändern wird, tödlich zusammenwirkt. Ein weiterer Aspekt der psychologischen Modelle ist die Annahme, dass suizidgefährdete Personen weniger Angst vor dem Tod und eine erhöhte Schmerztoleranz haben, die auf eine Gewöhnung durch frühere Selbstverletzungen oder Traumata zurückzuführen ist (12).

Innerhalb von konzeptuellen Modellen lassen sich die kausalen Mechanismen in der Analyse der Substanz-Verhaltens-Suizid-Beziehung in 2 Kategorien einteilen: Auswirkungen der akuten Intoxikation und Auswirkungen durch chronischen Substanzkonsum. Die akuten Auswirkungen einer Substanzintoxikation können dazu führen, dass die Risikobereitschaft oder das impulsive Verhalten steigt, wodurch die Angst vor dem Tod, die andernfalls als Schutzfaktor wirkt, reduziert sein kann und weniger nach alternativen Lösungen gesucht wird (13). In Studien zeigte sich, dass mehr als die Hälfte der Menschen, die einen Suizidversuch unternommen hatten, in den letzten Stunden Alkohol oder in den letzten Tagen auch andere Substanzen konsumiert hat (14, 15). In Übereinstimmung mit Suizidmodellen als Flucht vor

aversiver Selbstwahrnehmung stehen Substanzkonsum und suizidales Verhalten möglicherweise nicht in einem kausalen Zusammenhang, sondern entstehen als Funktion eines dritten Faktors wie der Motivation, schmerzhaft innere Zustände zu vermeiden (16).

Im Lauf der Zeit können chronischer Substanzkonsum und Verhaltensabhängigkeit das Suizidrisiko erhöhen, indem sie die soziale Isolation fördern, Beziehungen und Unterstützungssysteme zersetzen und psychosoziale Stressfaktoren (z. B. Obdachlosigkeit, finanzielle Unsicherheit) auslösen oder verschlechtern. Die negative Verstärkung des psychischen Schmerzes bei chronischem Opioidkonsum ist selbst ein zusätzlich einwirkender Faktor (17), da Menschen mit zunehmendem Leidensdruck einen Punkt erreichen können, an dem sie Suizid als einzigen Ausweg sehen. Besonders besorgniserregend ist das bei älteren Menschen, für die körperliche Krankheiten und Behinderungen einen wichtigen Risikofaktor für Suizid darstellen (18). Kognitive Defizite, die durch wiederholten Substanzmissbrauch entstehen, können die Emotionsregulation, die Entscheidungsfindung und die Verhaltenskontrolle beeinträchtigen, was zu einem weiter steigenden Suizidrisiko beiträgt (19).

Soziodemografische Faktoren

Wie eine schwedische Kohortenstudie zeigt, bestehen neben den bekannten Suizidrisiken von Menschen mit Suchterkrankung (genetische Veranlagung, psychiatrische Erkrankungen und Stressfaktoren in der Kindheit) geschlechts- und altersspezifische Unterschiede: Frauen mit Alkoholkonsumstörung haben das höchste Suizidversuchsrisiko in der späten Adoleszenz, und bei Männern gipfelt das Risiko um das 30. Lebensjahr (20). Im späteren Erwachsenenalter sind affektive Störungen für suizidales Verhalten stärkere Prädiktoren als Suchterkrankungen (21, 22) (Abbildung). Frauen, bei denen der Tod durch Suizid insgesamt weniger häufig ist, weisen mit einer Suchterkrankung ein mit Männern vergleichbares Risiko auf (21). Ein Längsschnitzzusammenhang zwischen starkem Cannabiskonsum und dem Auftreten von suizidalem Verhalten ist bei Männern belegt, nicht aber bei Frauen. Umgekehrt ist die Suizidalität bei Frauen mit dem Beginn des Cannabiskonsums verbunden, nicht aber bei Männern (23). Ähnliches gilt für die Verhaltenssuchte: Weibliches Geschlecht und Arbeitslosigkeit sind zwei relevante soziodemografische Faktoren, die mit dem Suizidrisiko bei Spiel- und Kaufsucht in Verbindung gebracht werden (6). Gesundheitsdienstleister sollten sich bewusst sein, dass Menschen mit Suchterkrankung den allgemeinen Erwartungen, wann das Suizidrisiko am grössten ist, widersprechen können.

Gemeinsame neurobiologische und genetische Merkmale

Menschen mit Suchterkrankungen haben eine Reihe neurobiologischer Merkmale mit suizidgefährdeten Personen gemeinsam. Hinweise auf eine fehlerhafte Übertragung von Serotonin (5-Hydroxytryptamin, 5-HT) wurden postmortal in Gehirnen von Suizidenten gefunden (24, 25). Suizidalität geht mit einem reduzierten Volumen der grauen Substanz in verschiedenen Teilen des präfrontalen Kortex einher (26). Dieser ist sowohl an

