



Landschaftsverband Westfalen-Lippe  
Abteilung Gesundheitswesen

# FORUM SUCHT

*Beiträge aus Praxis und Wissenschaft*

## *Tagungsbericht: Sucht und Suizid*

*17. und 18. Juni 1991*

*In der Politischen Akademie Biggensee*

*5952 Attendorn/Neu-Listenohl*



**Koordinationsstelle für  
Drogenfragen und Fortbildung**  
Alter Steinweg 34, 4400 Münster

Telefon (02 51) 5 91 - 38 38

32 67

38 71

ISSN 0942-2382

Herausgeber:

Landschaftsverband Westfalen-Lippe  
Abt. Gesundheitswesen  
Koordinationsstelle für  
Drogenfragen und Fortbildung

1. Auflage  
1 - 2.000

Juni 1992

# **SUCHT UND SUIZID**

## **- TAGUNGSBERICHT -**

**Abt. Gesundheitswesen  
Koordinationsstelle für  
Drogenfragen und Fortbildung**

**Alter Steinweg 34  
4400 Münster  
Tel.: 0251) 591-38 38**



## **Einladung**

Angesichts der aktuellen Drogenprobleme stellen wir seit geraumer Zeit zwei Entwicklungen fest:

Einer qualitativen Ausdifferenzierung der Interventionsstrategien und Hilfsangebote in der Drogenhilfe steht eine dramatisch angestiegene Zahl von Drogentoten gegenüber.

Vor dem Hintergrund des zunehmenden Ausbaus der niedrigschwelligen Arbeit hat die Nähe in der Beziehung zwischen Berater/Therapeut auf der einen und Klient auf der anderen Seite offensichtlich eine neue Bedeutung erlangt. Viele Kollegen sehen sich verstärkt konfrontiert mit den suizidalen Tendenzen ihres Klientels. Gleichzeitig spüren sie deutlich, daß sich die zur Verfügung stehenden Handlungsstrategien oftmals als unzureichend erweisen. Die Folgen sind nicht selten eine um sich greifende Verunsicherung, verbunden mit einer deutlich spürbaren Tendenz zur Tabuisierung des Suizidrisikos. Mitarbeiter, die großen Belastungen ausgesetzt sind, schweigen über ihre Erfahrungen in diesem Bereich und stellen möglicherweise ihre eigene Kompetenz in Frage anstatt den Problembereich Sucht und Suizid offenzulegen.

Mit der Fachtagung am 17./18.06.1991 wollen wir den Versuch unternehmen, mit Beratern und Therapeuten diese äußerst sensible Thematik zu erörtern. Über eine produktive Verbindung zwischen der Darstellung von Forschungsergebnissen und dem persönlich, fachlichen Erfahrungsaustausch erhoffen wir uns eine Weiterentwicklung der bereits vorhandenen Arbeitsansätze, die im Arbeitsalltag vor Ort dazu beitragen können, die Auseinandersetzung mit dem Problem Sucht und Suizid besser zu bestehen.

Dr. Wolfgang Pittrich  
Landesrat

Wolfgang Rometsch  
Leiter der Koordinationsstelle



## ***Inhaltsverzeichnis***

|   | <b>Seite</b> |
|---|--------------|
| <b>Referat</b>  |              |
| <b>"Sucht und Suizid"</b>   | <b>7</b>     |
| Priv.-Doz. Dr. Thomas Bronisch, München   |              |
| <b>Referat</b>  |              |
| <b>"Steigende Drogennotfälle als Indiz für präsuizidale Absichten und Handlungen bei Drogenabhängigen"</b>                  | <b>19</b>    |
| Norbert Konegen, Herne  |              |
| <b>Berichte der Arbeitsgruppen</b>  |              |
| <b>Arbeitsgruppe 1:</b>   |              |
| <b>Der Mitarbeiter in der Drogenhilfe und der potentiellen Drogentod; Ängste, Phantasien und Altlasten bei Mitarbeitern</b> | <b>33</b>    |
| Matthias Nowak, Angela Beeck, Iserlohn  |              |
| <b>Arbeitsgruppe 2:</b>   |              |
| <b>Das Wesen des Suizids - der suizidale Prozeß, Diagnosen und Verläufe</b>   | <b>37</b>    |
| Dr. Wolf Müller, Bünde  |              |
| <b>Arbeitsgruppe 3:</b>   |              |
| <b>Sucht- und Suizidbegleitung - Lebenshilfe - Hilfsangebote - Konzepte</b>   | <b>53</b>    |
| Andreas Büscher, Annette Helmstätter, Dortmund  |              |





# Sucht und Suizid

Priv.-Doz. Dr. T. Bronisch

## Einleitung

Die Bedeutung der Beziehung zwischen Sucht und Suizid möchte ich auch an einigen Zahlen deutlich machen.

Die Wahrscheinlichkeit eines Suizides ist zwischen 60 und 120 mal größer bei chronischen Alkoholikern als bei nicht psychisch kranken Personen (MURPHY UND WETZEL 1990; WIESER 1966) und macht 25 % aller Suizide aus (MURPHY und WETZEL 1990). Die Suizidrate von Alkoholikern aus Langzeitkatamnesestudien beträgt 15 % (MILES 1977) und ist vergleichbar mit der Suizidrate von Depressiven aus Langzeitkatamnesestudien (MILES 1977).

Aus Katamnesestudien von Alkoholikern ergibt sich eine Suizidrate von 15 %.

Allerdings dürfte das Lebenszeitrisiko bei 2 % - 3,4 % für behandelte und unbehandelte Alkoholiker liegen (MURPHY und WETZEL 1990). Was die Suizidversuchsrate betrifft, so ist allgemein von einem 10 - 15fachen höheren Wert von Suizidversuchen gegenüber Suiziden auszugehen (KREITMAN 1981). Alkoholiker mit Suizidversuchen haben aber ein (noch) höheres Risiko, einen erneuten Suizidversuch zu unternehmen, als Patienten mit Suizidversuchen ohne Alkoholabhängigkeit (HAWTON et al. 1989). Auch bei Drogenabhängigen finden sich hohe Selbstmordraten. Allerdings ist es oft schwierig, zwischen absichtlicher und unabsichtlicher Überdosierung von Drogen zu unterscheiden. BATTEGAY (1965) hat in Basel bei einem Vergleich über die Suizidhäufigkeit bei Alkoholikern und Toxikomanen bei 21 % der Alkoholiker, jedoch bei 50 % der Toxikomanen Selbstmordhandlungen feststellen können. Selbstmordversuche sind besonders häufig bei mehrfach Abhängigen (62 %), bei Alkoholikern (34 %) und bei Abhängigen von Medikamenten und illegalen Rauschdrogen (67 %) (SCHMIDTOBREICK 1967).

## 1. Die Beziehung zwischen Sucht und Suizid

Die Beziehung zwischen Sucht und Suizid/Suizidversuchen ist nicht geklärt. Grundsätzlich wurden zwei gegensätzlich erscheinende Hypothesen entwickelt (RUSHING 1968):

1. Sucht und Suizidhandlungen sind die Funktionen gemeinsamer zugrunde liegender Faktoren (common cause theory).
2. Sucht führt durch ihre spezifische Problematik vermehrt zu Suizidhandlungen (processual cause interpretation).

Es ist aber auch logisch denkbar, beide Interpretationsansätze zu verbinden: Sozialstrukturen und/oder Persönlichkeitsmerkmale, die als gemeinsame Ursache von Sucht und Suizid in Frage kommen, können mit den negativen sozialen Folgen der Sucht gekoppelt sein und so die Selbstmordneigung noch mehr fördern.

Zunächst jedoch zur ersten Hypothese:

1. Sucht und Suizidhandlungen sind die Funktionen gemeinsamer zugrunde liegender Faktoren (common cause theory)
2. Depressivität

Obwohl Suizide/Suizidversuche bei allen psychiatrischen Erkrankungen auftreten, konnten epidemiologische Studien (WEISSMAN et al. 1973, DOBLER-MIKOLA und ANGST 1986) zeigen, daß Suizidversuche nahezu immer mit depressiven Symptomen und/oder depressiver Verstimmung einhergehen. Klinische Studien konnten zeigen, daß die Mehrzahl der Patienten vor einem Suizid/Suizidversuch eine ausgeprägte depressive Verstimmung aufwies (BARRACLOUGH und PALLIS 1975, URWIN und GIBBONS 1979, BERGLUND 1984). Dies belegt auch die Studien von WHITERS et al. (1985), in der Alkoholranke mit und ohne Suizidversuch hinsichtlich ihrer depressiven Symptomatik verglichen wurden. Neben den direkten Suizidintentionen traten signifikant Wertlosigkeitsgefühle, Weinkrämpfe, Hoffnungslosigkeit, Gedanken an den Tod in den letzten zwei Wochen vor der suizidalen Handlung, sowie signifikant häufiger die Angabe von Depressivität gegenüber dem behandelnden Arzt, auf.

Depressive Symptome kein SV

(N=83)% (N=31)% p<

---

| Depressive Symptome kein SV                     | (N=83)% | (N=31)% | p<    |
|---|---------|---------|-------|
| Dysphorische Verstimmung (letzte 2 Wochen)      | 39      | 65      | .05   |
| Schlaflosigkeit (letzte 2 Wochen)               | 30      | 58      | .05   |
| Psychomotorische Hemmung (letzte 2 Wochen)      | 17      | 29      | .05   |
| Psychomotorische Agitiertheit (letzte 2 Wochen) | 17      | 39      | .05   |
| Wertlosigkeitsgefühle (letzte 2 Wochen)         | 27      | 65      | .001  |
| Gedanken an Tod (letzte 2 Wochen)               | 30      | 61      | .001  |
| Wunsch zu sterben                               | 6       | 55      | .0001 |
| Suizidgedanken                                  | 24      | 100     | .0001 |

|                                       |    |    |      |
|---------------------------------------|----|----|------|
| Häufig Weinkrämpfe                    | 15 | 48 | .001 |
| Gefühl von Hoffnungslosigkeit         | 46 | 81 | .01  |
| Berichtet dem Arzt, depressiv zu sein | 6  | 26 | .01  |

Andererseits konnten epidemiologische wie klinische Studien nachweisen, daß über die Hälfte aller Depressiven keine Suizidgedanken oder Suizidhandlungen aufweisen, d. h. depressive Verstimmungen, depressive Symptome sind eine notwendige, aber nicht hinreichende Bedingung für Suizidversuche und wohl auch Suizide. Nachdem Alkoholismus und Depression als Ausdruck derselben Krankheitsdisposition verstanden worden sind (s. WINOKUR 1973) und eine ähnlich hohe Suizidrate von 15 % aufweisen (MILES 1977), stellt sich zunächst die Frage nach dem Zusammenhang zwischen Alkoholismus und Depression, bevor die Frage nach dem Zusammenhang von Alkoholismus und Suizid/Suizidversuche beantwortet wird.

Klinische, epidemiologische, pharmakologische und genetische Studien führten zu folgenden Ergebnissen: Es lassen sich zwar gehäuft bei Patienten mit Alkoholmißbrauch/-abhängigkeit depressive Verstimmungen beobachten. Sie sind allerdings von geringerer Intensität und klingen in der Regel bis zum Ende des Entzuges, gewöhnlich in den ersten zwei Wochen der Entzugsbehandlung, wieder ab. Ein ursächlicher Zusammenhang zwischen Alkoholismus und Depression läßt sich aber nicht finden (BRONISCH 1985, 1990) und somit auch nicht ein ursächlicher Zusammenhang zwischen Alkoholismus, Depression und Suizidalität.

### 3. Autoaggressive Tendenzen

Sucht wie Suizidneigung liegen starke Autoaggressionstendenzen zugrunde. Die Sucht stellt nach MENNINGER (1938) einen autodestruktiven Prozeß dar, der eingesetzt wird, um eine psychodynamisch bedeutsamere und in ihren Folgen radikalere Lösung der Selbstzerstörung (Selbstmord oder asoziales bzw. kriminelles Verhalten) zu vermeiden. So gesehen kann der Selbstmord der Sucht gegenüber als Zuspitzung bezeichnet werden, insofern als er eine manifeste, autodestruktive Aktion darstellt, die sich im Gegensatz zu dem protrahierten Verlauf der Sucht auf einen kurzen, fast punktuellen Zeitabschnitt zusammendrängt. Empirische Studien über autoaggressive Tendenzen bei Süchtigen liegen jedoch nicht vor. Grundsätzlich beinhaltet ein solches Konzept eine erhebliche Ausdehnung; denn dann müßten auch andere Störungen wie Anorexie, Zwang etc. mit einbezogen werden. Ferner fehlt bei Alkoholikern zunächst einmal die eindeutige Intention, zu sterben.

### 4. Persönlichkeit

Gemeinsamkeiten werden zwischen der Persönlichkeit von Suchtkranken und Suizidenten beobachtet. Allerdings ist es bis heute nicht gelungen, eine einheitliche Suchtpersönlichkeit (BARNES 1979) oder eine einheitliche Selbstmörderpersönlich-

keit darzustellen (FRANCES et al. 1988). Bei beiden Störungen könnte man eine depressive und eine narzißtische Persönlichkeitsstruktur vermuten. Allerdings wird bei Alkoholabhängigen eher von einer Borderline-Persönlichkeitsstruktur (ROST 1988) und bei Suizidenten mehr von einer narzißtischen Persönlichkeitsstruktur (HENSELER 1974) ausgegangen. Den Zusammenhang von depressiver Persönlichkeit und Sucht halte ich, wie schon gesagt, für nicht gegeben (BRONISCH 1985, 1990).

Bilanzierend kann man sagen, daß wir für die "common-cause-Theorie" wenig handfeste Befunde haben, die spezifisch genug sind, eine zugrunde liegende Ursache anzunehmen. Von ganz großer klinischer Bedeutung ist allerdings das gemeinsame Auftreten von Suizidalität und Depressivität, ohne daß damit eine irgendwie geartete Ursächlichkeit postuliert werden könnte.

### Sucht führt durch ihre spezifische Problematik vermehrt zu Suizidhandlungen (processual cause interpretation)

Sucht könnte mit ihrer Eigendynamik wie auch durch ihre negativen Folgen auf körperlichem, psychischem und sozialem Gebiet prozeßhaft zu Suizidversuchen/Suizid führen.

Die häufig zu beobachtenden depressiven Verstimmungen während des Entzuges (BRONISCH 1985, 1990) scheinen Alkoholiker zu Selbstmordhandlungen zu prädisponieren (MAYFIELD und MONTGOMERY 1972). Unter erhöhtem Alkoholspiegel, vermehrter Einnahme von Medikamenten und Drogen kann es zu einer Enthemmung mit unvorhersehbaren aggressiven Handlungen kommen (MAYFIELD und MONTGOMERY 1972) sprechen von der Abreaktion aufgestauter Gefühle (Wut, Aggression, Hyperaktivität). Weiterhin werden immer wieder Suizidhandlungen bei Horrortrips beobachtet. Schließlich führt langfristige Rauschmitteleinnahme zu Persönlichkeitsveränderungen und Verlust von sozialen Beziehungen und sozialem Abstieg, welche zur Suizidhandlung disponieren (FEUERLEIN 1982). In diese Richtung weisen auch empirische Studien, die zeigen konnten, daß - im Gegensatz zu depressiven Erkrankungen - gehäuft im Spätstadium der Suchterkrankung, d. h. nach 20 - 30 Jahren, der Suizid erfolgt (MILES 1977, ROY und LINNOILA 1986). Insbesondere der Verlust von nahen Angehörigen scheint dabei eine bedeutsame Rolle zu spielen (MURPHY et al. 1979).

## **2. Was kennzeichnet die spezielle Problematik?**

Der kurze Überblick über Häufigkeit, Bedeutung und Stellenwert von Suchterkrankungen im Rahmen von suizidalem Verhalten macht folgendes deutlich:

1. Sucht ist eine häufige psychiatrische Erkrankung bei Patienten mit suizidalem Verhalten.

2. Eine gemeinsame Ursache für Sucht und suizidales Verhalten konnte bis jetzt nicht durch empirische Studien bestätigt werden.
3. Suizidhandlung, Depression und Sucht treten häufig gemeinsam auf.
4. Depressionen weisen auf mögliche Suizidalität hin.
5. Eigendynamik der Sucht, wie die Folgeerscheinungen der Sucht auf körperlichem, psychischem und sozialem Gebiet, können prozeßhaft zu suizidalem Verhalten führen.

