

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf

Direktor: Prof. Dr. D. Naber

SUIZIDALITÄT BEI OPIATABHÄNGIGEN

Eine Verlaufsuntersuchung

D i s s e r t a t i o n

zur Erlangung des Grades eines Doktors in der Medizin

dem Fachbereich Medizin der Universität Hamburg
vorgelegt von

Andrea Thost
aus Madrid

Hamburg, 2000

Angenommen von dem Fachbereich Medizin
der Universität Hamburg am: 2. November 2000

Gedruckt mit Genehmigung des Fachbereichs Medizin
der Universität Hamburg.

Sprecher: Prof. Dr. H. T. Leichtweiß

Referent: Prof. Dr. M. Krausz

Koreferent: Prof. Dr. D. Naber

INHALTSVERZEICHNIS

1	Einleitung	1
1.1	Einführung.....	1
1.2	Zielsetzung der Arbeit.....	2
1.3	Überblick über die Arbeit.....	3
1.4	Definitionen.....	3
1.4.1	Abhängigkeit/Sucht.....	4
1.4.2	Suizidales Verhalten (Suizidalität).....	4
1.4.3	Suizidversuch.....	5
2	Theoretischer Hintergrund	6
2.1	Erklärungsansätze zur Entstehung von Abhängigkeit.....	6
2.1.1	Eindimensionale Ansätze.....	6
2.1.2	Integrative Erklärungsansätze.....	7
2.2	Erklärungsansätze suizidalen Verhaltens.....	9
2.2.1	Sozialtheoretischer Ansatz.....	9
2.2.2	Psychoanalytische Ansätze.....	10
2.2.3	Life-event-Ansatz.....	11
2.2.4	Psychologisch/psychiatrischer Ansatz.....	12
2.3	Abhängigkeit und Suizidalität.....	13
2.3.1	Processual-cause-Theorien.....	13
2.3.2	Common-cause-Theorien.....	14
2.4	Einordnung und Kritik.....	15
3	Literaturüberblick	17
3.1	Opiatabhängigkeit und Suizidalität.....	17
3.2	Psychiatrische Erkrankungen.....	19
3.3	Aktuelle psychosoziale Faktoren.....	21
3.3.1	Psychische Situation.....	21
3.3.2	Familiäres und soziales Umfeld.....	22
3.3.3	Lebensereignisse (Life-events).....	23
3.3.4	Drogenkonsummuster.....	25
3.3.4.1	Drogenkonsum.....	25
3.3.4.2	Überdosen.....	27
3.3.5	Psychosoziale Schwierigkeiten aus Sicht der Interviewer (ASI-Scores).....	28
4	Hypothesen	29
5	Methodik	31
5.1	Stichprobengewinnung.....	31
5.2	Untersuchungsablauf.....	31
5.3	Untersuchungsdesign.....	32
5.4	Untersuchungsinstrumente.....	34
5.4.1	Composite International Diagnostic Interview (CIDI).....	34
5.4.2	European Addiction Severity Index (EuropASI).....	35
5.4.3	Beck-Depressions-Inventar (BDI).....	36

6	Ergebnisse	37
6.1	Beschreibung der Stichprobe	37
6.2	Auswirkungen psychiatrischer Erkrankungen (nach ICD-10) auf die Suizidalität ...	41
6.3	Auswirkungen aktueller psychosozialer Faktoren auf die Suizidalität..	44
6.3.1	Psychische Situation.....	44
6.3.1.1	Akute Depressivitätssymptomatik (gemessen am BDI)	44
6.3.1.2	Psychische Probleme.....	47
6.3.1.3	Suizidgedanken.....	49
6.3.2	Familiäres und soziales Umfeld.....	51
6.3.2.1	Familienstand.....	51
6.3.2.2	Beziehungsstrukturen.....	51
6.3.2.3	Schwierigkeiten mit Bezugspersonen.....	52
6.3.2.4	Wohnverhältnisse.....	55
6.3.3	Lebensereignisse (Life-events).....	56
6.3.4	Justitielle Belastung	58
6.3.5	Drogenkonsummuster	59
6.3.5.1	Drogenkonsum.....	59
6.3.5.2	Überdosen.....	62
6.3.6	Psychosoziale Schwierigkeiten aus Sicht der Interviewer (ASI-Scores).....	65
7	Diskussion	69
7.1	Auswirkungen psychiatrischer Erkrankungen auf die Suizidalität	69
7.2	Auswirkungen aktueller psychosozialer Faktoren auf die Suizidalität.....	70
7.2.1	Psychische Situation.....	70
7.2.1.1	Akute Depressivitätssymptomatik.....	70
7.2.1.2	Psychische Probleme.....	73
7.2.1.3	Suizidgedanken.....	74
7.2.2	Familiäres und soziales Umfeld.....	74
7.2.2.1	Familienstand.....	74
7.2.2.2	Beziehungsstrukturen.....	75
7.2.2.3	Schwierigkeiten mit Bezugspersonen.....	76
7.2.2.4	Wohnverhältnisse.....	77
7.2.3	Lebensereignisse (Life-events).....	77
7.2.4	Justitielle Belastung.....	79
7.2.5	Drogenkonsummuster.....	80
7.2.5.1	Drogenkonsum.....	80
7.2.5.2	Überdosen.....	81
7.2.6	Psychosoziale Schwierigkeiten aus Sicht der Interviewer (ASI-Scores).....	83
7.3	Methode	83
8	Zusammenfassung	86
9	Literaturverzeichnis	90
10	Anhang	97

1 EINLEITUNG

1.1 Einführung

Suizidalität ist ein weit verbreitetes Phänomen in der Gesamtbevölkerung. Sie betrifft praktisch alle sozialen Schichten und Altersgruppen, wobei lt. Statistischem Bundesamt jedes Jahr ca. 12.000 –13.000 Suizide in Deutschland belegt sind. Die Suizidrate liegt aufgrund der Dunkelziffer erheblich höher. Es existieren keine genauen Daten für Suizidversuche. Schätzungen liegen bei etwa 200.000 Betroffenen, die entweder im Krankenhaus oder ambulant versorgt werden bzw. ohne ärztliche Hilfe auskommen (Wedler et al. 1995). Zu den Risikogruppen wie beispielsweise Depressive, Alkoholiker, alte und vereinsamte Menschen gehören auch Opiatabhängige (Pöldinger 1985). Das Risiko für suizidales Verhalten wird für Opiatabhängige je nach Studie zwischen 5 und 50mal höher als das der Allgemeinbevölkerung geschätzt (Murphy et al. 1983; Möllhoff 1982; Berman & Schwartz 1990).