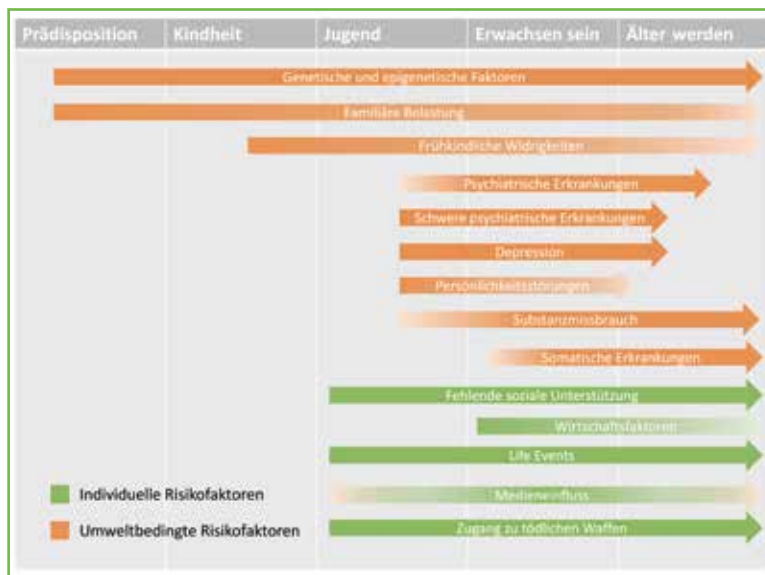


Abbildung: Risikofaktoren für Suizid und die Stärke des Zusammenhangs im Lauf des Lebens. Die Stärke des Zusammenhangs zwischen den einzelnen Risikofaktoren und Suizid wird durch die Schattierung angezeigt (eine dunklere Schattierung bedeutet einen stärkeren Zusammenhang). (Grafik modifiziert nach [48]).

der Entscheidungsfindung als auch der Hemmungskontrolle beteiligt. Bei Personen, die eine Alkohol- oder eine Opioidabhängigkeit aufweisen, konnte ebenfalls ein verringertes Volumen an grauer Substanz in diesen Bereichen (27–29) sowie in belohnungsbezogenen Regionen wie der Amygdala und dem Nucleus accumbens (30) festgestellt werden, das zudem mit einem erhöhten Risiko für lebenslanges suizidales Verhalten assoziiert wird (31, 32).

Eine Störung der biologischen Stressreaktion in der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren-Achse (HPA-Achse) wurde sowohl bei Alkoholkonsumierenden mit hohen Substanzmengen (33) als auch bei suizidgefährdeten Personen (34) gefunden. Insbesondere die Suizidversuchspersonen, die ein hohes Impulsivitäts- und Aggressivitätsverhalten zeigen, weisen eine erhöhte Kortisolreaktion auf einen sozialen Stressor auf (35). Eine serotonerge Dysfunktion könnte damit ein übergreifendes Bindeglied zwischen Suchterkrankungen und Suizid sein (36), da serotonerge Systeme die HPA-Funktion regulieren, indem sie stressbedingte Reaktionen hemmen oder verstärken (37).

Suchterkrankungen und Suizidalität stehen möglicherweise auch in einem genetischen Zusammenhang (38), und zwar in der Promotorregion des Serotonintransportergens, das als 5-HTTLPR bezeichnet wird (39). Dessen funktioneller Polymorphismus ist mit einem Mangel an Serotonin-Wiederaufnahme verbunden und wird mit Stimmungsstörungen, Alkoholabhängigkeit (40) und einem erhöhten Risiko für Suizidversuche (41) in Verbindung gebracht, insbesondere mit multiplen und hochgradig tödlichen Versuchen (42).

Behandlungsoptionen und Therapiemethoden

Bei Menschen mit Suchterkrankungen und suizidalem Verhalten besteht dringender Bedarf an wirksamen Antisuizid-Interventionen. Diese Hochrisikogruppe zeigt

Tabelle 1:

Beispiel für die Erstellung eines Notfallplans als Unterstützung in suizidalen Krisen (mod. nach [87])

Exploration	Beispiele
1. Warnzeichen, die auf suizidale Entwicklungen aufmerksam machen, und festlegen, ab wann der Notfallplan zur Anwendung kommt.	Stressoren, Emotionen, Kognitionen, Verhalten
2. Internale Bewältigungsstrategien, die ohne Hilfe anderer Menschen angewendet werden können und ermöglichen, sich von Suizidgedanken und -impulsen selbstständig abzulenken.	Trainieren, kalte Dusche
3. Soziale Ressourcen, die dabei helfen, sich von Suizidgedanken abzulenken.	Kontakt mit Angehörigen, öffentliche Räume nutzen
4. Helfer aus dem privaten Umfeld, die sich bereit erklären, in Krisensituationen durch Entlastungsgespräche zur Seite zu stehen.	
5. Professionelle Helfer, die eine adäquate notfallpsychiatrische Versorgung ermöglichen.	
6. Beseitigung potenzieller Suizidmittel, sodass auf diese in akut suizidalen Zuständen nicht unmittelbar zugegriffen werden kann.	Vorübergehende Verwahrung der Medikamente durch Angehörige

in der Regel einen schwereren Verlauf der Erkrankung, eine ausgeprägtere psychiatrische Komorbidität, einen höheren Substanzkonsum und stärkere psychosoziale Beeinträchtigungen (43). Klinische Interventionen und die Forschung konzentrieren sich häufig auf die Behandlung der Suchterkrankung: Motivation und Förderung der Abstinenz, Stabilisierung somatischer und psychiatrischer Symptome, sowie soziale Unterstützung (44) als wichtiger Schutzfaktor bei Personen mit Suchterkrankung (45). Beobachtungsstudien zeigen, dass sich die Anzahl von Suizidversuchen ein Jahr nach Behandlungsaufnahme gegenüber der Zeit vor Behandlungseintritt fast halbiert (46). Trotz des Erfolgs scheint die alleinige Behandlung der Suchterkrankung unzureichend.