### 3. Standardmethoden

#### 1. Therapie der akuten Suizidalität

Aus diesen empirisch gestützten Feststellungen lassen sich folgende Strategien der Behandlung anbieten:

1. Bei suizidalem Verhalten ist eine diagnostische Abklärung einer zusätzlich bestehenden Suchtproblematik unbedingt erforderlich.

Allein aus der Häufigkeit von Suizidhandlungen bei Suchtpatienten ergibt sich die Notwendigkeit einer diagnostischen Abklärung. Da Suizidhandlungen des öfteren unter Einfluß von Alkohol, Medikamenten oder Drogen erfolgen, wird oftmals eine weitere diagnostische Abklärung unterlassen. Hinweise für das Vorliegen einer Sucht sind Entzugerscheinungen wie Fingerspitzentremor und vermehrte Schweißneigung; erhebliche Alkoholmengen, die normalerweise nicht "verkräftet" werden (über ca. 2 % Blutalkohol); Angaben von erheblichen Trinkmengen über längere Zeiträume; typisches Trinkverhalten, wie frühmorgendliches Trinken; Probleme mit Suchtmitteln am Arbeitsplatz oder in der Familie. Eventuell hilft nur eine Fremdanamnese weiter.

2. Depressive Verstimmungen bei Suchterkrankungen zwingen zur Abklärung von Suizidalität.

Suchtpatienten mit depressiven Verstimmungen müssen nach suizidalem Verhalten befragt werden. Dabei kann in der Entzugsphase eine depressive Verstimmung als Entzugssymptomatik fehlinterpretiert werden. Wichtig ist es, nach depressiven Verstimmungen und depressiven Symptomen vor Beginn des Entzuges bzw. in der Anamnese zu fragen. Es versteht sich von selbst, daß jegliche depressive Verstimmung dann zur Abklärung einer möglichen Suizidalität führt.

3. Läßt sich eine depressive Störung mit oder ohne Suizidalität eindeutig trennen von der Entzugssymptomatik, so muß die depressive Störung medikamentös behandelt werden, unabhängig von dem für die Alkoholkrankheit selbst geltenden Therapieziel

einer Abstinenz. Dies kann u. U. auch die Dauereinnahme eines Antidepressivums oder von Lithium allein oder in Kombination mit Carbamazepin bedeuten, im Sinne einer Rezidivprophylaxe.

4. Durch die Eigendynamik der Sucht ist suizidales Verhalten besonders unberechenbar und zwingt zu sofortigem ärztlichem Handeln im Sinne einer Notfallpsychiatrie oder Krisenintervention.

Enthemmende Wirkungen von Alkohol und Medikamenten lassen eine so demonstrative Suizidhandlung ernstnehmen und erfordern eine intensive Überwachung des Patienten. Bei Drogen ist an Horrortrips zu denken, d. h. an eine exogene Psychose, die ebenfalls besondere Vorsichtsmaßnahmen erfordert, welche u. U. auch die Beurteilung der Fremdgefährdung und damit den Schutz anderer Personen mit einschließt. Eventuell muß eine Unterbringung auf einer Intensivstation oder einer geschlossenen psychiatrischen Station erfolgen.

5. Die niedrige Suizid- und Suizidversuchsrate in Suchtbereichen nach Entgiftung (WOLFERSDORF 1989) erklärt den Alkoholentzug zur bereits antisuizidal wirksamen Maßnahme. Die niedrige Suizidrate bei längerfristig trockenem Alkoholikern (MURPHY und WETZEL 1990) und die hohe Suizidrate im Rückfall (MILES 1977) bestätigen dies.
6. Während sich die Akutbehandlung suizidal Süchtiger auf das selbstgefährdende und evtl. fremdgefährdende Verhalten des Betroffenen konzentriert, verlangt die langfristige Behandlung des suizidgefährdeten Süchtigen hingegen in erster Linie eine Behandlung des Suchtproblems.

## 2. Therapie von Alkoholismus und Medikamentenabhängigkeit

Die Therapie des Alkoholismus wie der Medikamentenabhängigkeit ist in der Regel ein langwieriger Prozeß mit verschiedenen Behandlungsphasen: sie dauert mehrere Jahre (s. FEUERLEIN 1987).

Man unterscheidet, nach FEUERLEIN, folgende Phasen:

1. die Kontaktphase
2. die Entgiftungsphase
3. die Entwöhnungsphase
4. die Nachsorge- oder Rehabilitationsphase

Entscheidende Voraussetzungen für eine erfolgreiche Therapie sind entsprechende Krankheitseinsicht und ausreichende Therapiemotivation. Man muß aber davon ausgehen, daß Krankheitseinsicht und Therapiemotivation Prozesse sind, die u. U. Jahre brauchen, bis es soweit gekommen ist, daß der Patient seinen Zustand akzeptiert und sich in eine Behandlung begibt (FEUERLEIN 1984).

Bei der Motivierung von Patienten können sechs Zwischenziele unterschieden werden (FEUERLEIN 1984):

1. Erkennen, daß eine Änderung der gegenwärtigen Situation erforderlich ist ("So geht es nicht weiter!").
2. Akzeptieren, daß für eine Änderung Hilfe durch andere notwendig ist ("Ich schaffe es nicht allein!").
3. Akzeptieren der angebotenen Hilfe ("Ich lasse mir helfen!").
4. Anerkennung des Alkoholikerstatus ("Ich bin ein Alkoholiker!").
5. Anerkennung des Abstinenzziels ("Ich darf überhaupt keinen Alkohol mehr trinken!").
6. Anerkennung des Ziels einer allgemeinen Lebensumstellung ("Ich muß mein Leben anders gestalten, wenn ich abstinent bleiben will!").

Diese Zwischenziele sind auch vollständig anwendbar auf Medikamentenabhängige und zum großen Teil anwendbar auf Drogenabhängige und sind auch die Ziele für suchtkranke suizidale Patienten.

#### 4. Abweichendes Vorgehen

##### Therapeutische Probleme bei Süchtigen, die gleichzeitig unter einer depressiven Störung und Suizidalität leiden

Suchttherapie ist durch starke Strukturiertheit gekennzeichnet, die zielorientiert dem Alkoholkranken die Möglichkeit der eigenen Krankheitsbewältigung in Aussicht stellt. Sie ist weiterhin gekennzeichnet durch frühzeitige Aktivierung und durch Konfrontation mit der spezifischen Problematik des Patienten. Für Depressive, die bereits weitgehend überstrukturiert sind, wird eher eine Akzeptanz des Sich-Gehen-Lassens, des Genießens, des Abbaus von Norm und Struktur nötig (WOLFERSDORF 1989). Für den suizidal Depressiven schließlich kann eine Konfrontation wegen seiner vermehrten Kränkbarkeit ein erhöhtes Suizidrisiko hervorrufen. Der Therapeut gerät hier in ein Dilemma, für dessen Lösung es keine Patentrezepte gibt. Oberstes Ziel, bei aller Rücksichtnahme auf das strenge Überich des suizidal Depressiven mit Neigung zu Schuldgefühlen und Kränkbarkeit, bleibt langfristig die Abstinenz als Therapieziel und damit auch konfrontatives Umgehen mit den Verleugnungstendenzen des Suchtkranken.

Die Gefahr eines Suizides bei Trennung vom Lebenspartner (MURPHY et al. 1979) bringt den Therapeuten in ein weiteres Dilemma. Einerseits kann der Druck von Angehörigen auf den Alkoholabhängigen, sich entweder einer Behandlung zu unterziehen oder eine Trennung vom Partner in Kauf zu nehmen, eine wichtige Hilfe für die Motivierung zur Therapie darstellen. Andererseits kann eine angedrohte oder dann auch vollzogene Trennung zum Suizid des Alkoholikers führen. Hier erscheint es eher sinnvoll, die Partnerschaft des suizidalen Alkoholikers als stabilisierendes Moment in der Therapie zu betrachten.

## 5. Thesen:

1. Sucht und Suizid sind nicht direkt miteinander verbunden, sondern vermittelt über Depressionen.
2. Depressive Verstimmungen bei Suchterkrankungen zwingen zur Abklärung von Suizidalität.
3. Durch die Eigendynamik der Sucht ist suizidales Verhalten besonders unberechenbar und zwingt zu sofortigem Handeln.
4. Die niedrige Suizid- und Suizidversuchsrate in Suchtbereichen nach Entgiftung erklärt den Alkohol-, Medikamenten- und Drogenentzug zur bereits antisuizidal wirksamen Maßnahme.
5. Die langfristige Behandlung des suizidgefährdeten Süchtigen ist in erster Linie eine Behandlung des Suchtproblems.



## LITERATURVERZEICHNIS:

- BARNES, G. E.: The alcoholic personality. A reanalysis of the literature. J. Stud. Alcohol 40 : 571-634, 1979
- BARRACLOUGH, B. M., PALLIS, D. J.: Depression followed by suicide: a comparison of depressed suicides with living depressives. Psychol. Med. 5 : 55-61, 1975
- BATTEGAY, R.: Selbstmordprophylaxe bei Süchtigen. Soz. Praeventivmed. 10 : 440-454, 1965
- BERGLUND, M.: Suicide in alcoholism. Arch. gen. Psychiatriy 41 : 887-891, 1984
- BRONISCH, T.: Zur Beziehung zwischen Alkoholismus und Depression anhand eines Überblicks über empirische Studien. Fortschr. Neurol. Psychiatriy 53 : 454-468, 1985
- BRONISCH, T.: Alcoholism and depression. In: Parvez S., Burov Y., Ollat H., Parvez H. (eds.): Alcohol and Behavior: Basic and Clinical Aspects. VNU Science Press, Utrecht, 1990
- DOBLER-MIKOLA, A., ANGST, J.: Suizidgedanken bei jungen Erwachsenen: Klinische und soziale Aspekte. In: Specht F., Schmidke A. (eds.): Beiträge zur Erforschung selbstdestruktiven Verhaltens, Bd. 2. Selbstmordhandlungen bei Kindern und Jugendlichen. S. Roderer, Regensburg, 1986
- FEUERLEIN, W.: Sucht und Suizid. In: Reimer C. (ed.): Suizid. Ergebnisse und Therapie. Springer, Berlin, Heidelberg, New York, 1982
- FEUERLEIN, W.: Ambulante und stationäre Behandlung Alkoholabhängiger. Therapiewoche 34 : 279-282, 1984
- FEUERLEIN, W.: Therapie des Alkoholismus. In: Kisker K. Pl, Lauter H., Meyer J.-E., Müller C., Strömngren E. (eds.): Psychiatrie der Gegenwart. 3. Abhängigkeit und Sucht. Springer, Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris, Tokio, 1987
- HAWTON, K., FAGG, J., MCKEOWN, S. P.: Alcoholism, alcohol and attempted suicide. Alcohol & Alcoholism 24 : 3-9, 1989

KREITMAN, N.: The epidemiology of suicide and parasuicide. Crisis 2 : 1-13, 1981

MAYFIELD, D. G., Montgomery, D.: Alcoholism, alcohol intoxication and suicide attempts. Arch. gen. Psychiatry 27 : 349-353, 1972

MILES, C. P.: Conditions predisposing to suicide: a review. J. Nerv. Ment. Dis. 164 : 231-246, 1988

MURPHY, G. E., ARMSTRONG, J. W., HERMELE, S. L., FISCHER, J. R., CLENDENING, W. W.: Suicide and alcoholism. Interpersonal loss confirmed as a predictor. Arch. Gen. Psychiatry 36 : 65-69, 1979

MURPHY, G. E., WETZEL, R. D.: The lifetime risk of suicide in alcoholism. Arch. Gen. Psychiatrie 47 : 383-392, 1990

ROY, A., Linnoila, M.: Alcoholism and suicide. Suicide and Life-Threatening Beh. 16 : 244-273, 1986

RUSHING, W. A.: Alcoholism and suicide rates by status set and occupation. J. Stud. Alcohol. 29 : 399-412, 1968

SCHMIDTOBREICK, B.: Suizid und Suizidversuche bei Suchtkranken. In: Ringel E. (ed.): Sucht und Suizid. Lambertus, Freiburg, 1976

URWIN, P., GIBBONS, J. L.: Psychiatric diagnosis in selfpoisoning patients. Psychol. Med. 9 : 591-507, 1979

WEISSMANNM., M., FOX, K., KLERMANN, G. L.: Hostility and depression associated with suicide attempts. Am. J. Psychiatry 130 : 450-455, 1973

WIESER, W.: Alkoholismus III: Katamnesen und Prognosen. Fortschr. Neurol. Psychiatr. 34 : 565-588, 1966

WINOKUR, G.: The types of affective disorders. J. Nerv. Ment Dis. 156 : 82-96, 1973

WHITTERS, A., CADORET, R., WIDMER, R.: Factors associated with suicide attempts in alcohol abusers. J. Affect. Dis. 9 : 19-23, 1985

WOLFERSDORF, M.: Depression und Suizidalität. Diagnostische Kennzeichen eines Überschneidungsbereiches. Neurologie/Psychiatrie 3 : 232-247, 1989



# Steigende Drogennotfälle als Indiz für präsuizidale Absichten und Handlungen bei Drogenabhängigen

N. Konegen

## *Einleitung*

Der Drogentod ist die fatalste Konsequenz der Drogenabhängigkeit. Nach einem Rückgang der Drogentodesfälle Mitte der achtziger Jahre stieg die Zahl der Menschen, die an einer Rauschgiftintoxikation starben, sprunghaft an. Die jährlichen Steigerungsraten haben in der Bundesrepublik seit 1988 ein konstantes Niveau von ca. 50 % erreicht. Vorläufiger Höhepunkt ist das Jahr 1990, in dem mindestens 1.491 Menschen an einer Rauschgiftintoxikation gestorben sind. Hinzu kommt eine schwer zu quantifizierende Dunkelziffer.

Die Anzahl der durch den Konsum illegaler Drogen gestorbenen Personen gilt als ein bedeutender Indikator zur Beurteilung der Virulenz des Drogenproblems. Seine Aussagekraft ist allerdings - wie fast alle drogenbezogenen Statistiken - begrenzt. Denn zur Interpretation der Ursachen des steigenden Drogentods liegen in der Regel lediglich polizeiliche Statistiken und rechtsmedizinische Untersuchungen vor. Die Definition des Drogentodes wird in der Bundesrepublik unterschiedlich gehandhabt. Regionale Studien über den Drogentod sind selten und aufgrund der unterschiedlichen Erhebungs- und Dokumentationspraktiken für interregionale Vergleiche wenig geeignet. Allgemein wird die auf Schätzungen basierende Mortalität Drogenabhängiger in der Bundesrepublik auf das 10 bis 30fache der Sterblichkeit entsprechender Altersgruppen beziffert (BSCHOR u. WESSELS 1983a; OEHMICHEN u. STAAK 1988). Nur wenige Erhebungen haben allerdings den Versuch unternommen, epidemiologische Charakteristika des Drogentodes, sowie bestimmte soziographische Merkmale und Veränderungen der Szenenentwicklung zu bestimmen. Die Kenntnis der Veränderungen der "Szene" ist jedoch eine wesentliche Voraussetzung, um der gegenwärtig dramatischen Entwicklung entgegensteuern und die Angemessenheit bestehender bzw. die Notwendigkeit neuer Hilfsangebote beurteilen zu können.

Parallel zu den Steigerungsraten bei den Drogentoten ist ebenfalls ein steiler Anstieg von Drogennotfällen zu verzeichnen. Die Dunkelziffer dürfte bei den Drogennotfällen noch um ein Vielfaches über den statistisch nicht erfaßten Todesfällen liegen. Diese Feststellung erfolgt unter der Einschränkung, daß Angaben und Dokumentationen zur Prävalenz von Drogennotfällen im Vergleich zu

den Studien über den Drogentod noch spärlicher ausfallen. Die bei der Polizei und den Rettungsdiensten zur Verfügung stehenden Quellen zum Drogennotfall werden in der Regel nicht systematisch ausgewertet. Auch in der Literatur ist die Problematik unter epidemiologischen und sozialmedizinischen Gesichtspunkten nicht hinreichend präzisiert.