Die gegenüber der Allgemeinbevölkerung erhöhte Suizidalität Opiatabhängiger wird häufig mit deren Biographie in Zusammenhang gebracht. Die besondere, in Kindheit und Jugend entstandene Vulnerabilität, die die Opiatabhängigkeit begünstigte, kann ebenfalls Auslöser für suizidales Verhalten sein. Neben sich langfristig auswirkenden Gründen existieren darüber hinaus Ereignisse und Faktoren, die mittel- und kurzfristig zu einer erhöhten Suizidalität führen können. Die Life-event-Forschung hat sich mit den Auswirkungen und der Bewältigung von Krisensituationen und wichtigen Ereignissen befaßt. Sie liefert substantielle Erkenntnisse über Anzahl und Art der Life-events im Zusammenhang mit Suizidalität. Diese Ergebnisse gelten für die Allgemeinbevölkerung, sind aber auch übertragbar auf Opiatabhängige, deren Lebensumstände durch sehr viele kritische Situationen geprägt sind.

Bei Opiatabhängigen treten gehäuft psychosoziale Belastungen auf. Bei einem steigenden Drogenkonsum läßt der zunehmende Beschaffungsdruck immer weniger Zeit für die Führung eines geregelten Lebens. Als Folge kann es zu Verlust von Arbeitsplatz und Wohnung kommen. Häufig treten schwerwiegende Konflikte in familiären und sozialen Bereichen auf, so daß das soziale Netzwerk

zusammenfällt. Krankheiten, bedingt durch die Art der Drogenanwendung und durch die Lebensumstände, der ständige Beschaffungsstreß, die durch die Illegalisierung des Opiatkonsums bedingten Schwierigkeiten mit der Justiz und das Problem, den vermehrten Konsum zu finanzieren, können einen Opiatabhängigen suizidal werden lassen.

Als ein weiterer Faktor für die erhöhte Suizidalität bei Opiatabhängigen werden die direkten Effekte der verschiedenen Drogen genannt. Toxizität, Verwirrungs Zustände sowie Enthemmung bedingt durch die Drogeneinnahme wirken suizid-erleichternd und können einen Suizidversuch auslösen.

Auch psychiatrische Erkrankungen stehen in deutlichem Zusammenhang zu Suizidversuchen. Ein gehäuftes gemeinsames Auftreten von Opiatabhängigkeit und psychiatrischen Erkrankungen, insbesondere der depressiven Erkrankungen, ist im Rahmen der Komorbiditätsforschung weitreichend belegt. Daher ist das Vorkommen psychiatrischer Erkrankungen bei Opiatabhängigen als eine Ursache für die erhöhte Suizidalität zu sehen.

1.2 Zielsetzung der Arbeit

Ziel der Arbeit ist es, im Rahmen der 5-jährigen Studie "Komorbidität von Opiatabhängigkeit und anderen psychiatrischen Störungen" der Arbeitsgruppe Drogenforschung der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf das aktuelle suizidale Verhalten der Opiatabhängigen dieser Stichprobe zu analysieren. Untersucht werden Ereignisse und Faktoren, die einen Opiatabhängigen kurzfristig dazu bewegen, den Suizid als Ausweg zu wählen. Dazu werden die Opiatabhängigen der Untersuchung, die zwischen der 1. Befragung (1995) und der 2. Befragung (1996) einen Suizidversuch unternahmen, betrachtet und mit Opiatabhängigen, die Suizidversuche in der Anamnese haben bzw. ohne Suizidversuch sind, verglichen. Durch die gleichzeitige prospektive und retrospektive Befragung soll versucht werden, einen zeitlich engen Zusammenhang einzelner Ereignisse zum Suizidversuch zu ermitteln. Außerdem wird durch die Verlaufsbetrachtung eine eventuelle Verschärfung der Lebenssituation, die Suizidalität begünstigen könnte, erkennbar. Geprüft werden zum einen die Auswirkungen psychiatrischer Erkrankungen auf die Suizidalität.

Zum anderen werden aktuelle psychosoziale Faktoren betrachtet, die sich im Jahr des Suizidversuchs oder im Jahr vor der 1. Befragung zutragen, und deren Zusammenhang mit einem akuten Suizidversuch überprüft. Besonderes Augenmerk wird auf die Gruppe der Opiatabhängigen gelegt, die innerhalb des Katamnesejahres zum ersten Mal einen Suizidversuch begeht, um Gründe zu erkennen, die einen Opiatabhängigen dazu veranlassen, erstmalig einen Suizidversuch als eine Form des Auswegs zu wählen.

1.3 Überblick über die Arbeit

Nach den hierauf folgenden Definitionen werden im zweiten Kapitel Theorien zur Entstehung abhängigen Verhaltens und Modelle zur Entstehung suizidalen Verhaltens dargestellt. Anschließend werden Modelle zum gemeinsamen Auftreten von Drogenabhängigkeit und Suizidalität vorgestellt. Das nachfolgende Kapitel stellt den Forschungsstand zur Suizidalität Opiatabhängiger dar. Ein Schwerpunkt liegt dabei in der Betrachtung des Zusammenhangs von psychiatrischen Erkrankungen und Suizidalität. Weiterhin werden für die Arbeit relevante psychosoziale Faktoren und ihre Bedeutung für den Suizidversuch Opiatabhängiger dargestellt. Die daraus abgeleiteten Untersuchungsannahmen schließen sich im vierten Kapitel an. Im fünften Kapitel folgt die zugrundeliegende Methodik der Arbeit. Die Ergebnisse der Untersuchung werden im sechsten Abschnitt präsentiert und im siebten Teil der Arbeit vor dem Hintergrund der Literatur diskutiert.

1.4 Definitionen

In diesem Kapitel werden die Begriffe **Abhängigkeit**, **Suizidalität** und **Suizidversuch** geklärt. Es folgen die für das Verständnis der Arbeit relevanten Definitionen.