Einschätzung des Suizidrisikos

Diagnostische Instrumente werden zur Vorhersage eines Suizidrisikos eingesetzt, um die klinische Entscheidungsfindung zur Behandlung zu verbessern und um bei der Identifizierung von Hochrisikogruppen, wie Personen mit Suchterkrankungen, zu unterstützen (47). Suizidrisikoeinschätzungsmodelle werden häufig in Notaufnahmen verwendet, um Personen zu beurteilen, die sich selbst zum Beispiel mit Substanzintoxikation gefährdet haben, sie weisen aber ein schlechtes Gleichgewicht zwischen Sensitivität und Spezifität und eine schwache Evidenz auf (48). Trotzdem befürwortet die European Psychiatric Association (EPA) den Einsatz solcher Screenings als Ergänzung zu einer individuellen psychiatrischen Beurteilung, um die gegebenenfalls vorhandenen kognitiven Verzerrungen des Beurteilenden zu minimieren (49, 50). Im deutschsprachigen Raum stehen verschiedene Selbst- und Fremdbeurteilungsinstrumente zur Verfügung, wie Nurses' Global Assessment of Suicide Risk (NGASR) (51) oder Beck Scale for Suicide Ideation (BSS) (52).

Wahl des Behandlungssettings

Klinisch tätige Kolleginnen und Kollegen berichten von der Beobachtung, dass mit dem Ausnüchtern die Suizidgedanken und die Notwendigkeit für eine Behandlung nachlassen. Personen mit einer Substanzkonsumstörung, die Suizidabsichten äussern, sollten unverzüglich stationär aufgenommen werden (53). Klinische Leitlinien empfehlen dieses Vorgehen auch für Personen, die keine Suizidgedanken äussern, jedoch Symptome einer schweren depressiven Episode zeigen (44). Hier ist ein stationärer Aufenthalt für mehrere Tage empfehlenswert. Es zeigt sich, dass suizidgefährdete Personen mit Substanzkonsumstörung von einer stationären Behandlung im Vergleich zur ambulanten Behandlung deutlich profitieren (54). Eine stationäre Behandlung ist ausserdem dann empfohlen, wenn Personen mit Abhängigkeit schwere Unruhe, psychotische Symptome, Denkstörungen oder ausgeprägte Impulsivität offenbaren, über ein Gefühl der Hoffnungslosigkeit berichten und/oder bereits einen Suizidversuch in der Vorgeschichte aufweisen. Einen möglichen Entscheidungsbaum für eine stationäre versus ambulante Behandlung haben Tiet et al. erstellt (55), nach deren Analyse vor allem auf folgende Subgruppe zu achten ist: Personen mit einer Substanzkonsumstörung und einem Alkoholkonsum bis zur Intoxikation in den letzten 30 Tagen, Suizidversuch in der Vorgeschichte, Konsum von Kokain in den letzten 30 Tagen und verminderter Kontrolle von gewalttätigem Verhalten. In jedem Fall sind Konsumrückfälle und suizidales Verhalten nach der Entlassung weiterhin problematisch (56). Die Verlegung in eine anschliessende stationäre Einrichtung kann das Risiko von suizidalen Handlungen weiter verringern (57). Vor der Entlassung sollte die hospitalisierte Person, deren soziales Umfeld oder andere Unterstützungspersonen angewiesen werden, alle subjektiv gefährlichen Gegenstände aus der Wohnung zu entfernen (58). Eine aktuelle Metaanalyse unterstützt zudem den Einsatz von Notfallplänen in klinischen Leitlinien zur Suizidprä-

Tabelle 2:

Suizidpräventionsinterventionen bei Menschen mit Suizidalität und Suchterkrankungen

1	Awareness	<ul style="list-style-type: none"> ● Schulung von Allgemeinmedizinern, Pflegefachpersonen und anderen Helfenden ● Schulung von Betroffenen und deren sozialem Umfeld (z. B. preventing addiction related suicide, PARS) ● Personen mit Suizidgedanken auch bei wenigen Symptomen ernst nehmen
2	Einschätzung und Screening	<ul style="list-style-type: none"> ● In der Einschätzung berücksichtigen: Geschlecht, Alter, frühere Suizidversuche, starke Alkoholintoxikation (innerhalb der letzten 30 Tage), gewalttätiges Verhalten, Kokainkonsum innerhalb der letzten 30 Tage ● Suizidrisikoassessments zur klinischen Einschätzung empfohlen (z. B. BSS, NGASR)
3	Behandlung und Nachsorge	<ul style="list-style-type: none"> ● Pharmakologische Behandlung in Betracht ziehen: Alkoholabhängigkeit (Naltrexon, Acamprosat, Disulfiram), Opioidabhängigkeit (OAT) sowie Behandlung der vorhandenen Komorbiditäten (z. B. SSRI bei Depression, Lithium bei bipolaren Erkrankungen usw.) ● Psychotherapie: regelmässig und längerfristig, insbesondere mit Elementen aus KVT, DBT, MI und MET ● Vertrauensvolle, tragfähige therapeutische Beziehung aufbauen und aktiv pflegen
4	Setting wählen	<ul style="list-style-type: none"> ● Stationäres Setting empfohlen bei Intoxikation, starker Unruhe, schwerer depressiver Episode, psychotischen Symptomen, starker Hoffnungslosigkeit, Suizidversuch in der Vorgeschichte, ausgeprägten Denkstörungen, hoher Impulsivität mit Neigung zu gewalttätigem Verhalten ● Ggf. Übergang in ein weiterführendes fachspezifisches, stationäres Setting erwägen
5	Übergang Alltag	<ul style="list-style-type: none"> ● Gefahrenquellen beseitigen (hochprozentige alkoholische Getränke, Waffen, sedierende Medikamente usw.) ● Rückfallprävention und Suizidnotfallplan erarbeiten

vention (59). Ein Beispiel zur Erstellung findet sich in *Tabelle 1*.