Die folgenden Ausführungen stützen sich in erster Linie auf die z. T. langjährigen Beobachtungen und das praktische Erfahrungswissen von Beratungsstellen, (Not-)Ärzten, Rettungsdiensten und anderen im Umgang mit den Problemen der Drogenabhängigkeit erfahrenen Personen, die im Rahmen eines im Auftrag des Landesministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales NW durchgeführten Modellprojektes zum Thema "Drogenabhängige in der Medizinischen Notfallversorgung" befragt worden sind (SPIKOFSKI, HEUDTLASS, KONEGEN 1991). Die Expertenbefragungen wurden in Dortmund und in den Referenzstädten Köln und Hamburg durchgeführt. In Köln und Hamburg wurden Mitarbeiter von insgesamt acht Institutionen und Behörden befragt. In Dortmund wurde ein Workshop unter Mitwirkung aller direkt und indirekt am Notfallprozeß beteiligter Akteure durchgeführt. Zusätzlich beteiligt waren zudem Experten aus anderen Regionen (z. B. Gesundheitsamt Amsterdam), deren Kenntnisse für die Zielsetzung des Projektes von Bedeutung waren.

Zielsetzungen des Projektes waren u. a.:

- die Analyse der situativen Umstände des Drogennotfalls;
- Klärung sozialer Auslöser;
- die Ausarbeitung von Möglichkeiten, therapeutische Interventionen in diesen Notfallsituationen zu gewährleisten;
- Erarbeitung möglicher Kooperationsformen der in das Notfallgeschehen involvierten Institutionen zur Entwicklung von Ansatzpunkten zur Krisenintervention.

## 1. Ursachen des Drogennotfalls

Mangels ausreichender Dokumentation der Drogennotfallsituation wurde dem Projekt die Prämisse zugrunde gelegt, daß der Drogentod Ausdruck des vorgelagerten Notfallgeschehens ist. Unter dieser Voraussetzung können die Ursachen der drogenbedingten Notfälle als nahezu identisch mit den Ursachen des Drogentods bewertet werden.

Obwohl der Begriff "Überdosierung" relativ und von den individuellen Toleranzen und Dispositionen der Konsumenten abhängig ist, existiert zunächst ein vom Alter und der körperlichen Konstitution der Konsumenten unabhängiges konstantes Mortalitätsrisiko durch extreme Schwankungen in der Stoffqualität, deren Reinheitsgehalt zwischen 7 und - im eher seltenen Extremfall - 100 % liegen kann. Verstärkt wird dieses Risiko,

eine akzidentelle Intoxikation zu erleiden, durch Fehleinschätzungen der eigenen aktuellen Opiattoleranz, insbesondere nach Zeiten einer (relativen) Abstinenz.

Die zeitweilig in der Öffentlichkeit weit verbreitete These, daß die gehäuften Drogentodes- und Drogennotfälle vornehmlich auf die infolge der langjährigen Drogenkarriere schlechte körperliche Konstitution der sog. "Altfixer" zurückzuführen ist, wurde von den meisten Interviewpartnern allerdings nicht geteilt. Vielmehr wiesen sie darauf hin, daß die Häufung des Drogentodes alle Altersgruppen betrifft, und die körperliche Verfassung eines Teils relativ junger Drogenabhängiger ausgesprochen schlecht ist. Die "Altfixer"-These hält auch einer kritischen Überprüfung des Datenmaterials des Bundeskriminalamtes nicht stand (vgl. Tabelle 1 und 2). Zwar stieg das Durchschnittsalter der Drogentoten im Zeitraum von 1982 - 1990 in der Bundesrepublik von 26 auf 28 Jahre an. Nach der Auswertung der Statistiken des BKA und LKA NRW betreffen die dramatischen Zuwachsraten - jedoch unter Berücksichtigung einiger jährlicher Schwankungen - nahezu alle Altersgruppen. Differenziert man die Statistiken nach regionalen Gesichtspunkten weiter aus, dann werden sogar überproportionale Zuwächse in den unteren Altersgruppen sichtbar. In Hamburg überstieg bereits 1986 der Anteil der "Neueinsteiger" an den Drogentoten mit 45 % den Anteil der Altfixer (28 %) (LANGE 1990).

Basierend auf ihrem Erfahrungshorizont und Arbeitszusammenhang machten demgegenüber nahezu alle Gesprächspartner bestimmte Merkmale der Szenenentwicklung für die gegenwärtige Entwicklung verantwortlich. Die Häufung der Notfallsituation wurde neben dem oben erwähnten schwankenden Reinheitsgehalt des Stoffes zurückgeführt auf

- die nur schwer kalkulierbaren Risiken des steigenden Konsums von zusätzlich konsumierten Ersatzdrogen und Alkohol,
- die hohe Neueinsteigerquote von relativ unerfahrenen jungen Drogenkonsumenten, für die der Umstieg auf intravenöse Applikationsformen ein überproportionales Risiko darstellt, und
- die steigende Morbidität der Konsumenten, die wesentlich ausgeprägter als vor Jahren ist, nahezu alle Altersgruppen betrifft und, die bedingt durch Senkung der individuellen Toleranzen, zu einem ständigen Risikofaktor geworden ist.

Diese Befunde decken sich mit den Ergebnissen internationaler Studien, die insbesondere das überproportionale Mortalitätsrisiko von Mehrfachabhängigen und Mischkonsumenten gegenüber dem "klassischen" Heroinabhängigen nachgewiesen haben (BENSON u. HOLMBERG 1984; TUNVING 1988).

Darüber hinaus wurde auf ein relativ neues Phänomen hingewiesen, das in der Literatur kaum berücksichtigt wurde: Die dra-

stisch wachsende Risikobereitschaft, insbesondere von jungen Drogenkonsumenten. Diese Risikobereitschaft zeichnet sich vor allem durch einen gehäuften, unkontrollierten Mischkonsum von Barbituraten und Codein-Präparaten, sowie von Alkoholika und durch riskante Applikationsformen aus. Obgleich in den durchgeführten Expertengesprächen die Frage des suizidintendierten Notfalls nur am Rande behandelt wurde, mehrten sich die Hinweise, daß die erhöhte Risikobereitschaft auf präsuizidalen Absichten und Handlungen beruht.

## 2. Drogennotfall und Suizid

Die folgenden Bemerkungen erfolgen unter der Einschränkung, daß die Frage, inwieweit das feststellbare Risikoverhalten auf suizidalen Intentionen beruht, zu wenig untersucht ist, um mit hinreichender Genauigkeit generalisierende Aussagen treffen zu können. Dies muß weiteren epidemiologischen Feldstudien und detaillierteren, auf den Einzelfall bezogenen Untersuchungen überlassen bleiben. Die Experteninterviews ergaben allerdings ernstzunehmende Indizien, die vor dem Hintergrund der vorliegenden Literatur zum Suizid einige Plausibilität beanspruchen können.

Nach den depressiv Kranken gelten Suchtkranke als besonders gefährdet. Der Anteil dieser Risikogruppe an Suizidhandlungen beträgt ca. 25 % , wobei Drogen- und Medikamentenabhängige wesentlich häufiger Selbstmordversuche als Alkoholiker unternehmen. Der Anteil der vollendeten Suizide bei Alkoholikern dagegen soll beträchtlich größer sein (ANNUSS 1988). Jedoch ist es bei Drogenkonsumenten nicht ohne weiteres möglich, zwischen einer absichtlichen und unabsichtlichen Überdosierung zu unterscheiden. So kommt es nicht selten vor, daß aufgrund der scheinbar eindeutigen Auffindungssituation, und mangels fest umrissener Differenzierungskriterien automatisch von einer "unfallbedingten" Überdosierung ausgegangen wird.

In diversen Untersuchungen wird der Suizidanteil unter den Drogennotfällen/-todesfällen infolgedessen unterschiedlich eingeschätzt.

BSCHOR und WESSEL (1983b) fanden bei Todesopfern unter Drogenkonsumenten, die zwischen 1969 und 1977 ambulant behandelt worden waren, in den folgenden 10 Jahren einen Suizidtod mit einem Anteil von 25 Prozent.

Skandinavische Untersuchungsergebnisse von BENSON und HOLMBERG (1984) sowie HAASTRUP und JEPSEN (1984) quantifizierten den Anteil der Suizide ebenfalls auf ca. ein Viertel der Drogentodesfälle. MCGUIRE et al (1976) diagnostizierten bei der Untersuchung von 651 Drogentoten in 36 Prozent der Fälle mit Eindeutigkeit den Tod durch Suizid. Lediglich in 44 Prozent der Fälle wurde dies mit Sicherheit ausgeschlossen.

GHODSE u. a. (1978a) kamen bei einer vergleichenden Auswertung der Drogennotfälle der Jahre 1975 und 1982 in Greater London



zu dem Ergebnis, daß der Anteil der Suizidversuche von 17 % auf 32 % bei gleichzeitiger Reduktion der "unfallbedingten" Überdosierungen gestiegen ist. Wenngleich gerade im Bereich der Suizidproblematik eine Übertragung internationaler Forschungsergebnisse auf die Bundesrepublik wegen der unterschiedlichen soziokulturellen Einflüsse nicht unproblematisch erscheint, so kann vor dem Hintergrund dieser Zahlen mit großer Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, daß die reale Suizidrate bei den Drogentoten weit über den in der Jahrestatistik des Landeskriminalamtes Nordrhein-Westfalen veröffentlichten Daten liegt. In der Kriminalstatistik wird der Freitod als Todesursache dann ausgewiesen, wenn "sichere" Hinweise und eindeutige Differenzierungskriterien, wie Vorliegen eines Abschiedsbriefes, Sprung aus dem Fenster etc., für eine suizidale Intoxikation vorhanden sind. Die Daten können damit nur eine zahlenmäßige Übersicht über den eng begrenzten Teil der zweifelsfreien Suizide geben, die das gesamte Ausmaß des suizidintendierten Drogentods nicht wirklich widerspiegelt. Insbesondere die dort ablesbare, rückläufige Tendenz muß mit Fragezeichen versehen werden.

Wodurch unterscheiden sich aber die durch Suizid gestorbenen Drogenabhängigen von anderen Drogentoten? Bei Beobachtungen von in Kliniken behandelten Drogenabhängigen über einen Zeitraum von 10 Jahren kam TUNVING (1988) zu dem Ergebnis, daß die "Suizidtoten" sich u. a. durch einen hohen Zusatzkonsum von Alkohol unterschieden. GRAW u. a. (1989) diagnostizierten bei suizidalen Intoxikationen häufiger eine Polytoxikomanie als bei akzidentellen Überdosierungen. Diese Befunde scheinen die in den Expertengesprächen geäußerte Hypothese: die hohe Risikobereitschaft, die sich durch kontrollierten Misch- und Zusatzkonsum auszeichnet, sei ein Indiz für präsuizidale Absichten, zu unterstützen. Unterstellt man, daß die meisten Suizidversuche, insbesondere von Jugendlichen und jungen Erwachsenen, nicht wirklich zum Tode führen sollen, sondern eher ein "cry for help" an die Umwelt sind, so muß das Risikoverhalten auch als Signal an die Umwelt interpretiert werden. Diese Drogenabhängigen demonstrieren durch die selbstdestruktiven Handlungen deutlich nach außen, daß sie scheinbar nichts mehr zu verlieren haben. Dies heißt jedoch nicht, daß sie für Stützungsangebote überhaupt nicht empfänglich sind. Die Umwelt soll reagieren. Reagiert sie aber falsch, etwa in Form repressiver Beantwortung bei Drogenabhängigkeit, wird der dropout, der Bruch mit der Gesellschaft, nur noch weiter verstärkt. Dieser verstärkte Rückzug kann dann vermehrt zu Suizidhandlungen führen.

Die Ursachen der zunehmenden präsuizidalen Risikobereitschaft stehen zu großen Teilen mit bestimmten soziologischen Merkmalen der heutigen Szenenentwicklung im Zusammenhang. Bei den Neueinsteigern sind Teilgruppen mit besonders negativen Zukunftserwartungen - die sog. Heimkinder, Ausreißer, Schulabbrecher, die sozial Entwurzelten und Haftentlassene - überrepräsentiert. Nach Ergebnissen der Suizidforschung gelten so-

genannte "broken home"-Kinder auch ohne Abgleiten in die Drogenabhängigkeit als besonders gefährdet. Mehr als 50 Prozent der jugendlichen Selbstmörder fallen in diese Kategorie (KLE-MANN 1984; SCHALLER u. SCHMIDTKE 1984). Beim Risikoverhalten dieser Gruppen deuten sich augenscheinliche Parallelen zu den Erfahrungen in der AIDS-Prävention an. Diese Teilgruppen der Drogenabhängigen legen auch im Zusammenhang mit ihren Injektionsgewohnheiten ein wesentlich größeres Risikoverhalten an den Tag und weisen signifikant höhere Prävalenzraten auf (Kleiber 1990).

Hinzu kommt, daß das Bedürfnis nach Anerkennung, nach subjektiver Geborgenheit und Solidarität vom subkulturellen Milieu der Drogenszene nicht in dem Maße wie in den siebziger Jahren befriedigt wird. Die Drogenszene differiert mittlerweile in ihrer Alterszusammensetzung weiter als je zuvor. Das Nebeneinander von Altersgenerationen in der Drogenszene fördert den Abbau einer noch aus den 70er Jahren bekannten "Fixersolidarität" in Richtung auf ein verschärftes Konkurrenzverhalten und abnehmender Hilfsbereitschaft gegenüber in Not befindlichen Konsumenten. Begünstigt wird "aus der Szene heraus" die Tendenz zu Vereinzeln, Isolierung und Verelendung. Repressive Maßnahmen der Justiz gegenüber den Konsumenten verstärken diese Tendenz. Die fortschreitende Focussierung der Lebensbezüge auf Drogenbeschaffung und Drogenkonsum wiederum vergrößert die Spanne zwischen sozialer Isolierung und dem Wunsch nach Integration in soziale Netzwerke.

### 3. Präventive Möglichkeiten

Die hohe Risikobereitschaft, die vor allem bei jungen Drogenabhängigen vorzufinden ist, läßt sich durch traditionelle Beratungsangebote kaum reduzieren. Für die Notfallprävention und Suizidprophylaxe gewinnen angesichts der steigenden Zahl von Drogenabhängigen niederschwellige und suchtbegleitende Hilfen an Bedeutung. Ein "szenennahes" Angebot stellt nicht nur nach Kenntnis der im Umgang mit Drogenabhängigen erfahrenen Personen und Institutionen, sondern auch nach den Erfahrungen aus den Niederlanden und der Schweiz einen substantiellen Ansatzpunkt zur Prävention dar. Der sich in der Bundesrepublik vollziehende Paradigmenwechsel, der einem Konzept der Überlebenshilfe und Schadensbegrenzung Vorrang vor apodiktischen Abstinenzforderungen einräumt, resultiert nicht nur aus den desillusionierenden Erfahrungen herkömmlicher hochschwelliger Angebote und Verhaltenserwartungen. Angesichts des wachsenden Anteils enturzelter und verelendeter Drogenabhängiger scheint die Bereitstellung von konkreten Überlebenshilfen und entsprechender Unterstützungsangebote der aktuell gangbarste Weg zu sein, bei dem diejenigen, die (noch) keine Bereitschaft und Motivation entwickelt haben, aus der Drogenszene auszuweichen, die Lebensphase ihrer aktiven Drogenabhängigkeit mit möglichst wenig Schäden überstehen können. Berücksichtigt man