1.4.1 Abhängigkeit/Sucht

Abhängigkeit wird umgangssprachlich immer noch als **Sucht** bezeichnet (Pschyrembel - Klinisches Wörterbuch, 1990). Das psychologische Wörterbuch definiert den Begriff der **Sucht** als “zwanghaft gewordenen Mißbrauch von Rauschmitteln zur Erzeugung psychischer Sonderzustände oder zur Beseitigung von unerträglichen seelischen oder körperlichen Belastungen” (Dorsch 1987). Auf der von der WHO erstellten Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10) basieren die Diagnosen aller psychiatrischen Erkrankungen, auch die der Opiatabhängigkeit, auf die in dieser Arbeit Bezug genommen wird. Die WHO beschreibt **Abhängigkeit** als Verhaltensstörung, bei der der Konsum einer Substanz für die betroffene Person Vorrang gegenüber anderen Verhaltensweisen hat, auch wenn diese von ihm früher höher bewertet wurden. Entscheidend sei der oft starke, gelegentlich übermäßige Wunsch, Substanzen, Medikamente, Alkohol oder Tabak zu konsumieren. Als wesentliche diagnostische Leitlinien werden der Konsumzwang, die verminderte Kontrollfähigkeit, ein körperliches Entzugssyndrom, der Nachweis von Toleranz, eingeengte Konsummuster, fortschreitende Vernachlässigung anderer Interessen und anhaltender Konsum trotz Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen genannt (Dilling et al. 1991).

1.4.2 Suizidales Verhalten (Suizidalität)

Bis heute gibt es für diese Begriffe keine einheitliche Definition. Hänel und Pöldinger (1986) verstehen unter **Suizidalität** (suizidalem Verhalten) “das Potential aller seelischen Kräfte und Funktionen, das auf Selbstvernichtung tendiert”. Dazu gehören z.B. verbale Äußerungen wie Ankündigungen und Drohungen, Gedanken oder auch Handlungen, die eventuell zum selbst verursachten Tod führen. Umstritten ist, inwieweit indirektes selbstdestruktives Verhalten mit in diese Definition einbezogen werden könnte. Auch ist offen, ob der “chronische Suizid” bzw. der “protrahierte Suizid”, zu dem Gross (1982) auch den Alkohol- und Drogenabusus zählt, unter diese Kategorie fällt. Er definiert den chronischen Suizid als eine bereits in Gang befindliche Suizidhandlung, die gezielt lebensgefährdend ist oder bei der lebensnotwendiges Handeln unterlassen wird.

In der vorliegenden Arbeit steht der Begriff Suizidalität synonym für den Suizidversuch, da von allen möglichen Formen suizidalen Verhaltens nur der Suizidversuch betrachtet wird.

1.4.3 Suizidversuch

Der **Suizidversuch** wird hier als unvollendeter Suizid verstanden. Die Gründe für die Nichtvollendung eines Suizides sind so vielschichtig, daß hier nicht im Detail darauf eingegangen wurde. Konsequenterweise wurden in der vorliegenden Arbeit die Teilnehmer lediglich gefragt, ob sie einen Suizidversuch begangen hätten. Es erfolgten keine weiteren Differenzierungen nach Ernsthaftigkeit des Versuchs, Methode sowie gesundheitlichen Auswirkungen. Suizidale und Suizidenten stehen hier für Personen, die einen Suizidversuch begingen.

2 THEORETISCHER HINTERGRUND

2.1 Erklärungsansätze zur Entstehung von Abhängigkeit

Mit der Entstehung von abhängigem Verhalten haben sich viele wissenschaftliche Disziplinen beschäftigt. Je nach ihrer Definition/Vorstellung von Abhängigkeit entwickelten sie zunächst unterschiedliche, meist eindimensionale Modelle, die aus ihrer Sicht das Entstehen und die Aufrechterhaltung von Abhängigkeit erklären.

2.1.1 Eindimensionale Ansätze

Der soziologische Ansatz untersucht den Zusammenhang von gesellschaftlichen Strukturen auf den Drogenkonsum. Soziologen gehen davon aus, daß das Individuum durch Normen der gesellschaftlichen Struktur und die dadurch entstehenden Lebensbedingungen geprägt wird. Beim Entstehen von Konfliktsituationen reichen die vorhandenen Mittel und Möglichkeiten zur Bewältigung nicht aus. Es wird daher zu Strategien wie Veränderung, Auflehnung oder Rückzug gegriffen. Drogenkonsum stellt ebenfalls eine Ausweichmöglichkeit dar.

Eine andere Betrachtungsweise erfolgt durch den psychoanalytischen Ansatz. Dieser geht davon aus, daß bei Menschen Süchte entstehen, die auf frühkindliche Entwicklungsstörungen zurückzuführen sind. Es handelt sich hierbei um ein Symptom unbewußter Konflikte, die auf Störungen zwischen Mutter und Kind in der oralen Phase basieren. Das Kind erhält in jener Zeit entweder zu wenig oder zu viel Zuwendung. Hieraus resultieren einerseits die Suche nach Ersatzbefriedigung oder andererseits die Flucht aus der Überversorgung. Diese Beziehungsstörungen äußern sich in der Persönlichkeitsstruktur als ein zu geringes Selbstwertgefühl, geringe Frustrationstoleranz oder Defizite in der Konfliktbewältigung und sollen durch das Rauscherlebnis kompensiert werden.

Biochemisch/physiologische Ansätze basieren auf der Vorstellung, daß der jeweils betroffene Mensch Störungen in seiner biologischen und genetischen Konstitution aufweist. Es wird deshalb angenommen, daß die Suchtentwicklung begünstigenden Ursachen dem Menschen angeboren sind. Diese Anlagen führen zu

biochemischen, psychischen und neuropsychologischen Veränderungen, die die Entwicklung einer Abhängigkeit im Vergleich zu Nichtbetroffenen hervorrufen. Physiologische Veränderungen ergeben sich nach einem “zufälligen” Erstkonsum von Drogen und veranlassen den Betroffenen dazu, mit dem Konsum fortzufahren.

Nach dem lerntheoretischen Ansatz entwickelt sich der Konsum von Suchtmitteln genauso wie andere menschliche Verhaltensweisen. Der Behaviorismus geht davon aus, daß positive oder negative Verstärkungen die Wahrscheinlichkeit erhöhen, ein einmal angefangenes Verhalten zu wiederholen. So besteht die Vorstellung, daß, wenn der Drogenkonsum entlastend auf Ängste und Spannungen wirkt, dies als Verstärker gilt und anregt, erneut und vermehrt Drogen zu nehmen (Davison & Neale 1988). Zu dem lerntheoretischen Ansatz gehört weiterhin das Lernen am Modell, d.h. durch Beobachten oder Imitieren wird ein neues Verhalten erlernt. Einsteiger beobachten euphorische Stimmungen oder stärkere Anerkennung bei Konsumierenden und sind bestrebt, diese (scheinbar) positiven Auswirkungen nachzuahmen.