Pharmakotherapie

Für die Behandlung von Depressionen mit suizidalem Verhalten wurde von den Arzneimittelbehörden einiger Länder Esketamin zugelassen (60). Da sich allerdings Craving und andere Suchtsymptome bei der längerfristigen Einnahme einstellen können, sollte der Einsatz bei Menschen mit Suchterkrankungen zurückhaltend erfolgen (61). Für Lithium und Clozapin liegen übereinstimmende Daten vor, die in bestimmten klinischen Kontexten eine schützende Wirkung vor Suizid belegen (62), ein genereller Einsatz bei suizidalen Menschen mit Suchterkrankung ist sicher nicht sinnvoll.

Zur pharmakologischen Behandlung der Alkoholabhängigkeit können Naltrexon, Acambrosat oder Disulfiram eingesetzt werden (63). Naltrexon kann zusätzlich zu einer Reduzierung von Angstzuständen und depressiven Symptomen führen (64) und wird auch bei der Opioidabhängigkeit eingesetzt. Bei der Opioidabhängigkeit stellt die Opioidagonistentherapie (OAT) die Behandlung der ersten Wahl dar. Sie soll dazu beitragen, eine instabile Abhängigkeit in eine stabile Abhängigkeit zu überführen, wobei unter anderem die Mortalität reduziert werden soll (65). Die Verabreichung von Buprenorphin bei Personen mit Opioidabhängigkeit hat sich im Kontext der Suizidprävention als besonders hilfreich erwiesen: Buprenorphin reduziert das Risiko für eine zukünftige Überdosierung (66), ist wirksam in der Behandlung depressiver Symptome im Verlauf der OAT sowie

bei der Reduzierung von Suizidgedanken und vollendeter Suizide (67, 68).

Obwohl selektive Serotonin-Wiederaufnahme-Inhibitoren (SSRI) bei Suizidalität nicht speziell indiziert sind, wurden sie mit Erfolg zur Verringerung von Suizidgedanken neben anderen depressiven Symptomen und zur Reduzierung des Substanzkonsums und ebenso der Verhaltensabhängigkeitssymptome eingesetzt. Sie haben sich als erste Wahl für depressive Personen mit Suchterkrankung etabliert (69). SSRI können in der Gruppe der Antidepressiva oft leichter in therapeutischen Dosen verschrieben werden, werden von den meisten Personen besser vertragen und sind bei Intoxikation sicherer. Trizyklische Antidepressiva scheinen ebenfalls beim gleichzeitigen Auftreten von Sucht und Depression wirksam zu sein (70, 71).

Zu den Behandlungen, die bei Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen zur Suizidprävention eingesetzt werden, gehören überdies die Elektrokrampftherapie und die repetitive transkranielle Magnetstimulation, doch sind diese Ansätze in diesem Fall noch nicht ausreichend untersucht.

Psychotherapeutische Interventionen

Für die Behandlung von Suizidalität bei Suchterkrankungen finden sich bislang keine explizit empfohlenen psychotherapeutischen Interventionen. Die kognitive Verhaltenstherapie (KVT) hat sich aber bei der Behandlung von Suchterkrankungen allgemein als wirksam erwiesen (72, 73) und bietet in Bezug auf die Suizidalität einen erfolgreichen Ansatz (74), der vermutlich durch die Reduzierung von Hoffnungslosigkeit bzw. die Ver-

mittlung von Selbstwirksamkeit vermittelt wird. Der Ansatz fokussiert erfolgreich auf das Erkennen von dysfunktionalen Kognitionen und Stressoren, die mit bisherigen Suizidversuchen zusammenhängen, und auf die Entwicklung funktionaler Bewältigungsstrategien (75).

Obwohl die dialektische behaviorale Therapie (DBT) tendenziell für Personen mit emotional instabiler Persönlichkeit entwickelt wurde, zeigt sich, dass diese auch bei substanzabhängigen Personen mit erhöhter Impulsivität und suizidalem Verhalten (76, 77) wirksam eingesetzt werden kann. Sie ist eine Form der kognitiven Therapie, die sowohl im Einzel- als auch im Gruppensetting anwendbar ist und sich darauf konzentriert, Menschen in der Therapie zu halten und ihnen dabei zu helfen, mit ihren Emotionen angemessen umzugehen und Achtsamkeitsfähigkeiten zu erlernen.

Das Kontingenzmanagement (CM), in dessen Rahmen vereinbarte Verhaltensweisen belohnt werden, um die Auftretenswahrscheinlichkeit dieser Verhaltensweisen zu erhöhen bzw. jene der nicht erwünschten zu reduzieren, scheint vor allem bei Opioid- und Kokainkonsumenten Erfolg versprechend zu sein (37), findet aber in Europa und ausserhalb von Studien nur punktuell Anwendung. Die Motivationsverstärkungstherapie (MET) ist eine zeitlich begrenzte Intervention, bei der die Prinzipien der motivierenden Gesprächsführung (MI) eingesetzt werden, um Ambivalenzen in Bezug auf die Behandlung aufzulösen und Ziele in Bezug auf den Konsum bzw. das Suchtverhalten zu klären (37). Die in der Suchttherapie oft eingesetzte systemische Familientherapie zeigte in Bezug auf selbstschädigendes Verhalten wenig Wirkung (78).