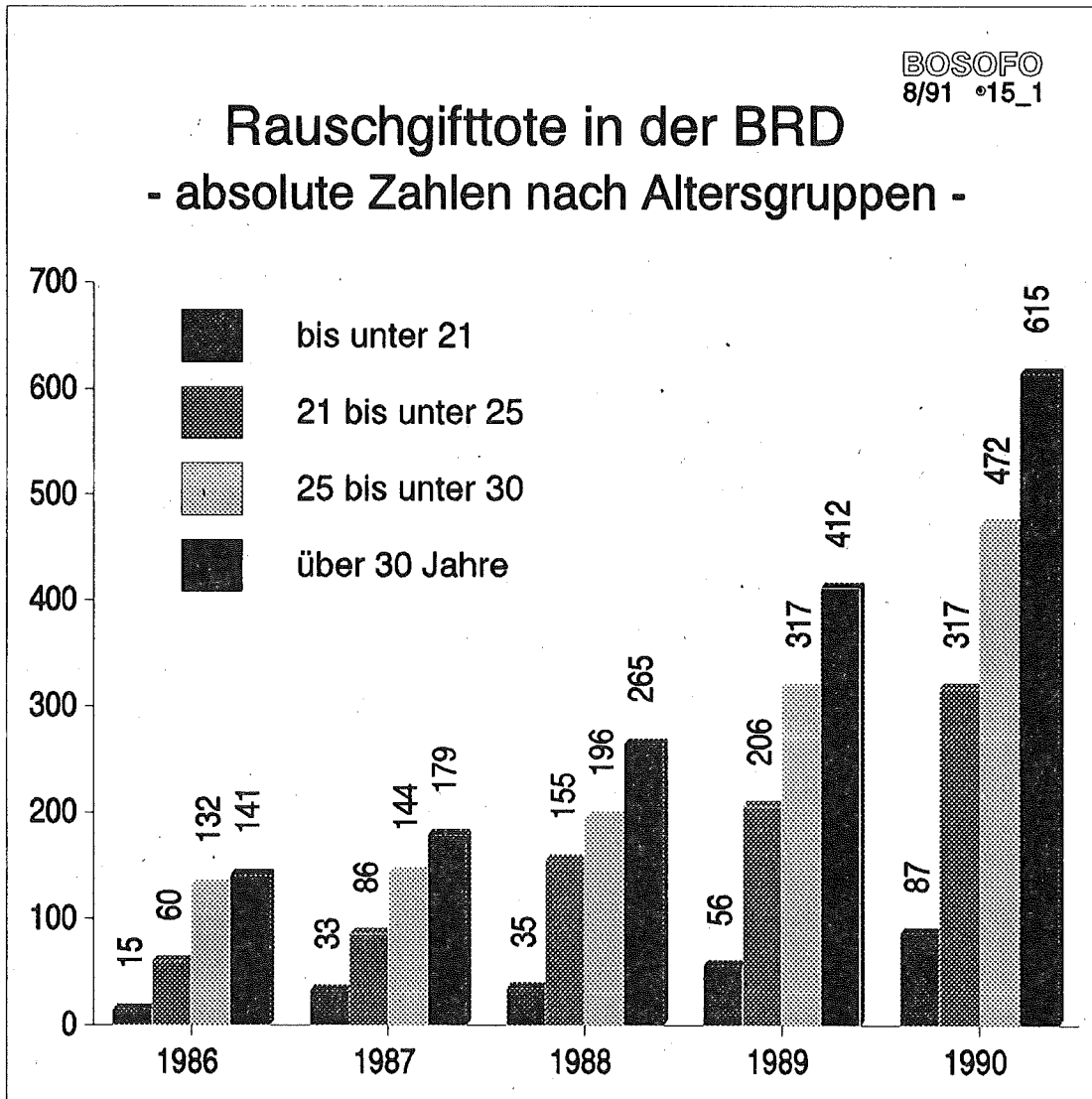
ferner, daß katamnestiche Untersuchungen zu dem Ergebnis kamen, daß etwa 50 % aller Konsumenten harter Drogen irgendwann aus der Szene aussteigen (OEHMICHEN u. STAAT 1988), erweisen sich szenennahe Hilfsangebote für um so bedeutender.

Die Erfordernisse der Notfall- und Suizidprophylaxe können an dieser Stelle nicht ausführlich diskutiert werden. Unabdingbar zur Sicherstellung der Erreichbarkeit der gefährdeten Personen ist aber der Ausbau von Streetwork und allen Maßnahmen, die die personelle Kommunikation mit den Betroffenen in den Vordergrund rücken. Auch die Erfahrungen der AIDS-Prävention haben deutlich werden lassen, daß die Verminderung des Risikoverhaltens durch eine alleinige Informationsvermittlung nur in einem begrenzten Ausmaß zu erreichen ist. Insbesondere jüngere Drogenabhängige reagieren auf solche Angebote ungenügend und profitieren in der Mehrzahl nur sporadisch von den Angeboten zur risikomindernden Fixerhygiene. Es lassen sich allerdings signifikant häufigere Verhaltensänderungen bei Drogenabhängigen feststellen, die sich in einer stabilen ambulanten Betreuungsbeziehung befanden (GHODSE u. a. 1987b; UCHTENHAGEN 1988). Angesichts der spürbar stärker werdenden Verelendungstendenzen ist die Bereitstellung von Einrichtungen, in denen die Abhängigen ohne suchtbezogene Motivationserwartungen ihre Alltagsbedürfnisse (Essen, Waschen, Duschen etc.) befriedigen können, ebenso bedeutend.

Und nicht zuletzt sollten die Substitutionsmöglichkeiten auch im Hinblick auf die Notfallbehandlungen ausgeweitet werden. Bei den Notfallpatienten wird die auftretende Entzugssymptomatik in der Regel nicht durch Substitutionsbehandlung aufgefangen. Die Haltekraft in den Krankenhäusern ist entsprechend gering. Die intoxikierten Patienten verlassen zumeist die Klinik binnen kürzester Zeit und tauchen wieder in die "Szene" ab. Für eine fundierte Krisenintervention bleibt keine Zeit. Folgt man der Prämisse, daß gerade Krisen eine besondere Chance zu Intervention darstellen (NÖCKER 1990), so kommt den psychodynamischen Aspekten der "Beinahe-Todesfälle" eine besondere Bedeutung zu. Zur Erhöhung der therapeutischen Erreichbarkeit des Drogennotfallopfers erweist sich damit die Intensivierung der Haltekraft in den Kliniken als zentraler Ansatzpunkt, die durch Methadonsubstitution im Anschluß an die akute Notfallbehandlung erzielt werden könnte.

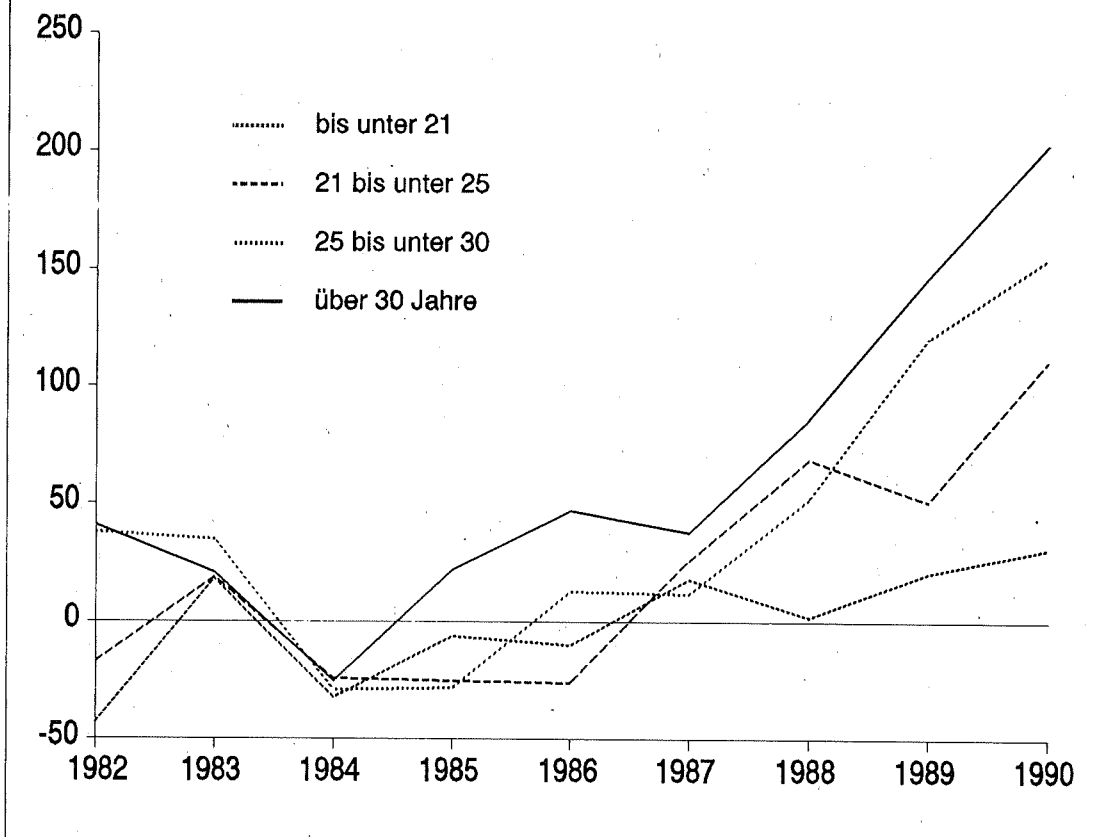
Zum Aufbau stabiler kommunikativer Beziehungen gehört aber sicherlich auch die Entlastung der Drogenkonsumenten vom Strafverfolgungsdruck. Kontraproduktiv wären jedenfalls alle Strategien, die das Drogenproblem auf rechts- und ordnungspolitische Aspekte verkürzen und einer stärkeren Kontrolle der Konsumenten den Vorrang geben.

#### 4. Abbildungen

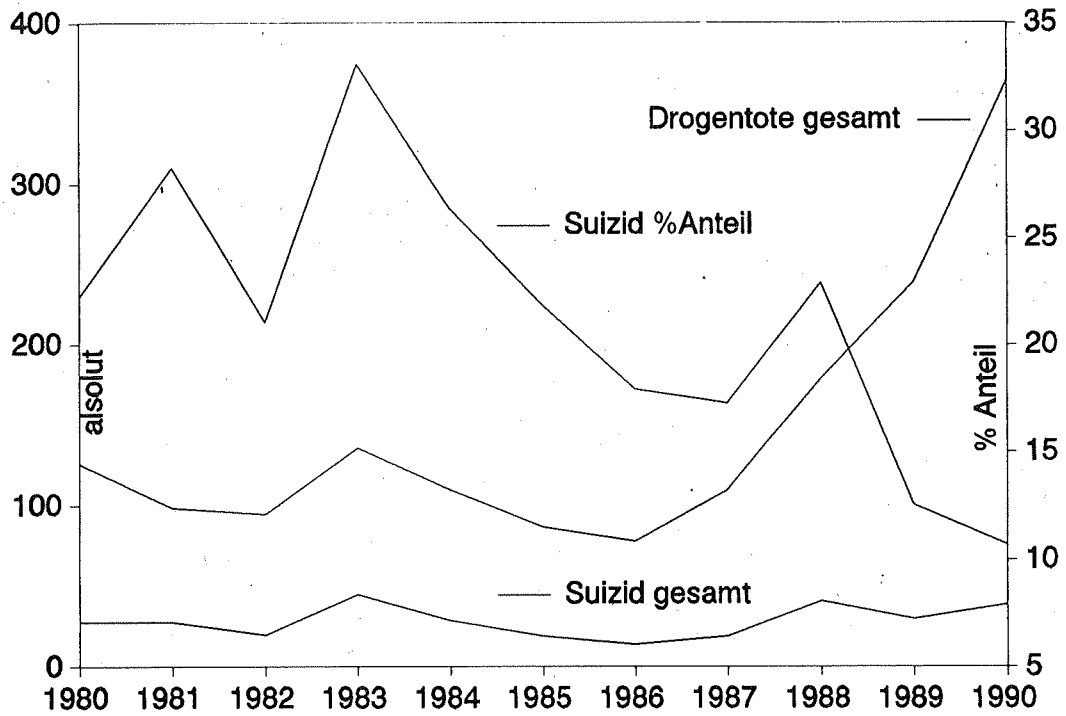


# Rauschgifttote in der BRD

- absolute Veränderung nach Altersgruppen -



## Suizidanteile an Drogentoten in NRW



## 5. Literatur

ANNUSS, R.: Suizid. In: Borger, D.; Schröder, W. F., Laaser, U. (Hrsg): Gesundheitsberichterstattung Bd. 2., Bielefeld, 1988

BENSON, G.; HOLMBERG, M. B.: Drug-related mortality in young people. In: Acta psychiatr. scand. 70, pp. 525-534, 1984

BSCHOR, F.; WESSEL, J.: Sterblichkeit Drogenabhängiger im internationalen Vergleich, In.: Lebensversicherungsmedizin 35, S 74-80, 1983a

BSCHOR, F.; WESSELS, J.: Zur Überlebensquote Drogenabhängiger: Langzeitanalyse bei 530 Ambulanzkunden der Zugangsjahre 1969 - 77. In: Dtsch. Med. Wochenschrift 108, S 1345-1351, 1983b

GHODSE, A. H.; STAPLETON, J.; EDWARDS, G.; EDEH, J.: Nonitoning changing patterns of drug dependence in Accident and Emergency Departments. In: Drug and Alcohol Dependence 19, pp. 265-269, 1987a

GHODSE, A. H.; TREGENZA, G.; Li, M.: Effect of fear of AIDS on sharing injection equipment among drug abusers. In: Br. Med. J., pp. 698-699, 1987b

GRAW, M.; HAFFNER, H. T.; BESSEMER, K.: Todesfälle von Drogenkonsumenten: Suizid oder Unfall? In: Versicherungsmedizin 41, S 188-191, 1989

HAASTRUP, S.; JEPSEN, P. W.: Seven year follow-up of 300 young drug abusers. In: Acta psychiatr. scand. 70, pp. 503-509, 1984

KLEIBER, D.: Erfordernisse der AIDS-Prävention bei i. v. Drogenabhängigen, in: Prävention 13, S 90-94, 1990

KLEMMANN, M.: Die Pathologie der Familien und der Suizid (-versuch), In: MMG, S 228-234, 1984

LANGE, K.-J.: Todesfälle im Zusammenhang mit Drogenmißbrauch in Hamburg, In: Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales, Landesamt für Rehabilitation - Referat Drogen und Sucht (Hrsg): Drogen und Suchtinformationen 1/90, Hamburg, 1990

MCGUIRE, F. L.; BIRCH, H.; GOTTSCHALK, L. A.; HEISER, J. F.; DINOVO, E. C.: A comparison of suicide and non-suicide deaths involving psychotropic drugs in four major U.S. cities, In: Am. Journal for Public Health 66, pp. 1058-1061, 1976

NÖCKER, G.: Von der Drogen- zur Suchtprävention. Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW (Hrsg), Düsseldorf, 1990

OEHMICHEN, M; STAAK, M.: Der Tod des Drogenkonsumenten: Geschehensablauf, Häufigkeit sowie Nachweisbarkeit und Prognose. In: Betäubungsmittelmißbrauch, Berlin, 1988

SCHALLER, S.; SCHMIDTKE, A.: Broken home und Suizidalität - ein beweisbarer Zusammenhang? in: Pohlmeier, H.; Schmidtke, A.; Welz, R. (Hrsg): Suizidalverhalten, Methodenproblem und Erklärungsansätze, Regensburg, 1984

SPIKOFSKI, W.; HEUDTLASS, J.-H.; KONEGEN, N.: Drogenabhängige in der medizinischen Notfallversorgung - Möglichkeiten therapeutischer Interventionen in Nordrhein-Westfalen, Herne, 1991

TUNVING, K.: Fatal outcome in drug addiction. In: Acta psychiatr. scand. 77, pp. 551-566, 1988

UCHTENHAGEN, A.: AIDS-Epidemiologie und Prävention bei i.v.-Drogenabhängigen, In: Sozial- und Präventivmedizin 44, S. 326-330, 1988



## Thesenpapier

1. Nach einem Rückgang der Drogentodesfälle Mitte der achtziger Jahre stieg die Zahl der Menschen, die an einer Rauschgiftintoxikation starben, sprunghaft an. Die jährlichen Steigerungsraten haben in der Bundesrepublik seit 1988 ein konstantes Niveau von ca. 50 % erreicht. Vorläufiger Höhepunkt ist das Jahr 1990, in dem der Konsum illegaler Drogen in den alten Bundesländern mindestens 1.436 Menschen das Leben gekostet hat.
2. In der Bundesrepublik haben nur wenige Studien den Versuch unternommen, epidemiologische Charakteristika und neue Merkmale der Szenenentwicklung zu bestimmen. Noch seltener sind Studien zur Prävalenz von Drogenotfällen und deren Ursachen. Akzeptiert man jedoch die Prämisse, daß der Drogentod Ausdruck des vorgelagerten Notfallgeschehens ist, dann sind Ursachen von Drogentod und Drogenotfall vergleichbar.
3. Die These, daß die dramatisch wachsende Zahl von Drogentoten vor allem auf das steigende Durchschnittsalter der Drogentoten und die infolge einer langjährigen Drogenkarriere schlechte körperliche Konstitution zurückzuführen sei, ist relativierungsbedürftig. Zwar stieg das Durchschnittsalter der Drogentoten im Zeitraum von 1982 - 1990 in der Bundesrepublik von 26 auf 28 Jahre an. Die dramatischen Zuwachsraten betreffen jedoch - unter Berücksichtigung einiger jährlicher Schwankungen - alle Altersgruppen. In Hamburg überstieg bereits 1989 der Anteil der "Neueinsteiger" an den Drogentoten mit 45 % den Anteil der Altfixer (28 %).
4. Insbesondere junge Drogenkonsumenten legen eine besonders ausgeprägte Risikobereitschaft an den Tag, die sich durch risikoreiche Applikationsformen, ein polyvalentes Konsumverhalten und durch den Zusatzkonsum von Alkohol auszeichnet. Gleichzeitig ist die Morbidität der Drogenabhängigen in den letzten Jahren erheblich gestiegen. Im Landesdrogenprogramm Hamburg (1990) wird die Zahl der als "verelendet" verzeichneten Drogenabhängigen auf 30 % beziffert.
5. Internationale Studien kamen zu dem Ergebnis, daß sich die durch Suicid gestorbenen Drogenabhängigen von anderen Drogentoten u. a. durch einen erhöhten Misch- und Zusatzkonsum unterscheiden. Wenngleich gerade im Bereich der Suizidproblematik eine Übertragung internationaler Forschungsergebnisse auf die Bundesrepublik wegen der unterschiedlichen soziokulturellen Einflüsse nicht unproblematisch ist, kann die feststellbare höhere Risikobereitschaft daher ein Indiz für präsuizidale Absichten und Handlungen gewertet werden.
6. Angesichts der zu beobachtenden Verelendungstendenzen bei Drogenabhängigen und der spürbar steigenden Risikobereitschaft, insbesondere bei intravenösen Applikationen, sollte auch bei der Suizidprophylaxe ein Konzept der Überlebenshilfe Vorrang vor apodiktischen Abstinenzforderungen haben.