Die linearen Theorien verschiedenster Disziplinen (Übersicht bei Degkwitz et al. 1995) haben keine überzeugende Antwort auf die Entstehung von Abhängigkeit erbracht, da der jeweilige Ansatz zu viele Fragen unbeantwortet läßt. Man mußte im Laufe der Zeit einsehen, daß Abhängigkeit zu viele Facetten hat, die die individuellen Ansätze nicht zu erfassen vermochten. Heute versucht die moderne Drogenforschung mit mehrdimensionalen Theorien der komplexen Entstehungsweise von Drogenabhängigkeit gerechter zu werden. Integrative Modelle versuchen, möglichst viele Bedingungsfaktoren wie Person, Entwicklung, Situation und Gesellschaft zu berücksichtigen, von denen nachfolgend zwei Ansätze beispielhaft angeführt werden.

2.1.2 Integrative Erklärungsansätze

Kindermann et al. (1989) greifen auf Konzeptionen aus der Entwicklungspsychologie zurück und beziehen sich dabei auf die Begriffe “Entwicklungsaufgaben” (Oerter und Montada 1987) sowie “kritische Lebensereignisse” (Filipp 1981) und deren “Bewältigung”. Die Autoren sind der Auffassung, daß speziell in der Adoleszenz besonders viele Entwicklungsaufgaben gelöst werden müssen. Dabei

beziehen sie sich auf die Aufgaben nach Havighurst (1972). Die Lösung kann dem Jugendlichen gelingen, oder er kann daran scheitern. Scheitert er, kann es zu einer Verfestigung eines vorhandenen Drogenkonsums kommen. Heroinabhängigkeit stellt sich für Kindermann et al. als mißglückter Versuch dar, gestellte Anforderungen zu bewältigen. Im Umkehrschluß ist also ein Ausstieg denkbar, wenn der Abhängige eine Chance zur produktiven Bewältigung der bis jetzt nicht geleisteten Entwicklungsanforderungen erhält. Mit Hilfe dieses Rahmens kann den o.g. Autoren zufolge der biographische Verlauf vom Einstieg bis zum Ausstieg eines Abhängigen erklärt und somit auch therapiert werden.

Uchtenhagen und Zimmer-Höfler (1985) gehen in ihrem systemtheoretischen Ansatz davon aus, daß Drogenkonsum eine von vielen Möglichkeiten zur Stabilisierung einer Krise ist. Eine Krise entsteht ihrer Meinung nach durch eine Destabilisierung des psychosozialen Gleichgewichts. Grundlage dafür ist die Annahme, daß sich die an ein Individuum gestellten Anforderungen mit dem ihm zur Verfügung stehenden Ressourcen entsprechen und im Gleichgewicht stehen müssen. Dabei unterscheiden sie folgende Größen:

1. Gesamtheit der Anforderungen wie z.B. Anforderungen im beruflichen Bereich oder gesellschaftliche Erwartungen. Dazu zählen auch verdeckte Erwartungen z.B. durch die Eltern oder durch die Peergruppe. Gemeint sind damit ebenfalls die eigenen Bedürfnisse.
2. Gesamtheit der Ressourcen: Dazu zählen die dem Individuum zur Verfügung stehenden Mittel zur Bewältigung oder zur Zurückweisung der Anforderungen.
3. Autonomie: Sie wird definiert als Fähigkeit, die eigenen Bedürfnisse zu berücksichtigen sowie den gestellten Anforderungen gerecht zu werden.

Diese drei Größen müssen fortlaufend aufeinander abgestimmt werden. Eine Krise entsteht, wenn es zu einem Ungleichgewicht kommt, d.h. zu einer Veränderung einer Größe kommt. Das kann z.B. dadurch eintreten, daß die Anforderungen (im Beruf oder in der Partnerschaft) wachsen oder die Ressourcen sich verringern (Verlust von Bezugspersonen oder Einkommensverlust). Eine Stabilisierung kann dadurch erfolgen, daß das Individuum versucht, eine der anderen Größen ebenfalls zu ändern, z.B. durch Erschließung neuer Ressourcen oder durch Inanspruchnahme von Hilfeleistungen. Der Drogenkonsum bzw. -mißbrauch hat ebenfalls das Ziel, ein gestörtes Gleichgewicht zu korrigieren. Dabei nimmt das Individuum, bewußt

oder auch unbewußt, in Kauf, daß durch Normverletzung neue Konflikte heraufbeschworen werden. Uchtenhagen und Zimmer-Höfler (1985) betonen, daß normverletzende Stabilisierungsversuche nicht zwangsläufig dysfunktional sein müssen, aber das Risiko in sich tragen, neue Krisen hervorzurufen.

Die hier aufgeführten integrativen Theorien - ebenso wie andere Modelle - bieten einen umfassenderen Ansatz, mit dem das Individuum allein aber auch im Zusammenhang mit seiner Umwelt gesehen werden kann. Die Komplexität der Modelle reicht jedoch immer noch nicht aus, alle Facetten zu berücksichtigen. Es bleiben also weitere Aspekte, die die Suchtentstehung erklären könnten, offen. So fehlen beispielsweise jene Aspekte, die sich um die einfache Neugier, Lust und das Austesten persönlicher Grenzen ranken. Die Wege eines gewaltsamen Einstiegs in den Drogenkonsum werden ebenfalls nicht beschrieben. So sehen Uchtenhagen und Zimmer-Höfler (1985) den Drogenkonsum lediglich als eine Art Krisenbewältigung und lassen alle anderen Einstiegsgründe unberücksichtigt. Sie nehmen jedoch für ihr Modell in Anspruch, daß sowohl psychologische als auch soziale Faktoren berücksichtigt werden und betonen, daß weder der psychologische noch der sozialwissenschaftliche Ansatz ausreichend ist, um die Gleichgewicht- bzw. Ungleichgewichtszustände zu erklären.