Suizidprävention im Kontext von Suchterkrankungen Individuelle Ebene

Für die Suizidprävention bei Menschen mit Suchterkrankungen ist es von Vorteil, die folgenden 5 Punkte bei der Beurteilung und dem Management des Suizidrisikos zu berücksichtigen (Tabelle 2). Erstens kann eine Person, die sich mit Suizidgedanken meldet, auch dann suizidgefährdet sein, wenn sie nur wenige offensichtliche Symptome (Alkoholintoxikation, Suizidalität, Komorbiditäten) aufweist (79). Zweitens sollte das Suizidrisiko unter Berücksichtigung der prädisponierenden (Substanzkonsum) und der auslösenden Faktoren, einschliesslich der aktuellen Lebensereignisse, bewertet

werden (80). Drittens sollten das Suizidrisiko und die Suchterkrankung durch regelmässige psychotherapeutische Interventionen behandelt werden (55), eine pharmakologische Behandlung sollte in Betracht gezogen werden (81). Viertens sollten die suizidgefährdete Person, die Familienangehörigen und das professionelle Unterstützungssystem für ein sicheres Umfeld sorgen, in dem die Suizidmittel wie Schusswaffen oder potenziell tödliche Substanzen entfernt werden (58). Und fünftens wird das Suizidrisiko als hoch oder ungewiss eingestuft, sollten Betroffene unverzüglich an psychiatrische Einrichtungen verwiesen werden, wo Suizidrisikoassessments erfolgen sollten. Es sollten stets Geschlecht, Alter, frühere Suizidversuche, somatische und psychische Erkrankungen, hohe Suizidabsicht und die Inanspruchnahme psychiatrischer Behandlung berücksichtigt werden, da sie als Prädiktoren für suizidales Verhalten gelten. Der Aufbau und die Aufrechterhaltung einer tragfähigen therapeutischen Beziehung ist für die Reduktion des Suizidrisikos von zentraler Bedeutung (82).

Sekundäre Präventionsmassnahmen

Die suizidpräventive Schulung von Allgemeinmedizinern und Pflegefachpersonen kann einen grossen Einfluss auf die Einschätzung und die Behandlung von Risikopersonen haben (83). Aber auch eine Schulung von Betroffenen und deren Peers kann hilfreich sein, wie der Einsatz von Preventing Addiction Related Suicide (PARS) zeigt. PARS wurde als gruppenbasiertes sekundäres Suizidpräventionsmodul entwickelt, das sich nahtlos in die Standardstrukturen der ambulanten Gruppentherapie für Suchtkranke einfügen lässt (84). PARS verbessert das hilfesuchende Verhalten bei Suizidgedanken und reduziert maladaptives Verhalten von Menschen mit Suchterkrankungen (85).

Es ist bekannt, dass Alkoholkonsum keine Bedingung für einen Suizid darstellt. Trotzdem erwies sich eine Einschränkung der Verfügbarkeit von hochprozentigen Spirituosen als eine wirksame Massnahme zur Suizidprävention in den Ländern, in denen sowohl der Alkoholkonsum als auch die Suizidrate hoch sind (86). Ein gutes Präventionsprogramm verfolgt einen breiten Ansatz, da die Suchterkrankung wie die Suizidalität komplexe und multidimensionale Phänomene darstellen. ●

Korrespondenzadresse:

*Dr. med. univ. Eva-Maria Pichler
Chefärztin am Zentrum für Abhängigkeitserkrankungen
Psychiatrische Dienste Aargau (PDAG)
Königsfelderstrasse 1
5210 Windisch
E-Mail: eva-maria.pichler@pdag.ch*

Merkpunkte:

- Menschen mit Suchterkrankungen haben ein deutlich erhöhtes Risiko, an Suizid zu versterben.
- Die Suchterkrankung ist ein modifizierbarer Risikofaktor, dem wir mit suizidpräventiven Massnahmen begegnen können.
- Die Behandlung sollte immer beide Phänomene, Sucht und Suizidalität, berücksichtigen.
- Eine kontinuierliche vertrauensvolle, wertschätzende und tragfähige Beziehung ist in der Behandlung der Menschen mit Suchterkrankung und suizidalem Verhalten von grossem Wert.

Referenzen:

1. Cavanagh JTO et al.: Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychol Med.* 2003;33(3):395-405. doi:10.1017/S0033291702006943
2. Esang M et al.: A closer look at substance use and suicide. *American Journal of Psychiatry Residents' Journal.* 2018;13(6):6-8. doi:10.1176/APAJR-RJ.2018.130603
3. Crump C et al.: Comparative risk of suicide by specific substance use disorders: A national cohort study. *J Psychiatr Res.* 2021;144:247-254. doi:10.1016/j.jpsychires.2021.10.017
4. Wilcox HC et al.: Association of alcohol and drug use disorders and completed suicide: an empirical review of cohort studies. *Drug Alcohol Depend.* 2004;76 Suppl. doi:10.1016/J.DRUGALCDEP.2004.08.003
5. Orri M et al.: A genetically informed study on the association of cannabis, alcohol, and tobacco smoking with suicide attempt. *Mol Psychiatry.* 2021;26(9):5061-5070. doi:10.1038/s41380-020-0785-6