# Arbeitsgruppe 1

## *Der Mitarbeiter in der Drogenhilfe und der potentielle Drogentod; Ängste, Phantasien und Altlasten bei Mitarbeitern*

M. Nowak, A. Beeck

Die Teilnehmer dieser Arbeitsgruppe kamen aus den ambulanten und stationären Bereichen der Suchtkrankenhilfe. Die Motivation der Teilnehmer, unsere Arbeitsgruppe zu besuchen, reichte von persönlichen und beruflichen Erfahrungen und Betroffenheit bis hin zu dem allgemeinen Interesse, über diesen tabuisierten Bereich zu sprechen.

Wir beabsichtigten als Teamer dieser Arbeitsgruppe keinen Erfahrungsaustausch über neueste Erkenntnisse der Sucht- und Suizidforschung, sondern hatten 2 Thesen zur Einleitung vorgestellt, die wir gemeinsam mit den Teilnehmern auf einer persönlichen Ebene näher untersuchen wollten:

1. Ein Suizid ist für den Helfer (der Begriff Helfer wird im folgenden als Sammelbegriff für div. Berufsgruppen in der Suchtkrankenhilfe benutzt: Arzt, Sozialarbeiter, Psychologe, Erzieher, Krankenschwester, Ex-User etc.) nicht prophylaktisch, im Sinne von gesicherter praktizierbarer Vorbeugung und Vermeidung, in seine Arbeit einzubauen.
2. Der durchgeführte Suizid ist nicht zu bewältigen durch rationales "Verstehen-wollen", sondern konfrontiert den Helfer mit seiner eigenen Biographie zu diesem Thema, bzw. berührt intensiv die eigene Einstellung zu Sinnfragen nach Leben und Tod. Die Fähigkeit des Helfers, sich diesen komplexen Fragen persönlich zu stellen, entscheidet darüber, ob er selbst in eine Krise gerät und handlungsunfähig wird, oder ob er seine Handlungskompetenz behält, weil er sich diesem Thema stellt, ohne den Anspruch auf endgültige Klärung dieser Fragen zu haben.

In der einleitenden Diskussion kristallisierten sich zwei Standpunkte heraus. Zum einen formulierten Teilnehmer ihre große Betroffenheit beim Ereignis Suizid und damit verbundene Fragen des eigenen Anteils an dieser Handlung sowie eine große Anzahl von Schuldgefühlen. Zum anderen sah man eher das Recht des Klienten auf den eigenen Suizid bis zur Haltung "Ich weine Dir keine Träne nach", "Es ist wie eine Erlösung". Die Gefühle und Empfindungen

der Helfer zu diesem Thema und den damit verbundenen Erfahrungen sind gekennzeichnet von Hilflosigkeit, Ohnmacht, Wut, Rachegefühlen, Schuldgefühlen, Schweigen und Sprachlosigkeit, um nur einige zu nennen. Die eigene Wahrnehmung über diese Empfindungen und das Sprechen darüber, wird oftmals als Erleichterung erlebt, läßt sich aber scheinbar zeitlich - (d. h. wann der Suizid geschah bis zur Fähigkeit des Helfers, darüber zu reden) - nicht festschreiben.

Der persönliche Schock über den freiwilligen Tod des Klienten oder eines nahestehenden Menschen - ob vorher angekündigt oder auch nicht - wird sehr unterschiedlich erlebt und scheint sehr abhängig zu sein von der Bezugsebene, die vorher bestand oder nicht bestand. Mitunter können Jahre vergehen, so Mitglieder unserer Arbeitsgruppe, bis die innere Fähigkeit wiedererlangt wird, über den Suizid sprechen zu können, da hierüber der Berater selbst in eine tiefe Krise gestürzt wurde.

Es folgte eine gelenkte Phantasiereise/Meditation zum Thema. Sie lautete: **Erinnere Dich an ein suizidales Ereignis in Deiner Arbeit... Versetze Dich in Deine Gefühle zurück, die Du dabei hattest... Wie hast Du Dich dabei gefühlt?... Was ist mit Dir geschehen?... Was hat es in Dir ausgelöst...???**  
(s. dazu Arbeitsblatt I: Mein Erlebnis...)

Jeder Teilnehmer hatte anschließend genügend Zeit, seine persönlichen Erfahrungen in ein Arbeitsblatt einzutragen. In der Plenumsrunde kamen hierzu folgende stichwortartige Aussagen:

- Gibt es ein persönliches Recht sich einzumischen?
- Ich muß die Destruktivität der Klienten akzeptieren!
- Ziehe ich suizidale Klienten an?
- Es gibt eine Rätselhaftigkeit beim Suizid.
- Die Macht, im Suizid den Dialog zu beenden...!
- Beruflicher Selbstwert wird in Frage gestellt.
- Sucht ist "Suizid auf Raten".
- Wieviel persönliche Verantwortung habe ich?
- Wo sind meine Grenzen?
- Helfen wollen, aber methodische Regeln werden als Widerspruch erlebt ("Handlungskompetenz bewahren").
- Wie soll ich mit meinen Gefühlen umgehen, wenn Patienten mir von ihren Suizid-Phantasien berichten?

In der anschließenden Diskussion bildete sich die Frage nach der eigenen Haltung als wichtigstes Thema beim Umgang mit dem Suizid heraus. Wenn der praktizierte Suizid des Klienten oder eines nahestehenden Menschen die Endstation einer Krisenentwicklung ist, dann scheint die Frage angebracht, wie der Helfer selbst mit eigenen Krisen umgeht, bzw. wieviel eigene Suizidphantasien beim Helfer vorhanden sind, und wie sie sich auswirken.

Dazu führten wir am Dienstagmorgen mit unserer Arbeitsgruppe eine Übung zur Selbstwahrnehmung durch:

Welche Einflüsse haben Deine eigenen Suizidphantasien auf Dich und Deinen Körper?... Wie spürst Du dies in Deinem Körper?... Was ist dabei Deine Wahrnehmung?... Wie gestaltet sich dieses Thema in Deinem Körper?...

Den Teilnehmern wurde vorgeschlagen, ihre Körperumrisse auf Papier aufzumalen und je nach Erleben die eigenen Empfindungen durch div. Farben, Zeichen, Sätze oder selbstgewählte Symbole direkt in die Körperumrisse zu zeichnen.

Nach einem Austausch zu zweit hierüber erfolgte die Plenumsrunde, in der deutlich die Spaltung zwischen Kopf und Körper, Gefühl und Vernunft mitgeteilt wurde.

Wir möchten dazu einige symptomatische Aussagen der Teilnehmer wiedergeben:

- Meine Gefühle und Empfindungen sind wie Fragezeichen...
- Ich habe Berge von Fragen in mir, dazu Hilflosigkeit und Wut...
- Wieviel Nähe und Distanz gestatte ich mir, welchen Kontakt habe ich zum Klienten?
- Ist Suizid eine Todsünde, könnte Mitgefühl helfen?
- Müssen wir immer alles über uns wissen?
- Selbstzweifel schaden der Professionalität...
- Immer wieder stieß ich auf Menschen, die verhindert haben, daß ich mich umbringen wollte...
- Ist Sucht etwas, das die Löcher im Leben eines Menschen mit viel Mangel verdecken kann?
- Brauchen wir ein spezielles "Handwerkzeug", um mit suizidalen Menschen arbeiten zu können?
- Mut in der Angst, Suche nach Sicherheit...
- Fehlerhafte Diagnostik? Verstehen wir die Signale des Klienten?
- Der Suizid ist die Niederlage der Allmachtsgefühle der Therapeuten, das Scheitern des "ich helfe Dir"...

Einige Teilnehmer berichteten von Erfahrungen, in denen ihre Klienten den Suizid dazu benutzten, um die Aufmerksamkeit des Beraters zu bekommen.

Es stellte sich die Frage nach Möglichkeiten der Prävention. Hier wurde deutlich, daß "Rezepte" nicht verfügbar sind und eher als Mittel zur Abgrenzung und als Ausblendung des Themas angesehen werden. Als wichtiges Hilfsmittel wurde die Herstellung eines echten Kontaktes genannt. Als "Rüstzeug" könnte jedoch nur das dienen, was aus dem Berater selbst kommt und echt ist. Dazu gehört das Recht auf Wut und Trauer, sowie das Bewußtsein über die eigene Einstellung zum Thema. Als ein wichtiges Mittel zur Verarbeitung wurde die Möglichkeit der Teamsupervision und Einzeltherapie genannt.

Im dritten Teil der Arbeit wurde die Reaktion des Umfeldes auf den Tod des Klienten betrachtet. Auch hier sollten die erlebten "Reaktionen der Umwelt" in ein Arbeitsblatt eingetragen werden. Das eigene Team kann Hilfe, zum anderen aber Zwang und Enge bedeuten. Durch die Tabuisierung des Themas und eigene Verletzlichkeiten ist eine offene Diskussion nicht möglich; das Team baut auf und tröstet, blendet jedoch oft die Frage nach der Schuld und dem Versagen aus. In der Öffentlichkeit steht die Schuldfrage eher im Zentrum der Diskussion, während die eigene Institution formaljuristische Aspekte abfragt.

Als besonders problematisch wurde der Umgang mit Angehörigen nach dem Suizid des Klienten erlebt: Sie werden vom Berater als Menschen angesehen, die ihm Absolution erteilen könnten, andererseits aber auch die Schuldfrage neu stellen. Dieses Stellen der Schuldfrage wurde belastender empfunden als der Suizid des Klienten selbst.

Beim Suizid im privaten Bereich wurde besonders die gestörte Reaktion der Umwelt genannt. Es wurde von offener Verurteilung ("Du bist schuld, weil...") bis hin zu übertriebener Fürsorge berichtet. Dies zwingt zu einer neuen Beziehungsklärung mit der Umwelt (Distanz - Zuwendung), jedoch quäle das Gefühl, ein "Kainsmal" zu tragen.

#### **E R G E B N I S S E:**

Suizid ist persönlich und nicht klar kalkulierbar für Helfer und Umwelt. Zur Bewältigung des persönlichen Konflikts benötigt jeder Betroffene viel Raum und Platz z. B. durch Supervision oder Einzeltherapie. Versagen und Schuldgefühle scheinen "normale" Empfindungen zu sein.

Nur durch Ehrlichkeit und Authentizität kann der Berater den Sucht- und Suizidtendenzen des Klienten begegnen. Hierzu gehört besonders der Kontakt zu den eigenen Gefühlen und zur eigenen Einstellung zu Leben und Tod.

Abschließend sei noch der starke Wunsch aller Teilnehmer nach Weiterbildung in diesem Bereich erwähnt, da man sich bislang zu wenig mit diesem Themenkomplex im Weiterbildungsbereich beschäftigt habe. Es sollten aber Weiterbildungsangebote sein, die es dem einzelnen Berater ermöglichen, sein persönliches "Handwerkszeug" zu finden, um später im Berufsalltag auch damit umgehen zu können.

# Arbeitsgruppe 2

## *Das Wesen des Suizids - der suizidale Prozeß*

### Diagnosen und Verläufe

Dr. W. Müller

Das Interesse der TeilnehmerInnen bezog sich im wesentlichen auf folgende Problembereiche:

- Vermittlung suizidalen Wissens  
Typische psychosoziale und psychiatrische Risikolagen für suizidales Verhalten zu erkennen, Vorboten der Suizidalität zu erfassen.
- Umgang mit Suizidalität in der beruflichen Praxis:  
Therapeutisch angemessene Reaktionen auf suizidales Verhalten, insbesondere die manipulativ-drohenden bzw. appellativen Anteile.
- Krisenintervention
- Möglichkeit der Aussprache über die Betroffenheit, einen Klienten durch Suizid verloren zu haben.

Der schriftlich vorliegende Teil über das Suizidwissen überschreitet in bezug auf seine Länge bzw. Ausführlichkeit einen sonst üblichen Protokollumfang.

Praxisbezogen hilfreich ist es aber, über die Bedingungen und Hintergründe von Suizidgefährdung möglichst umfassend Bescheid zu wissen: z. B. Kenntnis der Risikogruppe, der Kriterien zur Beurteilung der Suizidalität, der psychodynamischen und sozialen Hintergründe, des diagnostischen Spektrums, in dem sich suizidales Verhalten abspielen kann.

Im Vortragen bzw. Miteinander des Fragen- und Meinungsaustausches innerhalb der Arbeitsgruppe mag der eine oder andere Informationsaspekt aus Zeitgründen und wegen der Priorität des persönlichen Erfahrungsaustausches auch zu kurz gekommen sein, so daß nunmehr an Lesezeit nicht gespart werden sollte.

### Vorbemerkungen

Selbsttötungshandlungen unterliegen historischen, sozialen und kulturellen Einflüssen. Statistische Häufigkeitsuntersuchungen weisen auf ihre Abhängigkeit von gesellschaftlichen Faktoren hin,

etwa das zahlenmäßige Absinken in politischen und militärischen Krisenzeiten, das Ansteigen sowohl in Wirtschaftskrisen als auch bei -wachstum.

Die moralische Bewertung der Selbsttötung zeigte sich bis vor wenigen Jahren u. a. noch dadurch, daß Suizidenten nicht auf einem öffentlichen Friedhof kirchlich beigesetzt werden durften. Im Allgemeinkrankenhaus scheint dem Suizidpatienten auch heute noch weniger Sympathie entgegengebracht zu werden als dem Alkoholkranken.

Jeder Suizid (SU) und Suizidversuch (SV) löst in der Umgebung Beunruhigung und Betroffenheit aus. Unbewältigte eigene Trennungs- und Verlusterfahrungen können aktiviert und als bedrohlich erlebt werden.

Suizidalität (S) ist ein Syndrom, dem körperliche und/oder seelische Erkrankungen zugrunde liegen können. Häufig entwickelt sich S bei an sich gesunden Menschen, wenn diese sich durch Schicksalsschläge oder akute Konflikte in einer ausweglos erscheinenden Situation befinden.

(Das prozentuale Verhältnis: SV im Rahmen einer manifesten psychischen Erkrankung zu SV in akuten Lebenskrisen ist etwa 15 % zu 85 %.)

Die Motivationsforschung zeigt, daß der SV in den weitaus meisten Fällen aus einer vorübergehenden ambivalenten Konfliktsituation (u. a. selbstzerstörerische und selbsterhaltende Tendenzen bzw. Schwanken zwischen SU-handlung und Weiterleben) heraus passiert, in der nicht unbedingt der eigene Todeswunsch im Vordergrund steht, sondern ein Appell an die Umwelt, zu helfen. Gesucht wird in der SU-handlung oft die Betäubung in einer unerträglichen Situation, die verändert werden soll. Die Appellfunktion zeigt sich darin, daß 2/3 der SV in irgendeiner Form angekündigt werden.

90 % der SV erfolgen heute mit Schlaf- oder Betäubungsmitteln. Auch in der Wahl dieser Mittel wird der Wunsch nach Ruhe deutlich.