2.2 Erklärungsansätze suizidalen Verhaltens

2.2.1 Sozialtheoretischer Ansatz

1897 befaßte sich Durkheim als erster mit dem Suizid unter soziologischen Aspekten und veröffentlichte die Ergebnisse seiner empirischen Suizidforschung in dem Buch "Le suicide". Er wies dabei eine Häufung von Suiziden unter ungünstigen sozialen Bedingungen nach. Durkheim definiert den Suizid als willentlich durchgeführte Handlung. In seinem Konzept stellt er vier unterschiedliche Typen suizidalen Verhaltens vor, die er in zwei Kategorien einteilt. In der ersten Kategorie stehen der egoistische und der altruistische Suizid. In weniger entwickelten oder noch im Entstehen begriffenen Gesellschaftsschichten könne durch den Vorrang der sozialen Werte vor denen der eigenen Interessen ein altruistischer Suizid

entstehen. Beim egoistischen Suizid passiere das Gegenteil. Der eigene exzessive Individualismus verhindere eine Gruppenzugehörigkeit, und es fehlten religiöse, familiäre und politische Bindungen, so daß das Leben leer und sinnlos erscheine (Durkheim 1897).

Zur zweiten Kategorie gehören der fatalistische sowie der anomische Suizid. Diese Suizidtypen kommen nach Durkheim in Gesellschaften mit einer sehr hohen oder sehr niedrigen Reglementierung vor. Wenn der Normzwang bei starker Reglementierung zu groß werde, könne das Individuum einen fatalistischen Suizid begehen, da es keine Möglichkeit sehe, diesen Zustand auf legitime Weise zu ändern. Im Gegensatz dazu kommt es in Gesellschaften mit einem geringen Grad an sozialer Reglementierung zu einem Verlust der Normen und damit beim Individuum zu Unzufriedenheit sowie Frustration, wodurch der anomische Suizid erklärt wird.

2.2.2 Psychoanalytische Ansätze

Mit dem Aufkommen der Psychoanalyse trat die Frage nach der Psychodynamik des Suizids in den Vordergrund der Betrachtungen. Es gibt hierzu eine Vielzahl verschiedener Erklärungsansätze (Überblick bei Schmidtke 1988). Das in der Literatur am weitesten verbreitete psychoanalytisch orientierte Modell wurde von Freud entwickelt und stellt eine Erweiterung seiner Depressionstheorie dar. In diesem Modell wird Suizidalität als autoaggressives Verhalten gesehen, in dem das Individuum seine Aggressionen statt nach außen gegen sich selbst richtet. Ein Betroffener reagiert z.B. auf den Verlust einer geliebten Person mit Aggression gegen diese. Da aber das Objekt als unverzichtbar erscheint und daher durch die ihm geltende Aggression nicht zerstört werden darf, entsteht ein Aggressionskonflikt. Der Suizid stellt den Versuch dar, diesen inneren Konflikt zu lösen. Er wird als "zurückgewendeter Mordimpuls" verstanden (Wedler et al. 1995).

Im Gegensatz zu Freud sieht Adler (1937) im Suizid eine soziale Intention, wobei die Auswirkungen für das Individuum selbst in den Hintergrund treten. Er sieht in dem Suizid den kommunikativen Akt, mit dem der Sozialpartner beeinflusst werden soll. Es kann beim suizidalen Verhalten zum einen der Rachedanke im

Vordergrund stehen, zum anderen aber auch der Wunsch, Sorgen bei der Bezugsperson hervorzurufen.

Ein weiterer Erklärungsansatz für Suizidhandlungen ist die "Narzißmustheorie". Sie basiert auf der Vorstellung, daß bei suizidalen Patienten häufig Störungen des narzißtischen Systems vorliegen. Das zentrale Symptom hierbei ist ein labiles Selbstgefühl. Kann der Betroffene Mißerfolge oder Kränkungen wie z.B. Trennung, Trennungsdrohungen oder Enttäuschungen durch den Partner nicht adäquat bewältigen, greift er auf Kompensationsmechanismen zurück, die er in früheren Entwicklungsphasen gelernt hat. Der narzißtisch gestörte Mensch regrediert in einen harmonischen Primärzustand. Der Suizid ist eine der Möglichkeiten, einer drohenden narzißtischen Katastrophe aktiv zuvorzukommen und dadurch das Selbstgefühl zu retten bzw. Ruhe, Sicherheit und Geborgenheit zu finden (Henseler 1974).

2.2.3 Life-event-Ansatz

In neueren Überlegungen wird zum Verständnis suizidalen Verhaltens u.a. die Life-event-Forschung herangezogen. Welz et al. (1988) definieren Lebensereignisse - Life-events - folgendermaßen: "Objektiv eingetretene Ereignisse ... bewirken eine Veränderung bzw. ein Ungleichgewicht im aktuellen Anpassungsgefüge zwischen Person und Umwelt, welche eine Reorganisation der Verhaltensmuster oder von Teilbereichen des Verhaltens erfordert." Von Filipp (1981) werden kritische Lebensereignisse als Geschehnisse definiert, die im Leben einer Person auftreten und eine Veränderung in der Lebenssituation bewirken. Sie müssen mit einer entsprechenden Anpassungsleistung beantwortet werden. Da diese Ereignisse eine Unterbrechung der gewohnten Handlungsabläufe nötig machen oder sogar eine Veränderung bisheriger Verhaltensmuster erfordern, werden sie als stressreich empfunden. Betroffene können sehr unterschiedlich auf diese Stressoren reagieren, z.B. mit Aggression, Ablenkung und Betäubung durch Alkohol. Suizidales Verhalten kann unter diesen Verhaltensmustern als die am wenigsten hilfreiche und gleichzeitig zerstörerischste und somit fehlgeschlagenste Bewältigungsstrategie interpretiert werden (Welz et al. 1988). Das Risiko, Life-events durch einen Suizidversuch zu bewältigen, ist um so höher, je größer die

Anzahl der belastenden Ereignisse ist (Rahe 1972). In zahlreichen Studien sind die häufigsten Ereignisse, die im Zusammenhang mit Suizidversuchen stehen, ermittelt worden: Broken-home; Verlust naher Bezugspersonen wie Ehepartner oder Freund(in) durch Tod; Scheidung; Trennung; Krankheit; Schwangerschaft; Haft; Arbeitslosigkeit; fundamentale Schwierigkeiten in der Schule, dem Studium oder mit Finanzen (Schmidtke 1988).