6. Valenciano-Mendoza E et al.: Prevalence of Suicidal Behavior and Associated Clinical Correlates in Patients with Behavioral Addictions. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021;18(21):11085. doi:10.3390/IJERPH182111085
7. Hofstra E et al.: Effectiveness of suicide prevention interventions: A systematic review and meta-analysis. *Gen Hosp Psychiatry*. 2020;63:127-140. doi:10.1016/J.GENHOSPSPSYCH.2019.04.011
8. Hjelmeland H et al.: Suicide and mental disorders: A discourse of politics, power, and vested interests. *Death Stud*. 2017;41(8):481-492. doi:10.1080/07481187.2017.1332905
9. Conner KR et al.: Suicidal behavior: links between alcohol use disorder and acute use of alcohol. *Alcohol Res*. 2019;40(1):e1-e4. doi:10.35946/ARCR.V40.1.02
10. Wasserman D et al.: Suicide prevention in psychiatric patients. *Asia Pac Psychiatry*. 2021;13(3). doi:10.1111/APPY.12450
11. Mann JJ et al.: Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *Am J Psychiatry*. 1999;156(2):181-189. doi:10.1176/AJP.156.2.181
12. van Orden KA et al.: The interpersonal theory of suicide. *Psychol Rev*. 2010;117(2):575-600. doi:10.1037/A0018697
13. Hufford MR: Alcohol and suicidal behavior. *Clin Psychol Rev*. 2001;21(5):797-811. doi:10.1016/S0272-7358(00)00070-2
14. McMahon GT et al.: Deliberate self-poisoning in an Irish county hospital. *Ir J Med Sci*. 2001;170(2):94-97. doi:10.1007/BF03168817
15. Carvalho AF et al.: Cannabis use and suicide attempts among 86, 254 adolescents aged 12–15 years from 21 low- and middle-income countries. *Eur Psychiatry*. 2019;56:8-13. doi:10.1016/J.EURPSY.2018.10.006
16. Borges G et al.: A meta-analysis of acute use of alcohol and the risk of suicide attempt. *Psychol Med*. 2017;47(5):949-957. doi:10.1017/S0033291716002841
17. Bryan CJ et al.: Reasons for suicide attempts in a clinical sample of active duty soldiers. *J Affect Disord*. 2013;144(1-2):148-152. doi:10.1016/J.JAD.2012.06.030
18. Russell D et al.: Physical disability and suicidal ideation: a community-based study of risk/protective factors for suicidal thoughts. *Suicide Life Threat Behav*. 2009;39(4):440-451. doi:10.1521/SULI.2009.39.4.440
19. le Berre AP et al.: Executive functions, memory, and social cognitive deficits and recovery in chronic alcoholism: a critical review to inform future research. *Alcohol Clin Exp Res*. 2017;41(8):1432-1443. doi:10.1111/ACER.13431
20. Edwards AC et al.: Alcohol use disorder and non-fatal suicide attempt: findings from a Swedish National Cohort Study. *Addiction (Abingdon, England)*. 2022;117(11):96-105. doi:10.1111/ADD.15621
21. Barak-Corren et al.: Predicting suicidal behavior from longitudinal electronic health records. *American Journal of Psychiatry*. 2017;174(2):154-162. doi:10.1176/APPI.AJP.2016.16010077/ASSET/IMAGES/LARGE/APPI.AJP.2016.16010077F2.JPEG
22. Edwards AC et al.: Alcohol use disorder and risk of suicide in a Swedish population-based cohort. *Am J Psychiatry*. 2020;177(7):627-634. doi:10.1176/APPI.AJP.2019.19070673
23. Shalit N et al.: The association between cannabis use and suicidality among men and women: A population-based longitudinal study. *J Affect Disord*. 2016;205:216-224. doi:10.1016/J.JAD.2016.07.010
24. van Heeringen K et al.: The neurobiology of suicide. *Lancet Psychiatry*. 2014;1(1):63-72. doi:10.1016/S2215-0366(14)70220-2
25. Pihl RO et al.: Serotonin and aggression and the alcohol-aggression relationship. *Alcohol Alcohol*. 1998;33(1):55-65. doi:10.1093/OXFORDJOURNALS.ALCALCA.A008348
26. Benedetti F et al.: Opposite effects of suicidality and lithium on gray matter volumes in bipolar depression. *J Affect Disord*. 2011;135(1-3):139-147. doi:10.1016/J.JAD.2011.07.006
27. Welch KA et al.: Brain structure in adolescents and young adults with alcohol problems: systematic review of imaging studies. *Alcohol Alcohol*. 2013;48(4):433-444. doi:10.1093/ALCALCA/AGT037
28. Feldstein Ewing SW et al.: The effect of alcohol consumption on the adolescent brain: A systematic review of MRI and fMRI studies of alcohol-using youth. *Neuroimage: Clinical*. 2014;5:420. doi:10.1016/J.NICL.2014.06.011
29. Lin HC et al.: Altered gray matter volume and disrupted functional connectivity of dorsolateral prefrontal cortex in men with heroin dependence. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2018;72(6):435-444. doi:10.1111/PCN.12655
30. Makris N et al.: Decreased volume of the brain reward system in alcoholism. *Biol Psychiatry*. 2008;64(3):192-202. doi:10.1016/J.BIOPSYCH.2008.01.018
31. Sublette ME et al.: Regional brain glucose uptake distinguishes suicide attempters from non-attempters in major depression. *Arch Suicide Res*. 2013;17(4):434-447. doi:10.1080/13811118.2013.801813
32. Richard-Davantoy S et al.: A meta-analysis of neuropsychological markers of vulnerability to suicidal behavior in mood disorders. *Psychol Med*. 2014;44(8):1663-1673. doi:10.1017/S0033291713002304
33. Boschloo L et al.: Heavy alcohol use, rather than alcohol dependence, is associated with dysregulation of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis and the autonomic nervous system. *Drug Alcohol Depend*. 2011;116(1-3):170-176. doi:10.1016/J.DRUGALCDEP.2010.12.006
34. Coryell W et al.: The dexamethasone suppression test and suicide prediction. *Am J Psychiatry*. 2001;158(5):748-753. doi:10.1176/APPI.AJP.158.5.748