Auf einer Entgiftungsstation wurde nach SV als bewußt angegebene Suizidabsicht geäußert:

Weg sein, nichts mehr wissen wollen 51 %, Todeswunsch 25 %, Selbstbeschädigung 10 %, Situation ändern 6 %, Bilanz 1 %, Sonstige 7 %. (BRÄUTIGAM, 1985)

## 1. Zur Epidemiologie des SU/SV

### a) Häufigkeit

Bundesweit starben nach Angaben des Statistischen Bundesamtes von 1983 bis 1985 jährlich zwischen 10.800 und 13.000 Menschen durch SU, d. h. ca. 18 bis 21 SU auf 100.000 Einwohner. Damit liegt die Bundesrepublik, wie etwa Japan, Ungarn, Dänemark, Tschechoslowakei, Finnland,



Österreich im oberen Bereich. Es besteht ein Stadt-Land-Gefälle.

Während die globale SU-Rate in den letzten 80 Jahren konstant geblieben ist, steigt die Zahl der SV in den letzten Jahrzehnten kontinuierlich an. Man rechnet, daß in den westlichen Ländern auf einen vollendeten SU 10 bis 20 SV kommen, d. h. 100 bis 400 pro 100.000 Einwohner im Jahr, wobei allerdings eine große Dunkelziffer besteht.

Die Frage, ob sich die Konstanz der SU-Rate über die Entwicklung der technischen Medizin (Reanimation) oder den veränderten SU-Methoden begründet, ist offen.

## b) Risikogruppen

### - Altersbedingte Risikogruppen

Risikogruppen sind vom Alter abhängig: So ist die Gefährdung für vollendeten SU vom 60. Lebensjahr ab steigend, vor allem bei geschiedenen, verwitweten, ledigen und bei kranken alten Menschen. Der Gipfel der SV liegt zwischen 25 und 35 Jahren. Unaufhaltsam angestiegen ist bei den SV auch der Anteil der 15 bis 20jährigen. SU-handlungen dieser Altersphase bis etwa 30 Jahren stehen an 3. Stelle der Todesursachen, nach Verkehrsunfällen und Unfällen aus anderen Ursachen. Als gesichert gilt, daß 10 bis 20 % aller Suizidenten einen erneuten SV unternehmen. Schon wegen der statistisch hohen Wiederholungsgefahr ist jeder SV, auch der scheinbar harmlose, im Prinzip gefährlich. Eine Abnahme der SU-Rate, wie etwa in Großbritannien, dürfte mit der erfolgreichen Arbeit von Präventionszentren zusammenhängen.

### - Risikogruppen mit hoher SU / SV - Rate (nach RINGEL)

1. Menschen nach vorausgegangenem SV (10 % sterben später durch SU; höchstes Risiko), 2. Alte, 3. Süchtige, 4. psychisch Kranke, 5. unheilbar chronisch Kranke, 6. Menschen in Ehe- und Lebenskrise, 7. rassistisch, religiös, politisch Verfolgte, 8. Menschen in akuten sozialen Notständen, 9. Flüchtlinge, Kriminelle, 10. Menschen nach Autounfall (insbes. Jugendliche).

(Gefährdung steigt in dem Maße, wie die ökonomische, soziale und psychologische Basis verloren gegangen ist; zentrales Merkmal: soziale Isolation).

## 2. Spezifische Merkmale, die auf Suizidalität hinweisen

Das Problem der Selbsttötungsverhütung ist untrennbar verknüpft mit der Frage, wie die Suizidgefahr zu erkennen ist. Die deutlichsten Signale einer S geben natürlich die Betroffenen selbst. Wie gesagt, etwa 85 % aller Selbsttötungshandlungen werden angekündigt, und zwar von verschlüsselter Andeutung bis zur direkten S-Drohung. Dabei ist jede Äußerung von SU-Gedanken und jeder SV als Ausdruck einer unlösbar erscheinenden, lebensbedrohlichen Konfliktsituation zu sehen und immer ernstzunehmen. Die Meinung, wer von Selbsttötung spricht, macht keine, ist falsch. Es ist ebenfalls falsch, jemanden nicht auf S ansprechen zu sollen. Denn erkennbare suizidale Tendenzen als Selbstzerstörungsimpulse anzusprechen, kann zu einer Abschwächung der affektiven Spannung führen.

Eine wichtige Hilfe zur Erkennung von SU-Gefahr ist die Beschreibung des präsuizidalen Syndroms von RINGEL. Dieses Syndrom kann selbstverständlich keine SU-handlung mit Sicherheit voraussagen, es scheint aber typisch in dem Sinne, daß es den weitaus meisten SU-handlungen vorausgeht. Es ist durch folgende Phasen gekennzeichnet:

- Einengung des Gefühls- und Bewußtseinshorizontes, Interessenverlust, passiver Rückzug auf sich selbst, Entwicklung des Gefühls der Einsamkeit, Sinnlosigkeit, Ausweglosigkeit, Ohnmachtsgefühle.
- Aggressionsumkehr, keine Auseinandersetzung mehr mit der Umwelt, zunehmende Entwicklung von starken, aber ohnmächtigen Aggressionen, der innere Vorwurf gegen die anderen verbindet sich mit Resignation; jetzt wird die suizidale Absicht der Umgebung kenntlich gemacht.
- Rückzug in die Phantasie, Verlust der Beschäftigung mit der Realität, Selbsttötungsphantasien, die um das Auffinden der eigenen Person nach dem Tode, um die Selbstwürfe und Leiden der anderen etc. kreisen.
- Ende der Phase ist die "Ruhe vor dem Sturm": der Suizident wirkt äußerlich unauffällig, obwohl der SU im einzelnen vorbereitet wird.  
(Gerade deshalb muß die S von HelferInnen unbedingt offen und direkt angesprochen werden).  
Die jetzt vollzogene Stimmungsänderung ist nur scheinbar paradox, denn nach den quälenden Schwankungen, sterben oder weiterleben zu wollen, scheint der Entschluß wie eine Befreiung, und der SU wie eine Erlösung zu wirken.

Einschränkend ist anzumerken, daß sich diese aus medizinisch-krankheitsorientierter Sicht konstruierten typischen Besonderheiten nicht so ohne weiteres auf psychotischen Erkrankungen basierende SU-handlungen anwenden und sich phänomenologisch auch nicht so beschreiben lassen. (s. u.)

SU-PatientInnen gaben als latente Absicht an: Vorwurf und ohnmächtige Aggression 55 %, Apell 21 %, Erpressung 8 %, Reinigung und Sühne 11 %, Sonstiges 5 %. (BRÄUTIGAM, 1985).

Diese SU-Begründungen unterstützen folgende Faustregel: Je mehr jemand die SU-handlung "für sich" unternimmt, "braucht", und je weniger "für / gegen Andere" als Rache, Hilfsappell, Erpressung, desto wahrscheinlicher ist das Gelingen.

### 3. Weitere Hinweise auf Suizidalgefährdung

Frühere SV, SU in Familie oder Umgebung (Suggestivwirkung), direkte oder indirekte Hinweise, z. B. Aufräumen, Verschenken, Rückzahlen; SU-Drohungen, Äußerungen konkreter Vorstellungen über Vorbereitung oder Durchführung eines SU.

#### - Verstärkende Faktoren

"Unheimliche Ruhe" nach Unruhe und SU-Drohungen, ängstlich-agitiertes Verhalten, Schuld- und Insuffizienzgefühle, Affekt- und Aggressionsstauung, quälende Insomnie, Selbstvernichtungs-, Sturz- und Katastrophenträume.

#### - Kritische Situationen

Beginn und Abklingen depressiver Phasen (s. u.), Versündigung- oder Krankheitwahn (z. B. innerlich auszutrocknen, zu verfaulen), biologisch-psychosoziale Krisenzeiten (Pubertät, Gravidität, Puerperium, Klimakterium), Alkoholismus, Toxikomanie, unheilbare Krankheiten.

#### - Umweltverhältnisse

Familiäre Zerrüttung in der Kindheit, berufliche und finanzielle Schwierigkeiten, kein Aufgabenbereich, kein Lebensziel, Verlust oder primäres Fehlen mitmenschlicher Kontakte, Liebesenttäuschungen, Ehescheidung, Tod einer nahestehenden, vertrauten Bezugsperson, Vereinsamung, keine tragfähige religiöse Bindung.

Hilfreich kann auch der "Fragenkatalog zur Abschätzung der Suizidalität" von PÖLDINGER sein, der als Anlage beigelegt ist.

Wie in diesem Fragebogen, so gilt bezüglich der Risikofaktoren, daß die SU-gefahr in dem Maße ansteigt, wie die Kriterien in ihrer Anhäufung nachweisbar sind.

#### - Anlässe

Die häufigsten Anlässe zu SV sind Partnerkonflikte. Bei Frauen überwiegen als Konfliktthemen Trennungen, Entfremdungen und Ehekonflikte, während Zurücksetzungen und Enttäuschungen im Beruf, Angst vor Strafe, finanzielle Verluste, berufliches Versagen und Mißerfolge bei Männern eine große Rolle spielen.

Charakteristisch ist, daß mehrere Faktoren häufig zusammenkommen und die Grenze der individuellen Handlungsmöglichkeiten sowie Ressourcen erreicht bzw. überschritten ist. Das Ein- bzw. Zusammenwirken dieser aktuell-äußeren Anlässe und der persönlich-inneren Befindlichkeit führen zum Verlust des seelisch-affektiven Gleichgewichts, in die Lebenskrise. Letztlich kann jeder akute ausweglose psychische Zustand Ausdruck einer Krise sein, als Zuspitzung eines langandauernden Problems und Zusammenbruch der bisherigen Angstabwehr-Strategie.

#### Suizid und psychische Erkrankung

SU-handlungen auf der Grundlage *manifeste psychischer Erkrankungen* ergeben sich zu ca. 50 % aus depressiven Zustandsbildern, zu ca. 25 - 30 % aus Alkoholismus. Die Prozentanteile bezüglich Schizophrenien und Mischpsychosen variieren stärker, weil sich klinikintern erhobene Daten zum Teil deutlich voneinander unterscheiden und repräsentative Datenerhebungen u. W. nicht vorliegen.

SU bei Psychosen, d. h. phasisch verlaufende Depressionen, Schizophrenien, enden zu 1/3 aller Fälle tödlich. Die sog. harten SU-methoden (Erhängen, Stürze aus Höhen, Schnitte, Stiche, Schußwaffen, E 605, mittels Kfz., Zug) werden häufiger angewendet als bei den nicht-psychotischen SU. Bei akuten paranoiden Wahnzuständen besteht zugleich ein höheres Fremdgefährdungsrisiko.

Bei den *endogenen Depressionen*, d. h. manisch-depressiver bzw. periodisch- oder phasisch-depressiver Formenkreis, ist die SU-gefahr besonders groß zu Beginn der depressiven Phase (wegen des späteren Einsetzens der psychomotorischen Hemmung bei stark niedergedrückter Stimmung) sowie gegen Ende (wegen des früheren Zurücktretens der Gehemmtheit bei noch depressiver Stimmungslage). Aber auch während der Phase soll auf S geachtet werden, weil die depressive Grundstimmung in der Phase therapeutisch kaum zu beeinflussen sein soll. Ca. 30 % der SV enden tödlich. Die Versuche werden oft verheimlicht. In scheinbar leichtfertigen Reden über die Sinnlosigkeit des Lebens wird über die wahre Absicht hinweggetäuscht, so daß Suizide dann völlig Überraschend ausgeführt werden. Es besteht eine überdurchschnittlich hohe Wiederholungsgefahr des SV / SU; Gipfel: Frühjahr und Herbst.

Ähnlich liegen die Verhältnisse bei *Alters- bzw. Involutionsdepressionen*, wobei hier oft der Stellenwert von Ver-

einsamung und Isolation auch in der SU-motivation deutlich wird.

Die klassisch psychiatrische Sichtweise impliziert, daß der SU aus der Endogenität der Depression heraus unter-  
nommen wird, so als seien Affekt, Stimmung und Antrieb  
etwas Fremdes, was von seiten des Patienten ("Ich fühle  
mich wie versteinert, habe keine Gefühle mehr, ich bin  
nicht mehr der, der ich früher war") subjektiv bestätigt  
wird), das von außen, quasi unpersönlich, tötet. Diese  
Sichtweise könnte sich als Entlastung des Behandlers aus-  
wirken und ihn aus Einflußmöglichkeiten weitgehend her-  
ausnehmen. Überlegungen, was man therapeutisch tun kann,  
beziehen längerfristige stützende Beziehungsangebote ver-  
stärkt mit ein und fragen nach der therapeutischen Rele-  
vanz von Enttäuschung, Abweisung, Verlassenheit, Objekt-  
verlust, d. h. es wird versucht, die Uneinfühlbarkeit des  
Endogenen sowie des SU zu hinterfragen, um die Grenzen,  
Möglichkeiten des Verstehens und Handelns zu erweitern.

Bei den sog. *larvierten Depressionen* sowie den *Erschöpfungsdepressionen* kön-  
nen schwerste Schlafstörungen stark motivbildend für S  
wirken.

Die *reaktiven Depressionen*, bei denen von der normalpsychischen  
Trauer bis zur schweren depressiven Erlebnisreaktion  
fließende Übergänge bestehen, zeigen ein erhöhtes SV-ri-  
siko. Hier ist die SU-handlung "Kurzschlußreaktion" anzu-  
siedeln, wobei die relativ kurze Bedenkzeit nicht bedeu-  
tet, daß der akuten S keine längere Entwicklung voraus-  
ging.

Sie sind determiniert durch gewisse Dauerbelastungen,  
die bis zu dem auslösenden Psychotrauma (Verlust, Tren-  
nung, Tod) noch kompensiert werden. Charakterlich handelt  
es sich um sensitive, selbstunsichere, übergewissenhafte  
Persönlichkeiten, die dahin tendieren, Konflikte eher  
durch passives Erdulden zu bewältigen als durch aggressive  
Selbstbehauptung.

Auch im Rahmen der *neurotischen Depressionen* kommt es relativ häufig  
zu SV sowie zu überdurchschnittlich häufigen Wiederholun-  
gen. Die durch das frühkindliche seelische Klima, d. h.  
Kind-Eltern-Beziehung, bedingte depressive Struktur ent-  
steht durch Frustrierung oral-aggressiver Impulse infolge  
mangelnder Affektzufuhr, Zuneigung, Zärtlichkeit, Liebe,  
Geborgenheit und Sicherheit. Viele fühlen sich unerwünscht  
und nicht geliebt. Bedrohung und Verlust von Beziehungen  
erzeugen Angst und Minderwertigkeit, die mit Einsatz von  
hohem Ehrgeiz ausgeglichen werden sollen (Selbstüberfor-  
derung, Perfektionismus). Schwäche des Selbstgefühls, Be-  
drohung durch eine potentiell als feindlich empfundene  
Umwelt und hohe Zielsetzungen führen oft zwangsläufig zum  
Versagen und zur Insuffizienz. Weit in die Kindheit rei-

chende sowie aktuelle Konflikte mit emotionalen Frustrationen prädisponieren aus depressiv-ängstlichen Verstimmungen heraus zur S.

Die höhere Gefährdung durch Wiederholung von SV dürfte sich u. a. auf die empfindlich-leichte Kränkbarkeit bei ausgeprägt aggressiver Gehemmtheit sowie auf die spezifischen Bindungs- und Kontaktschwierigkeiten zurückführen lassen (Wiederholungs-Rate ca. 35 %). Dieser Persönlichkeitsentwicklung beobachtet man gehäuft bei Kindern aus Alkoholikerfamilien, aber auch bei solchen, die in permanent gespannter familiärer Atmosphäre (Schlägereien, ständiger Streit, SU-drohungen, furchterregende Szenen) aufwachsen.

SU-gefährdeten Depressiven dürfen keine antriebssteigernde Antidepressiva oder Weckamine gegeben werden, da durch deren aktivierende Wirkung die psychomotorische Hemmung vermindert wird, weniger aber die depressive Gestimmtheit und das Schulerleben beeinflußt werden. Sie müssen vielmehr zunächst mit angstdämpfenden, sedierenden Psychopharmaka behandelt werden. Die Verschreibung von Hypnotika, Analgetika, Tranquilizern (auch wegen ihrer hohen Suchtpotenz) und sonstigen Psychopharmaka ist behutsam vorzunehmen, da - wie gesagt - die meisten SV mit diesen Medikamenten ausgeführt werden.