2.2.4 Psychologisch/psychiatrischer Ansatz

Im Rahmen der Depressionsforschung ist auch die Bedeutung psychologischer/psychiatrischer Probleme auf die Suizidalität erkennbar geworden. So herrscht in der Literatur allgemeiner Konsens, daß es im Rahmen psychischer Krankheiten besonders häufig zu Suizidversuchen und Suiziden kommt (Miles 1977; Schmidtke 1988). Unter den Erkrankungen ragen Depressionen und Suchterkrankungen besonders heraus (Freeman 1995). Diese Ergebnisse spiegeln sich in Risikolisten wider, mit deren Hilfe suizidale Gruppen erkannt werden sollen und die für die Diagnostik eine wichtige Rolle spielen. Pöldinger (1983) ermittelte mit Hilfe umfangreicher Studien eine Reihenfolge, bei der depressiv erkrankte Patienten an erster Stelle stehen, gefolgt von der Gruppe der Drogenabhängigen, Alkoholiker und Medikamentenabhängigen. Danach werden Alte/Vereinsamte genannt und an vierter Position diejenigen, die bereits einen Suizidversuch verübt haben.

In einem deutlichen Zusammenhang zur Suizidalität steht außerdem die depressive Verstimmung. Dieses liegt nach Meinung mehrerer Autoren an deren allgemeinen Symptomen. Aufgrund klinischer Beobachtungen wurden folgende Beschwerden als Symptome der depressiven Verstimmung gewertet: traurige Stimmung, Pessimismus, Versagen, Unzufriedenheit, Schuldgefühle, Strafbedürfnis, Selbsthaß, Selbstanklagen, Selbstmordimpulse, Weinen, Reizbarkeit, sozialer Rückzug und Isolierung, Entschlußunfähigkeit, negatives Körperbild, Arbeitsunfähigkeit, Schlafstörungen, Ermüdbarkeit, Appetitverlust, Gewichtsverlust, Hypochondrie und Libidoverlust (Hautzinger et al. 1994). Da suizidale Tendenzen zugleich als Anzeichen von Depression gewertet werden, ist dieser Zusammenhang immanent. Auch Angst und Gefühle der Sinnlosigkeit erzeugen suizidale Gedanken (Beck et

al. 1975; Möllhoff 1982). Von einigen Autoren jedoch wird der Grad der Hoffnungslosigkeit als eine treffsicherere Variable zur Voraussage suizidaler Tendenzen gesehen als die Depressivität (Beck et al. 1975).

2.3 Abhängigkeit und Suizidalität

Verschiedenste Hypothesen über den Zusammenhang von Abhängigkeit (Sucht) und Suizidalität faßte Feuerlein (1982) unter zwei Thesen zusammen:

- Suizidales Verhalten entsteht durch die spezifische Problematik der Sucht (Processual-cause-theory).
- Sucht und Suizid können auf gemeinsam zugrundeliegende Faktoren zurückgeführt werden (Common-cause-theory).

2.3.1 Processual-cause-Theorien

Bei diesen Überlegungen spielen die pharmakodynamischen Eigenschaften der Droge eine Rolle. Drogen- oder alkoholbedingte Intoxikationen können Verwirrheitszustände und/oder Euphorien induzieren. Diese oder die nach dem Abklingen der Wirkung einsetzende depressive Verstimmung können suizidale Impulse freisetzen. Auch die enthemmende und somit suiziderleichternde Wirkung der Drogen - speziell bei Alkohol - zählt zu den pharmakodynamischen Eigenschaften (Feuerlein 1982). Für Miles (1977) können Sucht und Depression einander bedingen und sind somit direkte Auslöser für suizidales Verhalten. Feuerlein (1982) weist auf die durch die Drogen meist zum Negativen veränderten Lebensumstände hin. Diese oder dadurch bedingte Persönlichkeitsveränderungen fördern letztendlich suizidale Verhaltensweisen.

2.3.2 Common-cause-Theorien

Die für Menninger (1938) so offensichtlich scheinende Selbstzerstörung bei süchtigem Verhalten veranlaßte ihn zu seiner Hypothese vom identischen Ursprung von Sucht und Suizid. Er sieht in beiden Verhaltensweisen autoaggressive

Tendenzen. Er versteht daher die Sucht als "protrahierten Selbstmord" und den Suizid als die Zuspitzung dieses autoaggressiven Prozesses. Dazu käme es, wenn die Sucht, eine abgeschwächte Form der Selbstzerstörung, als Schutzmechanismus nicht mehr ausreicht, um die totale Selbstzerstörung zu vermeiden. Er weist auch auf die scheinbare Ironie in diesem selbstzerstörerischen Verhalten der Sucht hin, wo doch der Süchtige eigentlich versucht, sich von seelischen oder körperlich empfundenen Schmerzen zu befreien.

Wie Menninger ging auch Linden (1969) von der Hypothese des identischen Ursprungs aus. Er sieht in beiden Verhaltensweisen eine Fluchttendenz, d.h. Sucht und Suizid sind Problemlösestrategien, mit denen der Realität aus dem Weg gegangen werden kann.

Ringel (1961) leistete durch seine Untersuchungen einen bedeutsamen Beitrag zur Weiterentwicklung der Suizidalitätsdiagnostik. Den Krankheitsaspekt berücksichtigend, entwickelte er das "präsuizidale Syndrom". Dieses Syndrom ist charakterisiert durch 3 Aspekte:

1. Wendung von Aggressionen gegen sich selbst.
2. Flucht in die Irrealität.
3. Einengung. Hierbei unterscheidet er a) die situative (durch eine Krise/Ereignis veranlaßt), b) die dynamische (affektive), c) die Einengung der Wertewelt und d) die Einengung der zwischenmenschlichen Beziehungen.

Unabhängig von der zugrundeliegenden Erkrankung soll dieses Syndrom jeder Suizidhandlung vorausgehen. Seiner Meinung nach ist diese Trias nicht nur bei Suizidalen, sondern auch bei Opiatabhängigen zu finden.

Auch Durkheims Theorie kann aus der "common cause" Sicht interpretiert werden, indem sowohl Sucht als auch Suizidalität als abweichendes Verhalten durch sozioökonomische Bedingungsfaktoren bzw. als spezifisches Problemlöseverhalten gesehen wird. Vor allem beim egoistischen Suizid (Feuerlein 1982) und beim anomischen Suizid (Welz 1983) fänden sich Parallelen zu süchtigem Verhalten.