35. Stanley B et al.: Suicidal subtypes, stress responsivity and impulsive aggression. *Psychiatry Res*. 2019;280. doi:10.1016/J.PSYCHRES.2019.112486
36. Braquehais MD et al.: Hypothalamic-pituitary-adrenal axis dysfunction as a neurobiological correlate of emotion dysregulation in adolescent suicide. *World J Pediatr*. 2012;8(3):197-206. doi:10.1007/S12519-012-0358-0
37. Rizk MM et al.: Suicide risk and addiction: the impact of alcohol and opioid use disorders. *Current Addiction Reports*. 2021;8(2):1. doi:10.1007/S40429-021-00361-Z
38. Mann JJ et al.: Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *Am J Psychiatry*. 1999;156(2):181-189. doi:10.1176/AJP.156.2.181
39. Mann JJ: Neurobiology of suicidal behaviour. *Nat Rev Neurosci*. 2003;4(10):819-828. doi:10.1038/NRN1220
40. Sander T et al.: Serotonin transporter gene variants in alcohol-dependent subjects with dissocial personality disorder. *Biol Psychiatry*. 1998;43(12):908-912. doi:10.1016/S0006-3223(97)00356-9
41. Preuss UW et al.: Association between suicide attempts and 5-HTTLPR-S-allele in alcohol-dependent and control subjects: further evidence from a German alcohol-dependent inpatient sample. *Biol Psychiatry*. 2001;50(8):636-639. doi:10.1016/S0006-3223(01)01196-9
42. Gorwood P et al.: Serotonin transporter gene polymorphisms, alcoholism, and suicidal behavior. *Biol Psychiatry*. 2000;48(4):259-264. doi:10.1016/S0006-3223(00)00840-4
43. Sher L et al.: Depressed patients with co-occurring alcohol use disorders: a unique patient population. *J Clin Psychiatry*. 2008;69(6):907-915. doi:10.4088/JCP.V69N0604
44. Sher L: Alcohol consumption and suicide. *QJM*. 2006;99(1):57-61. doi:10.1093/QJMED/HCI146
45. Xie P et al.: Prevalence of childhood trauma and correlations between childhood trauma, suicidal ideation, and social support in patients with depression, bipolar disorder, and schizophrenia in southern China. *J Affect Disord*. 2018;228:41-48. doi:10.1016/J.JAD.2017.11.011
46. Ilgen MA et al.: Predictors of a suicide attempt one year after entry into substance use disorder treatment. *Alcohol Clin Exp Res*. 2007;31(4):635-642. doi:10.1111/J.1530-0277.2007.00348.X
47. Olsson M et al.: Focusing suicide prevention on periods of high risk. *JAMA*. 2014;311(11):1107-1108. doi:10.1001/JAMA.2014.501
48. Fazel S et al.: Suicide. Ropner AH, ed. *N Engl J Med*. 2020;382(3):266. doi:10.1056/NEJMRA1902944
49. Wasserman D et al.: The European Psychiatric Association (EPA) guidance on suicide treatment and prevention. *Eur Psychiatry*. 2012;27(2):129-141. doi:10.1016/J.EURPSY.2011.06.003
50. Pease JL et al.: How Veterans Health Administration Suicide Prevention Coordinators Assess Suicide Risk. *Clin Psychol Psychother*. 2017;24(2):401-410. doi:10.1002/CPP.2011
51. Kozel B et al.: Inter-rater reliability of the German version of the Nurses' Global Assessment of Suicide Risk scale. *Int J Ment Health Nurs*. 2016;25(5):409-417. doi:10.1111/INM.12193
52. Kliem S et al.: German Beck Scale for Suicide Ideation (BSS): psychometric properties from a representative population survey. *BMC Psychiatry*. 2017;17(1). doi:10.1186/S12888-017-1559-9
53. Cornelius JR et al.: Interventions in suicidal alcoholics. *Alcohol Clin Exp Res*. 2004;28(5 Suppl). doi:10.1097/01.ALC.0000127418.93914.AC
54. Ilgen MA et al.: Recent suicide attempt and the effectiveness of inpatient and outpatient substance use disorder treatment. *Alcohol Clin Exp Res*. 2005;29(9):1664-1671. doi:10.1097/01.ALC.0000179411.88057.3A
55. Tiet QQ et al.: Suicide attempts among substance use disorder patients: an initial step toward a decision tree for suicide management. *Alcohol Clin Exp Res*. 2006;30(6):998-1005. doi:10.1111/J.1530-0277.2006.00114.X
56. Loch AA: Discharged from a mental health admission ward: is it safe to go home? A review on the negative outcomes of psychiatric hospitalization. *Psychol Res Behav Manag*. 2014;7:137-145. doi:10.2147/PRBM.S35061
57. Britton PC et al.: Comorbid depression and alcohol use disorders and prospective risk for suicide attempt in the year following inpatient hospitalization. *J Affect Disord*. 2015;187:151-155. doi:10.1016/J.JAD.2015.08.029
58. Modesto-Lowe V et al.: Alcohol dependence and suicidal behavior: from research to clinical challenges. *Harv Rev Psychiatry*. 2006;14(5):241-248. doi:10.1080/10673220600975089
59. Nuij C et al.: Safety planning-type interventions for suicide prevention: meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2021;219(2):419-426. doi:10.1192/BJP.2021.50
60. Kritzer MD et al.: Ketamine for treatment of mood disorders and suicidality: A narrative review of recent progress. *Ann Clin Psychiatry*. 2022;34(1):33-43. doi:10.12788/acp.0048
61. Orsolini L et al.: Craving and addictive potential of esketamine as side effects? *Expert Opin Drug Saf*. 2022;1-10. doi:10.1080/14740338.2022.2071422
62. Wilkinson ST et al.: Pharmacological and somatic treatment effects on suicide in adults: A systematic review and meta-analysis. *Depress Anxiety*. 2022;39(2):100-112. doi:10.1002/DA.23222
63. Dongier M: What are the treatment options for comorbid alcohol abuse and depressive disorders? *Journal of Psychiatry and Neuroscience*. 2005;30(3):224. Accessed May 30, 2022. /pmc/articles/PMC1089782/
64. DeVido JJ et al.: Treatment of the depressed alcoholic patient. *Curr Psychiatry Rep*. 2012;14(6):610. doi:10.1007/S11920-012-0314-7
65. Swiss Society of Addiction Medicine (SSAM). Accessed June 19, 2022. https://www.ssam-sapp.ch/