Es werden unterschiedliche SU-Raten *schizophrener Menschen* angegeben. Sie schwanken zwischen 2 % und 10 %. Die Zahl der SV liegt, wie auch sonst, deutlich höher. Das SU-Risiko Schizophrener wird in der Regel geringer eingeschätzt als bei Depressiven.

Zunehmend wird berichtet, daß die SU-Rate bei Schizophrenen in den letzten Jahren derart gestiegen sei, daß sich beide Diagnosegruppen allmählich annäherten. In Bezug auf die SU-motivation stellt sich die Frage, ob Schizophrene sich eher in der akuten Krankheitsphase unter dem Einfluß wahnhafter Symptome oder nach der Remission bei Registrierung der psychosozialen Krankheitsbedeutung suizidieren.

Einerseits wird angenommen, daß gehäuft SU zu Beginn der Psychose unter dem Einfluß imperativer Stimmen ("Tue es doch") vorkommen. Andererseits wird zunehmend auf das relativ hohe SU-Risiko nach der Remission und auch nach der Krankenhausentlassung hingewiesen; der SU tritt also weniger als direkte Folge psychotischer Symptomatik auf, sondern sowohl psychoreaktive Faktoren als auch die Lebensqualität einschränkende Restsymptome können zu der Bilanz führen, das Weiterleben habe keine sinnvolle Perspektiven mehr.

Auch pharmakogen bedingte depressive Verstimmungen durch neuroleptische Medikation (insbesondere Depot-Medikation als Dauermedikation) können S erhöhen.

Es wird diskutiert, ob als Ursache des höheren SU-risikos die Überforderung des schizophrenen Patienten durch überhöhte Rehabilitationsbemühungen eine Rolle spielt. Ob und in welchem Umfang dieser Rehabilitationsdruck ein Risikofaktor darstellt, ist ebenso ungeklärt wie die Frage, ob Kontakte mit der Psychiatrie die SU-rate überhaupt senken oder erhöhen.

Bei der vollendeten SU überwiegen Männer, sie sind meist ledig, leben allein oder noch bei den Eltern, sind beruflich-sozial nicht gut integriert.

#### 4. Sucht und Suizid

Alkoholismus, Tablettenabhängigkeit und Drogenabhängigkeit zählen zu den Krankheitsgruppen mit besonders hohem SU-risiko. Die SU-rate zeigt in den letzten Jahren eine steigende Tendenz.

Auf das Jahr 1975 bezogen standen 560 SU von Suchtkranken pro 100.000 Suchtkranke im Alter von 15 - 65 Jahren 26 SU pro 100.000 Einwohner (übliche statistische Ermittlung der SU-Ziffer pro Jahr) gegenüber, d. h. die SU-häufigkeit bei Suchtkranken lag etw 22 mal höher als in der vergleichbaren Altersgruppe der Allgemeinbevölkerung (SCHMIDTOBREICK, 1976).

Nach einer Sammelstatistik von WIESER ist die S bei chronischen Alkoholikern 12 - 75 mal höher als bei der Gesamtbevölkerung. Es wird geschätzt, daß 6 - 21 % der Alkoholiker durch SU sterben. Nach Leberzirrhose ist der SU die zweithäufigste Todesursache. Vergleiche über die SU-häufigkeit bei Alkoholikern und Toxikomanen zeigen eine geringere Rate gelungener SU bei Toxikomanen, eine deutlich höhere Rate SV gegenüber den Alkoholikern.

Es ergibt sich eine relativ hohe Übereinstimmung zwischen psychodynamischen Persönlichkeitshintergründen und äußeren Belastungsfaktoren mit der Gruppe des Krisen-Suizidklientels. Der Mißbrauch von Suchtmitteln gilt schon für sich allein gesehen als protrahierter SU, denn die Sucht ist zweifellos als Versuch zu verstehen, die Aggression gegen die eigene Person zu richten. Eine wichtige Rolle des Alkohols beim SU liegt im "Mut antrinken" vor der Ausführung.

Alkoholbedingte euphorische Stimmungslagen schlagen in der Regel um in depressive. Häufig bedingen diese rapiden Stimmungsschwankungen SU-handlungen.

Bei ansteigendem Blutalkoholspiegel können SU aus unvorhersehbar-unkontrollierten aggressiven Impulsen heraus passieren.

Dann sind SU-handlungen zu differenzieren, die als Reaktionsbildung auf die körperlichen und sozialen Folgeerscheinungen aufzufassen sind, insbesondere bei chronischen therapieresistenten Verläufen als Ausweg aus Zuständen tiefgreifender Demoralisierung.

Hinsichtlich der SU-motivation und -methoden, der Alters- und Geschlechtsverteilung sowie der Häufigkeit der SV ergibt sich ebenfalls eine hohe Übereinstimmung mit den Daten des Krisen-Suizid-Klientels.

## 5. Zum Abschluß noch einige SU-relevante Hinweise und Daten

### a) Gründe für eine stationäre Behandlung nach SV:

1. somatischer Befund
2. Krisenverständnis, -diagnose gelingt nicht
3. Verdacht auf akute Psychose
4. wiederholte SU-handlung
5. keine ausreichenden Ressourcen im sozialen Umfeld des Suizidenten, z. B. keine Angehörigen
6. notwendige Herausnahme aus dem Konflikt- und Krisenfeld

### b) Wohnsituation von Suizidenten:

- |                                   |        |
|-----------------------------------|--------|
| - in Familien, Eltern, Ehepartner | 58,5 % |
| - bei Bekannten                   | 5,5 %  |
| - allein                          | 21,5 % |
| - Wohnheim                        | 4,5 %  |

### c) Informationen, Äußerungen zur S:

- |   |        |
|---|--------|
| - Ankündigung und daher bekannt ("irgendwie zum Ausdruck gebracht") | 37,2 % |
| - verbal (relativ klare Äußerungen)                                 | 34,0 % |
| - Verhalten (Aufräumen, Verschenken Rückzahlungen etc.)             | 16,8 % |
| - schriftlich   | 10,0 % |

### d) Ausführung von SU-handlungen:

- |  |        |
|--|--------|
| - allein, außerhalb des Umfeldes                     | 9,0 %  |
| - allein, innerhalb des Umfeldes                     | 23,3 % |
| - in örtlicher und/oder zeitlicher Nähe von Personen | 56,7 % |
| - in Anwesenheit anderer Personen                    | 11,0 % |



e) **Wahrscheinlichkeit des Auffindens nach SU-handlungen:**

|  |        |
|--|--------|
| - aktiv hilfeschend                        | 18,8 % |
| - sich sicher sein, daß jemand etwas merkt | 47,1 % |
| - wahrscheinlich, daß jemand etwas merkt   | 26,6 % |
| - zufällig                                 | 7,5 %  |

Bei 2/3 der SU-handlungen betrug die Zeitspanne von dem Vorhaben bis zur Ausführung weniger als 1 Tag, die Hälfte setzte ihren SU-entschluß innerhalb 1 Std. um, ca. 20 % nach Ablauf einer Woche.

(Alle Daten: BERZEWSKI, 1978, Klinikum Berlin-Steglitz, unveröffentl. Psychiatrie-Vorlesung)

Tendenziell scheint bei dem Krisen-Suizidklientel mit der Länge des zeitlichen Abstandes zwischen SU-gedanken und Ausführung die Wahrscheinlichkeit geringer zu werden, daß die SU-handlung vollzogen wird.

In Bezug auf die zeitliche SU-anfälligkeit nimmt sie zu den Wochenenden zu: SV-Gipfel sonnabends ca. 24.00 Uhr, sonntags ca. 14.00 Uhr.

6. **Diskussionsergebnisse:**

a) **Selbstwahrnehmung, -exploration zum Erwerb einer generellen Akzeptanz als Grundhaltung**

An den Umgang mit Suizidenten sind z. T. sehr belastende Ängste geknüpft, z. B. etwas falsch zu machen, vor allem die S falsch einzuschätzen, was gerade zum SU führen könnte. Die emotionale Atmosphäre konfrontiert mit persönlichen Erfahrungen von S und Krisen, eigenen Einstellungen zur SU-problematik, Ohnmachts-, Erfolglosigkeits- und Abhängigkeitsgefühlen, Ärger und Wut über die Verweigerung des Suizidenten, die Hilfe anzunehmen, über sein appellativ-demonstratives Verhalten oder seinen Bagatelisierungstendenzen.

Sich über mögliche eigene S bzw. Krisen klarzuwerden, ist meist unangenehm, weil diese Anteile der Selbstwahrnehmung mit negativen Emotionen besetzt sind und entsprechend leicht der Verdrängung anheimfallen. Im Kontakt zum Suizidenten kommen sie zwangsläufig wieder zum Vorschein. Deshalb ist die Registrierung der eigenen suizidalen Anteile für die Beziehungsarbeit unerlässlich. Diesbezüglich anregende Gedanken können sein: Ich kann/will mich und andere loslassen, resignieren, passiv sein, brauche Ruhe, will weg sein, will mich aus wichtigen Bezügen und Beziehungen trennen können, nur einmal mir selbst gehören, aber auch nein sagen, mich ablehnen, meinen Tod nicht verdrängen, sondern mit ihm leben können, ich liebe und hasse.

Neben der notwendigen Selbsterfahrungsbereitschaft ist es gerade für den Kontakt mit Suizidenten ratsam, eine Supervision bzw. Supervisionsgruppe oder Balint-Gruppe aufzusuchen. Institutionen, die in professioneller Erfüllung ihres Versorgungsauftrages mit Suizidenten zu tun haben, müssen Supervision als integralen Bestandteil beruflichen Handelns zeitlich und finanziell zur Verfügung stellen.

Auf der einen Seite kann der SU aus anthropologischer Sicht eine aktive, freie Entscheidung in kritischer Abwägung des Für und Wider des Lebens, und damit ein dem Menschen adäquates Verhalten sein, auf der anderen Seite kann er Ausdruck krisenhaft zugespitzter psychosozialer Probleme sein. Die innere Akzeptanz in der Grundhaltung kann das Stück Freiheit gewähren, das suizidale Verhalten des Gegenüber zunächst als wertfrei anzunehmen, ohne es so gleich bekämpfen zu müssen.

Die aufgekündigte Beziehung des Suizidenten zu sich selbst kann er am ehesten wieder aufnehmen, wenn er selbst den Sinn seiner SU-handlung wahrnehmen kann. Dabei ist die Achtung des Helfers vor der Selbstbestimmung des suizidalen Menschen das wesentlich beziehungsstiftende Moment. Denn der SU ist oft der letzte, aus Verzweiflung und Ausweglosigkeit erwachsene Ausdruck seiner persönlichen Freiheit, nämlich daß er ihn ohne Einfluß anderer auch in die Tat umsetzen kann, wenn er es will. Jetzt kann Beziehung entstehen, weil er und der Helfer sich die Freiheit nehmen, den SU als innerlich erlaubt und rechtens anzusehen, weil die Verzweiflung so groß war, daß er die einzig verbliebene Handlungsmöglichkeit zu sein schien.

Allgemein zu findende Einstellungen zum SU sind die Verurteilung der Selbsttötung sowie gleichgültige Haltungen. Erstere trägt neben dem Kränkungspotential dem Suizidenten gegenüber zur Verheimlichung und damit zur Förderung des immer noch bestehenden gesellschaftlichen Tabus bei. Gleichgültigkeit entweder aus falsch verstandenem Individualismus oder als Ausdruck von gestörten zwischenmenschlichen Beziehungen schlechthin macht S zur Privatsache des einzelnen.

Nach der SU-handlung steht der HelferIn vor der Frage, wie er sie am besten verhindert hätte, indem das eine hätte getan werden müssen oder jenes besser unterblieben wäre. Er schwankt zwischen dem Ohnmachtsgefühl, "sowieso nichts ändern zu können", und dem Allmachtsgefühl, "für alles verantwortlich zu sein". SU-handlungen mit tödlichem Ausgang sind für den BetreuerIn immer schreckliche Erlebnisse, die häufig lange nicht adäquat verarbeitet werden können. Hilfreich ist, wenn die SU-handlung mit allen an der Betreuung Beteiligten (Team) besprochen wird. Dabei kann es nicht um Schuldzuweisungen gehen, sondern um einen

Klärungs- und Verständnisversuch für das Zustandekommen der SU-handlung. Die aktive Kontaktaufnahme zu betroffenen Angehörigen, aus deren Richtung Vorwürfe vermutet werden, kann sich als gegenseitig entlastend auswirken.

b) Konkrete Hinweise zum Umgang mit Suizidenten:

Der SV hat in der Regel Appellfunktion, über die sich der HelferIn weder unter Zugzwang setzen lassen noch ärgern sollte. Denn zum einen steht der Suizident am Rande seiner eigenen Bewältigungsmöglichkeit, zum anderen verführt die Unterscheidung in demonstrativen versus ernsthaften SV, daß ihm Vorhaltungen gemacht werden, die therapeutisch keinen Sinn machen. (Es sei erinnert: Auch Suizidenten, die nur sog. demonstrative SV unternommen haben, können später wieder erheblich suizidgefährdet sein.) Die tendenziöse Bewertung 'demonstrativer SV' vernachlässigt im übrigen vollkommen die subjektive Seite des Suizidenten und geht ausschließlich von der objektiv faßbaren Schwere der angewandten SU-methode aus.

Die mangelnde Bereitschaft von Suizidenten, nach ihrem SV nicht mehr über ihn sprechen zu wollen bzw. die Absicht, ihre S ganz zu leugnen und dem HelferIn keine Gelegenheit zu geben, etwas zu verstehen und nach alternativen Lösungen zu suchen, kann ihn dahin bringen, daß er sich selbst abgelehnt fühlt. Wichtig ist, sich nicht vorschnell gekränkt zurückzuziehen bzw. mit Zwangsmaßnahmen zu drohen.

Der SU hat sowohl mit Aggression bzw. Destruktivität zu tun, indem sie gegen die eigene Person gerichtet, ausgelebt wird, als auch mit regressivem Verhalten. Die Sehnsucht nach Wärme, Ruhe und Geborgenheit tritt auf, um der kränkend-versagenden Außenwelt zu entfliehen. Der HelferIn sollte deshalb seine eigenen Tendenzen einer evtl. gehemmten Aggressivität und Regressivität reflektieren.

Ferner sollte er Bagatellisierungstendenzen nicht mitmachen.

Äußerungen nach SV, man habe nur kurz schlafen wollen, und es ginge schon viel besser, können Ausdruck einer rasch einsetzenden Abwehr gegenüber dem auslösenden Konflikt sein und eine Stabilität vortäuschen, verbunden mit der Aufforderung, über den SV nicht mehr zu sprechen.

Die zu früh einsetzende Kanalisierung der Aggressionen nach außen durch therapeutische Einflußnahme ("Wen wollten Sie gleichzeitig bestrafen oder sogar vernichten?") kann zusätzliche Schuldgefühle wecken. Da viele SU-handlungen wesentlich durch Kränkungen ausgelöst wurden, ist die Aggressivität der Suizidenten zunächst als Reaktion auf Kränkungen zu verstehen. Insoweit ist es auch sinnvoll,

therapeutisch erst die Kränkungen bzw. Neigungen zu hoher Verletzlichkeit zu bearbeiten und dann die narzißtische Wut abzuleiten.

Ferner ist wichtig, sich bewußt zu machen, daß die Beziehung zwischen HelferIn und Suizident von Angst - Bindungsproblemen bestimmt sein kann. Insbesondere dann, wenn der HelferIn befürchtet, der Suizident könne ihn mit SU-drohungen in der Hand haben und von ihm in eine verpflichtende Abhängigkeit verwickelt werden. Diese Angstanteile des HelfersIn, z. T. auch die diffusen Vernichtungsängste und -phantasien, sollten möglichst dem Bewußtsein zugänglich sein. Sie haben viel mit der eigenen Verletzlichkeit und erlittenen Psychotraumata zu tun sowie mit der adäquaten Äußerung und Abfuhr von Aggressionen. Denn wenn der Suizident zudem noch die Hilfe ablehnt, somit seine Rolle negiert und die des HelfersIn entwertet, können beide in einen Angst - Wut - Clinch hineingeraten mit raschem Beziehungsabbruch. (Selbstwahrnehmungsfrage: Führt meine narzißtische Empfindlichkeit über das persönlich Nehmen von Provokationen zu Resignation und Rückzug oder zu Gefühlen der Bosheit und Ablehnung des Provokateurs?) Wegen eigener tiefer Verunsicherungen neigen viele Suizidenten dazu, die Standfestigkeit des HelfersIn durch Provokationen zu überprüfen. Wer sich provozieren läßt und entsprechend empfindlich reagiert, kann so als therapeutisches Gegenüber ausscheiden.