2.4 Einordnung und Kritik

Zusammenfassend kann ausgesagt werden, daß das Risiko für die Entwicklung von Opiatabhängigkeit u.a. in schwierigen Lebenslagen, bei psychischen Problemen, Verhaltensdefiziten, biographischen Brüchen, broken-home-Erfahrungen und anderen schwer zu bewältigenden Lebensanforderungen erhöht ist. Gleiches gilt auch für die Entwicklung suizidaler Verhaltensweisen. Während die Opiatabhängigkeit eher als langfristiger Copingversuch interpretiert wird, ist der Suizidversuch als kurzfristiger Ausbruch aus einer sich zuspitzenden Situation/Problematik zu werten. Es wird davon ausgegangen, daß stark negativ beeinflusste Lebensabläufe, wie in den Vorkapiteln verschiedentlich beschrieben, jeweils individuell Opiatabhängigkeit oder Suizidalität auslösen können. Es wird ebenfalls deutlich, daß beide Störungen gleichzeitig eintreten können. Für die Suizidalität reicht - wie auch schon für die Opiatabhängigkeit beschrieben - eine einzelne Theorie nicht aus, um solch ein multifaktorielles Geschehen wie das suizidale Verhalten zu erklären. So wird z.B. die Zitierung eines einzelnen Ereignisses oder die Addition vieler Ereignisse - wie bei der Life-event-Forschung üblich - dem komplexen Aspekt des Suizidversuches nicht gerecht. Es ist möglich, daß es nicht das Ereignis selbst, sondern die subjektive Bewertung mit ihren daraus entstehenden Konsequenzen (z.B. soziale Isolierung) ist, die suizidales Verhalten bewirkt (Schmidtke 1988). Die subjektive Bewertung eines Ereignisses sowie deren Verarbeitung sind wiederum von der psychischen Situation abhängig. Psychische Befindlichkeiten sowie psychiatrische Erkrankungen können aufgrund ihrer Symptomatik suizidales Verhalten auslösen. Dies ist in der Literatur ausreichend belegt. Sie jedoch als alleinige Auslöser zu sehen, ist zu eingeschränkt. Scobel (1982) schließt sich der Meinung anderer Autoren an, wenn er sagt, daß nicht generell ein Zusammenhang zwischen Psychose, spezieller Depressivität und Suizid besteht und weist auf kovariierende Faktoren hin.

Psychoanalytisch ausgerichtete Theorien weisen hingegen in eine andere Richtung. Sie beziehen sich auf die psychodynamischen Vorgänge des Individuums. Es erscheint fraglich, ob es so etwas wie die "suizidale" und die "abhängige Persönlichkeit" gibt. So kritisieren Galanter und Castaneda (1985) die Theorie von Menninger, nach der Abhängige autoaggressives Verhalten zeigen bzw. nach der die Sucht als eine Form der Selbstzerstörung bezeichnet wird. Sie

äußern die Meinung, daß diese Erklärung nur einem Teilaspekt gerecht wird. Süchtige seien im Alltag umsichtige Persönlichkeiten im Umgang mit sich, wenn sie nicht gerade unter Drogeneinfluß stehen. Dann allerdings, so Galanter und Castaneda, gingen sie oft tödliche Risiken ein und handelten sehr selbstzerstörerisch.

3 LITERATURÜBERBLICK

3.1 Opiatabhängigkeit und Suizidalität

Der Zusammenhang von Opiatabhängigkeit und suizidalem Verhalten wird in vielen Studien bestätigt: Murphy et al. (1983) gingen in ihrer in den USA durchgeführten Studie mit über 500 Opiatabhängigen (hier nach den RDC-Research Diagnostic Criteria definiert) von der Überlegung aus, daß sowohl Opiatabhängigkeit als auch Suizidalität Symptome für autoaggressives Verhalten seien und sahen Gemeinsamkeiten in dem Verhalten Drogenabhängiger und suizidaler Personen. Sie stellten fest, daß 17,3% der Teilnehmer ihrer Studie im Laufe ihres Lebens mindestens einmal versucht hatten, sich das Leben zu nehmen. Dieser Prozentsatz lag weit über dem der Allgemeinbevölkerung, der bei 4,1% zu finden war. Ihre Ergebnisse zu den Unterschieden zwischen suizidalen und nichtsuizidalen Opiatabhängigen werden in den Kapiteln 3.2 und 3.3 dargestellt.

Kosten und Rounsaville (1988) untersuchten in einer prospektiv angelegten Studie über 2,5 Jahre bei einer Gruppe von 263 Opiatabhängigen den Einfluß von früheren Suizidversuchen, Überdosen und aktuellen psychosozialen Faktoren auf die akute Suizidalität von Opiatabhängigen. Sie kommen zu annähernd dem gleichen Ergebnis wie Murphy et al., denn 17% der Teilnehmer gaben einen Suizidversuch in ihrer Anamnese an. Zusätzlich berichten die Autoren, daß innerhalb des follow-up-Zeitraumes von 2,5 Jahren 45 Klienten (20,6%) einen Suizidversuch unternahmen. Von diesen 45 zeigten 12 (27%) erstmals suizidales Verhalten. Einzelheiten zu den Ergebnissen dieser Studie befinden sich in den Kapiteln 3.2 und 3.3 der vorliegenden Arbeit.

Auch Uchtenhagen und Zimmer-Höfler (1985) bestätigen mit ihrer Studie den Zusammenhang von Opiatabhängigkeit und Suizidalität. Sie überprüften bei 194 Opiatabhängigen das Suizidverhalten. Zum Interviewzeitpunkt gaben 51,2% der Teilnehmer an, einen Suizidversuch begangen zu haben. 14,9% hatten schon vor Suchtbeginn mindestens einen Suizidversuch durchgeführt. Die Autoren selbst waren beeindruckt, "wie stark die Suizidalität bei Opiatabhängigen im Verlauf der Sucht zunimmt". Gegenüber der Kontrollgruppe bestand ein signifikanter Unterschied, hier betrug die Suizidversuchsrate nur 2,1%.