66. Mattick RP et al.: Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014;2014(2). doi:10.1002/14651858.CD002207.PUB4
67. Coplan PM et al.: Comparison of abuse, suspected suicidal intent, and fatalities related to the 7-day buprenorphine transdermal patch versus other opioid analgesics in the National Poison Data System. *Postgrad Med.* 2017;129(1):55-61. doi:10.1080/00325481.2017.1269596
68. Molero Y et al.: Medications for alcohol and opioid use disorders and risk of suicidal behavior, accidental overdoses, and crime. *Am J Psychiatry.* 2018;175(10):970. doi:10.1176/APPI.AJP.2018.17101112
69. Torrens M et al.: Efficacy of antidepressants in substance use disorders with and without comorbid depression. A systematic review and meta-analysis. *Drug Alcohol Depend.* 2005;78(1):1-22. doi:10.1016/J.DRUGALCDEP.2004.09.004
70. Iovieno N et al.: Antidepressants for major depressive disorder and dysthymic disorder in patients with comorbid alcohol use disorders: a meta-analysis of placebo-controlled randomized trials. *J Clin Psychiatry.* 2011;72(8):1144-1151. doi:10.4088/JCP.10M06217
71. Getachew B et al.: Role of cortical alpha-2 adrenoceptors in alcohol withdrawal-induced depression and tricyclic antidepressants. *Drug Alcohol Depend.* 2017;175:133. doi:10.1016/J.DRUGALCDEP.2017.03.004
72. McQuillan A et al.: Intensive dialectical behavior therapy for outpatients with borderline personality disorder who are in crisis. *Psychiatr Serv.* 2005;56(2):193-197. doi:10.1176/APPI.PS.56.2.193
73. Rosenthal A et al.: The Treatment of Substance Use Disorders: Recent Developments and New Perspectives. *Neuropsychobiology.* Published online June 20, 2022:1-22. doi:10.1159/000525268
74. Mewton L et al.: Cognitive behavioral therapy for suicidal behaviors: improving patient outcomes. *Psychol Res Behav Manag.* 2016;9:21-29. doi:10.2147/PRBM.S84589
75. Brown GK et al.: Cognitive therapy for the prevention of suicide attempts: a randomized controlled trial. *JAMA.* 2005;294(5):563-570. doi:10.1001/JAMA.294.5.563
76. Hurzeler T et al.: Psychosocial interventions for reducing suicidal behaviour and alcohol consumption in patients with alcohol problems: a systematic review of randomized controlled trials. *Alcohol Alcohol.* 2021;56(1):17-27. doi:10.1093/ALCALC/AGAA094
77. DeCou CR et al.: Dialectical behavior therapy is effective for the treatment of suicidal behavior: a meta-analysis. *Behav Ther.* 2019;50(1):60-72. doi:10.1016/J.BETH.2018.03.009
78. Cottrell DJ et al.: Effectiveness of systemic family therapy versus treatment as usual for young people after self-harm: a pragmatic, phase 3, multicentre, randomised controlled trial. *Lancet Psychiatry.* 2018;5(3):203-216. doi:10.1016/S2215-0366(18)30058-0
79. Park CHK et al.: Suicide risk factors across suicidal ideators, single suicide attempters, and multiple suicide attempters. *J Psychiatr Res.* 2020;131:1-8. doi:10.1016/J.JPSYCHIRES.2020.08.018
80. Yuodelis-Flores C et al.: Addiction and suicide: A review. *Am J Addict.* 2015;24(2):98-104. doi:10.1111/AJAD.12185
81. Pettinati HM et al.: A double-blind, placebo-controlled trial combining sertraline and naltrexone for treating co-occurring depression and alcohol dependence. *Am J Psychiatry.* 2010;167(6):668-675. doi:10.1176/APPI.AJP.2009.08060852
82. Dunster-Page C et al.: The relationship between therapeutic alliance and patient's suicidal thoughts, self-harming behaviours and suicide attempts: A systematic review. *J Affect Disord.* 2017;223:165-174. doi:10.1016/J.JAD.2017.07.040
83. Nordentoft M: Prevention of suicide and attempted suicide in Denmark. *Epidemiological studies of suicide and intervention studies in selected risk groups – PubMed.* *Dan Med Bull.* 2007;54(4):306-369.
84. Voss WD et al.: Preventing Addiction Related Suicide: A Pilot Study. *J Subst Abuse Treat.* 2013;44(5):565. doi:10.1016/J.JSAT.2012.10.006
85. Ries RK et al.: Effectiveness of a Suicide Prevention Module for Adults in Substance Use Disorder Treatment: A Stepped-Wedge Cluster-Randomized Clinical Trial. *JAMA Netw Open.* 2022;5(4):E222945. doi:10.1001/JAMANETWORKOPEN.2022.2945
86. Razvodovsky YE: Beverage-specific alcohol sale and suicide in Russia. *Crisis.* 2009;30(4):186-191. doi:10.1027/0227-5910.30.4.186
87. Fartacek C et al.: Suizidprophylaxe 41 (2014) Heft 2 68.