Da S häufig mit Trennungskonflikten zusammenhängt, dürfen Trennungsängste bei sich und dem Suizidenten nicht übersehen werden. Wenn die Trennungsprobleme bzw. -wunden des HelfersIn zu seinen blinden Flecken gehören, sieht er u. U. diese Ängste des Suizidenten nur ungenügend oder wehrt sie möglicherweise auch ab. Dies kann fatalerweise zu Interventionen gutgemeinter Tröstungen und bagatellisierenden Ermutigungen sowie zur gemeinsamen Verdrängung des Konfliktmaterials führen. Der HelferIn kann andererseits seinen unangenehmen Affekten aus dem Weg gehen, indem er eine sehr nahe, persönliche (symbiotische) Beziehung zum Suizidenten eingeht, so daß an Trennungsschmerz gar nicht erst gedacht werden muß.

Die Auseinandersetzung mit Suizidenten konfrontiert den HelferIn mit der Anwendung von Zwang. Sie fordert schließlich eindeutige Stellungnahmen zur Indikationsstellung von Zwangseinweisungen. Dabei ist stets die Selbstwahrnehmungsfrage zu stellen, ob man das, was man tut, und wie man es tut, auch mit sich selbst geschehen lassen möchte. Wenn der HelferIn Zwang ausübt, gegen den sich der Suizident nicht wehren kann, besteht die Gefahr der sich zunehmend verschlechternden Zusammenarbeit, so daß am Ende die Zwangsmaßnahme erst recht nötig wird. Es wird für beide immer schwerer, zu entscheiden, welche Anteile der Beziehung durch die Situation des Zwangs bedingt

sind. (Welche "kranken" und "gesunden" Anteile zeigen sich in der zunehmenden Verslossenheit des Suizidenten?) Andererseits können notwendige Grenzen und Strukturen nicht eindeutig werden, wenn der HelferIn keinen Zwang ausübt. Entscheidend wichtig ist, diese Auseinandersetzung von seiten des Helfers so offen wie möglich zu führen. Dem Suizidenten rücksichtsvoll, vertraulich gegenüberzutreten, das Unterbringungsgesetz dabei aber hinterm Rücken versteckt gehalten, sollte dem HelferIn äußerst unbehaglich sein, ganz abgesehen davon, daß eine derartige Verunsicherung erfahrungsgemäß von Suizidenten gespürt wird.

Es wurde andiskutiert, daß sich in der Psychiatrie hier aufgrund vorgegebener Verantwortungs- und Verfügungshierarchie Konflikte ergeben können. Während der Arzt seine Einschätzung zur Suizidalität und die Konsequenz aus seiner Krisendiagnose objektiv alleinverantwortlich tragen kann, ist z. B. die Krankenschwester in ihrer Weisungsgebundenheit auf die ärztliche Absegnung ihres Krisenverständnisses, sowie der Folgen angewiesen. Dies stellt ihre Beziehungsarbeit zum Suizidenten von vornherein auf eine widersprüchliche Basis. Denn wie ist es um ihre Standfestigkeit, die therapeutisch ja dringend gefragt ist, bestellt, wenn der Arzt schließlich anders entscheidet. Um sich selbst abzusichern, wird sie sich wahrscheinlich innerlich häufiger auf eine Zwangsmaßnahme einlassen müssen, als es einstellungsgemäß not tut. Es wurde deutlich, daß Probleme des Rollenverständnisses sowie Einstellungsänderungen in den einzelnen Berufsgruppen hinsichtlich der Verantwortungshierarchie eine Arbeit nach dem Team-Prinzip voraussetzen.

Es ging um die Frage, ob das faszinierende Festhalten an Grenzsituationen in Todesnähe nicht auch als Selbstvernichtungstendenzen zu deuten seien, etwa wenn Autofahrer Geschwindigkeitsexzesse praktizieren oder jugendliche Gruppen in Großstädten "S-Bahn-Surfen". Es dürfte sich um zeittypische Reaktionen auf gesellschaftliche und kulturelle Lebensbedingungen handeln. Die sozialen Aspekte dieser Bedingungen zeigen sich z. B. auch in nachlassender Hilfsbereitschaft, Gleichgültigkeit sowie Langeweile mit der Folge extremerer und negativerer Einstellung zu anderen und verstärkt im unangemessenen Ausdruck aggressiven Verhaltens. Es können Versuche sein, negative Gefühle auszuschalten, sich Befriedigung zu verschaffen (Suchtverhalten), indem die innere und äußere Stimulation heraufgesetzt wird. Die Risiken liefern die nötige Erregung, Aufregung, sich stärker, aktiver und erfüllter zu fühlen. Es dürften auch depressive Stimmungszustände eine Rolle spielen: Sich in diese Grenzsituationen zu stürzen, verändert die Stimmung momentan positiv und überspielt die negativen Emotionen, insbesondere auch Frustrationsgefühle. Wenn dann die Kontrolle über das Verhalten schließlich verloren geht, kann sich eine zwanghaft-süchtige Dynamik einstellen, immer wieder den Wert des Lebens als Risikolust in Todesnähe zu spüren.

Ein Fallbeispiel machte ein anderes Grenzfall-Syndrom deutlich. Die selbstzerstörerischen Tendenzen, die manipulativ-stark abhängig geprägte Beziehungsmuster und -abbrüche, die ständigen Gefühle der Einsamkeit und Langeweile, die unangemessene, sprunghafte Aggressivität einer jungen Borderline-Patientin stehen stellvertretend für die Grenzfall-Persönlichkeit, ebenfalls Zeitphänomen und -krankheit unserer Tage.

Zum Schluß ging es um die Frage der Krisenintervention (KI):

KI sollte so schnell wie möglich einsetzen. Im noch akuten Zustand der Krise ist der Suizident noch nicht wieder in seiner Ambivalenz befangen und hat seine Abwehrfassade noch nicht wieder hochgezogen. Er kann jetzt Anteile von sich wahrnehmen und benennen, an die er sonst nicht herankommt. Die Einbeziehung von Bezugspersonen, insbesondere des Konfliktpartners, ist auch deshalb sehr wichtig. Sie soll so nah wie möglich am und im Krisen-Umfeld stattfinden. Herausnahme aus dem Konfliktfeld nur so lange wie nötig für sein oder auch des Partners Leben. Der Suizident soll die präventiv wichtige Erfahrung machen, seine Krise aus der eigenen Situation heraus als Chance zur Neuorientierung nutzen zu können.

Eine sofortige Weiterbetreuung als Nachsorge aus der stationären Krisenversorgung sollte aktiv noch von hier aus eingeleitet werden. Es ist erwiesen, daß die Inanspruchnahme von Nachsorgediensten steigt, wenn Suizidenten mit einem fest vereinbarten Termin weiterverwiesen werden.

Jede Region braucht einen mobilen Krisendienst, der möglichst rund um die Uhr erreichbar sein soll. Die sozialpsychiatrischen Dienste der Gesundheitsämter, vor allem in ländlichen Gebieten, sind aus personellen und zeitlichen Kapazitätsgründen meist nicht in der Lage, das Krisen-Suizidklientel angemessen zu versorgen. Bei hinreichender Ausstattung von Krisenberatungsstellen kann ein großer Teil der Krisen ambulant aufgefangen werden.

# Arbeitsgruppe 3

## *Sucht- und Suizidbegleitung*

### Lebenshilfe - Hilfsangebote - Konzepte

#### A. Büscher, A. Helmstätter

- Der Suizid ist keine Krankheit, sondern oft Abschluß einer krisenhaften Entwicklung, in jedem Fall Ausdruck einer Notlage. Jede Krise bedeutet auch eine Chance.
- Grundsätzlich betonen wir, daß nach all unseren Erfahrungen kein Mensch jemanden auf Dauer am Leben halten kann, wenn dieser sich entschieden hat, nicht mehr leben zu wollen.
- Wir sind bei der Abschätzung der Suizidalität auf unsere allgemeine Wahrnehmungsfähigkeit, Intuition und Phantasie in der intersubjektiven Situation angewiesen. Die Fähigkeit des Therapeuten liegt in der Kunst, ein Vertrauensverhältnis aufzubauen und herzustellen und darüber hinaus dem Klienten durch zirkuläres Fragen schonend neue Denk- und Verhaltensmöglichkeiten zu eröffnen.
- Der Suizidalität liegt eine Ambivalenz zwischen Leben und Tod zugrunde und zwar in dem Sinne, daß der Betroffene sich außerstande fühlt, in der bisherigen Weise weiterzuleben. Nahezu jede Entscheidung hat bei näherer Betrachtung angenehme und unangenehme, gute und schlechte, erhoffte und befürchtete Folgen. Rettung um jeden Preis heißt, den Wert, den der Suizident im Suizid sieht, nicht ernstzunehmen und die Ambivalenz aufzugeben.  
Der Helfer sollte sich zum Anwalt der Ambivalenz machen, sie offen halten und im Prozeß widerspiegeln.
- Der Suizidversuch hat in der Biographie / im System des Menschen einen Stellenwert, der ausfindig gemacht werden sollte. Hilfreich ist es auch, die bisherigen Konfliktlösungsstrategien des Betroffenen zu würdigen und ihm selbst bewußt werden zu lassen.
- Der Helfer sollte eine pathologieorientierte-psychologische Fachsprache vermeiden. Sie transportiert fast immer irgendwelche Erklärungsmodelle und schreibt meist stillschweigend irgendwem Schuld zu, welche zu Selbstwertminderung führen kann und deshalb eher suizidfördernd ist.

- Ein durch Fragen strukturiertes Erstgespräch, welches sich an den Ressourcen des Klienten orientiert, hilft, das Bedrohliche der Situation zu vermindern und läßt neue Information, Denkanstöße und Sichtweisen entstehen. Es werden Abhängigkeit, Selbstwertminderung und längere Monologe und Diskussionen vermieden.
- Es ist sehr hilfreich, die eigene Reaktion auf den Suizidgefährdeten zu vermerken; die Wut, Ohnmacht, Liebe auf die Realität hin zu überprüfen und durch Fragen ins Gespräch zurückzubringen/-spiegeln.  
So kann der Helfer seine Allmachtsvorstellung aufgeben, nämlich zu "wissen, was für Patient und Familie gut sei", um so eine bescheidenere Sichtweise von der Autonomie lebender Systeme zu gewinnen.

## LITERATUR

HEINRICH, M.: Hilfe für Suizidgefährdete. In: Fachzeitschrift für Suizidprophylaxe. Roderer Verlag, Regensburg, 1987

WEBER, G. / STIERLIN, H.: In: Liebe entzweit. Rowohlt Verlag, Reinbek b. Hamburg, 1989

WEDLER, H.-L.: Der suizidgefährdete Patient. Hippokrates Verlag Stuttgart, 1987



## **Anhang 1. Falsches und Richtiges Über den Selbstmord**

- Falsch:** Wer vom Selbstmord redet, wird ihn nicht begehen.  
**Richtig:** Auf zehn Selbstmörder kommen acht, die unmißverständlich von ihren Absichten gesprochen haben.
- Falsch:** Selbstmord geschieht ohne Vorzeichen.  
**Richtig:** Viele Beobachtungen lehren, daß Menschen, die sich das Leben nehmen, dies meist durch unmißverständliche Zeichen oder Handlungen ankündigen.
- Falsch:** Wer Selbstmord begeht, will sich unbedingt das Leben nehmen.  
**Richtig:** Die meisten Selbstmörder schwanken zwischen dem Wunsch zu leben und dem zu sterben; sie "spielen mit dem Tod", und sie überlassen es den anderen, sie zu retten. Kaum einer nimmt sich das Leben, ohne seine Gefühle einem anderen zu offenbaren.
- Falsch:** Wer einmal zum Selbstmord neigt, wird es immer wieder tun.  
**Richtig:** Lebensmüde haben nur während einer begrenzten Zeit ihres Lebens den Wunsch, sich zu töten
- Falsch:** Besserung nach einer Selbstmordkrise bedeutet das Aufhören des Risikos  
**Richtig:** Die meisten Selbstmorde geschehen in den drei Monaten nach beginnender "Besserung", wenn der Patient von neuem die Energie hat, selbstzerstörerische Entschlüsse auszuführen.
- Falsch:** Selbstmord gibt es öfter bei den Reichen - oder umgekehrt -, fast ausschließlich bei den Armen.  
**Richtig:** Selbstmord ist weder das Problem der Reichen noch die Plage der Armen. Er ist sehr "demokratisch" und kommt in allen Bevölkerungsschichten vor.
- Falsch:** Selbstmord ist erblich oder ein "Familienübel".  
**Richtig:** Er ist nicht erblich, sondern eine individuelle Erscheinung.
- Falsch:** Alle, die Selbstmord begehen oder begehen wollen sind geisteskrank; jeder Selbstmord ist die Handlung eines Psychotikers.  
**Richtig:** Es ergibt sich aus dem Studium von Hunderten von letzten Aufzeichnungen, daß der Selbstmörder zwar äußerst unglücklich, aber nicht notwendigerweise geistesgestört ist.

2. Fragenkatalog zur Abschätzung der Suizidalität  
(aus Th. HAENEL u. W. PÖLDINGER, 1986)

Je mehr Fragen im Sinne der angegebenen Antwort beantwortet werden,  
um so höher muß das Suizidrisiko eingeschätzt werden.

1. Haben Sie in letzter Zeit daran denken müssen,  
sich das Leben zu nehmen? ja
2. Häufig? ja
3. Haben Sie auch daran denken müssen, ohne es zu wollen?  
Haben sich Selbstmordgedanken aufgedrängt? ja
4. Haben Sie konkrete Ideen, wie Sie es machen würden? ja
5. Haben Sie schon Vorbereitungen getroffen? ja
6. Haben Sie schon zu jemanden über Ihre Selbst-  
mordabsichten gesprochen? ja
7. Haben Sie einmal einen Selbstmordversuch  
unternommen? ja
8. Hat sich in Ihrer Familie oder in Ihrem Freundes-  
und Bekanntenkreis schon jemand das Leben genommen? ja
9. Halten Sie Ihre Situation für aussichts- und  
hoffnungslos? ja
10. Fällt es Ihnen schwer, an etwas anderes als an  
Ihre Probleme zu denken? ja
11. Haben Sie in letzter Zeit weniger Kontakte zu  
Ihren Verwandten, Bekannten und Freunden? ja
12. Haben Sie noch Interesse daran, was in Ihrem  
Beruf und in Ihrer Umgebung vorgeht?  
Interessieren Sie noch Ihre Hobbies? nein
13. Haben Sie jemanden, mit dem Sie offen und ver-  
traulich über Ihre Probleme sprechen können? nein

14. Wohnen Sie zusammen mit Familienmitgliedern  
oder Bekannten? nein
15. Fühlen Sie sich unter starken familiären oder  
beruflichen Verpflichtungen stehend? nein
16. Fühlen Sie sich in einer religiösen bzw. welt-  
anschaulichen Gemeinschaft verwurzelt? nein

Anzahl entsprechend beantworteter Fragen

Endzahl = max. 16

**3. Anteil der Todesfälle im Zusammenhang mit Freitod durch Drogenmißbrauch in Nordrhein-Westfalen 1980 - 1990 nach Daten des Landeskriminalamtes (LKA)**

| Jahr | Drogentote | Freitod     |          |          |
|------|------------|-------------|----------|----------|
|      |            | gesamt      | männlich | weiblich |
| 1980 | 126        | 28 (22,2 %) | 17       | 11       |
| 1981 | 99         | 28 (28,3 %) | 19       | 9        |
| 1982 | 95         | 20 (21,1 %) | 17       | 3        |
| 1983 | 136        | 45 (33,1 %) | 37       | 8        |
| 1984 | 110        | 29 (26,4 %) | 25       | 4        |
| 1985 | 87         | 19 (21,8 %) | 17       | 2        |
| 1986 | 78         | 14 (18,0 %) | 10       | 4        |
| 1987 | 110        | 19 (17,3 %) | 15       | 4        |
| 1988 | 179        | 41 (22,9 %) | 30       | 11       |
| 1989 | 239        | 30 (12,6 %) | 22       | 8        |
| 1990 | 364        | 39 (10,7 %) | 34       | 5        |