Berman und Schwartz (1990) untersuchten 298 jugendliche Drogenabhängige und stellten fest, daß ein Viertel der Studienteilnehmer bereits vor ihrem ersten Drogenkonsum einen Suizidversuch unternommen hatte. Insgesamt gaben 30% der Befragten mindestens einen Suizidversuch in der Anamnese an.

Dinwiddie et al. (1992) verglichen die Auswirkung unterschiedlicher Drogen auf die Suizidalität und gaben an, daß 23,9% der i.v.-Drogenabhängigen ihrer Studie Suizidversuche in ihrer Lebensgeschichte hatten. Bei Cannabisbenutzern waren es 6,1%. Bei Benutzern von anderen Drogen lag die Quote bei 16,1%, bei der Gruppe von Nichtdrogenbenutzern hingegen bei nur 3,9%.

Krausz et al. (1998b) bestätigen die hohen Suizidversuchsraten bei Opiatabhängigen. In ihrer dreijährigen Verlaufsstudie wurde bei 199 substituierten Opiatabhängigen untersucht, welche Veränderungen durch die Codeinsubstitution im Hinblick auf die gesundheitliche und soziale Situation, auf den Drogenkonsum und auf die Suizidalität eintraten. Bis zum Zeitpunkt der Ausgangsbefragung hatten 29% der Befragten einen Suizidversuch unternommen. Drei Jahre später ermittelten die Autoren eine Suizidversuchsrate von 5% während dieses Zeitraums. Wahrscheinlich ist jedoch, daß die Rate noch höher liegt, da 33% der Probanden nicht wieder erreicht wurden. Hierbei wurde angenommen, daß es sich vielfach um Klienten handelte, die nicht auf ihren Heroinkonsum verzichten konnten und deshalb die Substitution nicht mehr in Anspruch nahmen oder aus dem Programm ausgeschlossen wurden.

Noch deutlicher zeigte sich der Zusammenhang von Suizidalität und Opiatabhängigkeit in der Studie von Raschke (1994). 44% der Befragten gaben an, vor Eintritt in die Substitution einen Suizidversuch unternommen zu haben. Dies ist ein außerordentlich hoher Anteil. Die Autoren weisen darauf hin, daß ein Drittel bereits in ihrer Kindheit/Jugend, d.h. vor Beginn ihrer Drogenkarriere, suizidales Verhalten gezeigt hatte. Die follow-up Befragung ein Jahr später ergab für diesen Zeitraum eine Suizidversuchsquote von 5%. Für wiederum 71% dieser Gruppe ist ein vorhergegangener Suizidversuch bekannt (Verthein 1994).

Diese Studien zeigen, daß die Opiatabhängigen schon vor dem Drogenkonsum suizidaler sind als die Allgemeinbevölkerung und daß im Laufe der Drogenkarriere die Suizidalität stark zunimmt. Somit scheinen die Opiatabhängigkeit und die damit zusammenhängenden Bedingungen suizidales Verhalten zu fördern.

Aus diesen Ergebnissen ist allerdings ersichtlich, daß nicht alle Abhängigen suizidal werden. Es zeigt sich, daß nicht die Abhängigkeit alleine, sondern kovariierende Faktoren eine wichtige Rolle spielen. Was unterscheidet also die (akut) suizidalen von den nichtsuizidalen Opiatabhängigen? In den nachfolgenden Kapiteln werden Faktoren aufgezeigt, die im Zusammenhang mit suizidalem Verhalten stehen.

3.2 Psychiatrische Erkrankungen

Als eine Ursache für die erhöhte Suizidalität bei Opiatabhängigen gilt u.a. das bei ihnen gehäufte Vorkommen psychiatrischer Erkrankungen. Die erhöhte Komorbiditätsrate Drogenabhängiger ist ein inzwischen in der Literatur akzeptierter Standpunkt (Krausz 1995). Das erhöhte Komorbiditätsrisiko bei Suchtkranken wurde u.a. durch eine groß angelegte Studie von Regier et al. (1990) in den USA belegt. Es wurden 20291 Personen aus der Allgemeinbevölkerung untersucht, unter denen sich 6,1% Drogenabhängige befanden. Bei 53% dieser Gruppe der Drogenabhängigen fand sich eine zusätzliche psychiatrische Erkrankung. Sie hatten ein 4,5fach erhöhtes Risiko, an einer weiteren psychiatrischen Störung, zusätzlich zu ihrer Abhängigkeit, zu erkranken. Speziell bei Opiatabhängigen war das Risiko, unter einer zusätzlichen psychiatrischen Erkrankung zu leiden, sogar 6,7mal höher als bei der Allgemeinbevölkerung. Vor allem Angst-, depressive und Persönlichkeitsstörungen wurden als Zusatzdiagnose gestellt; fast ein Drittel der Opiatabhängigen wies Angststörungen (31,6%), ein weiteres Drittel affektive Störungen (30,8%) auf. Auch Ladewig und Simoni (1996) sowie Weissmann et al. (1976) bestätigen, daß diese beiden Erkrankungen die häufigsten Zusatzdiagnosen bei Opiatabhängigen sind. Außerdem werden Persönlichkeitsstörungen (Krausz 1999), Alkoholismus und Schizophrenien (Dinwiddie et al. 1992) als häufig vorkommende Zusatzdiagnosen genannt.

Die Depression gilt bei der Normalbevölkerung als die Erkrankung mit dem höchsten Suizidalitätsrisiko. Nach Meinung der Experten sind etwa 30-50% der Menschen, die einen Suizid versuchen, depressiv (Pöldinger 1983). In seiner Studie mit 440 Personen mit einem Suizidversuch in der Anamnese betrug die Anzahl der depressiv Erkrankten 48%. Die Erkrankung selbst ist der wichtigste

unter vielen anderen Faktoren, der ein höheres Suizidalitätsrisiko bedingt (Hawellek et al. 1995). Generell haben Personen mit einer depressiven Erkrankung im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung ein 30fach erhöhtes Suizidrisiko (vgl. Schmidtke 1988). Psychiatrische Diagnosen, vor allem affektive Störungen, gelten als Risikofaktoren für suizidales Verhalten (Bronisch & Wittchen 1994; Beautrais et al. 1998). Infolgedessen wird auch der Anteil dieser Diagnosen bei suizidalen Abhängigen häufiger nachgewiesen als bei nichtsuizidalen.

Für suizidale Alkoholiker fanden Bachthaler et al. (1998) erhöhte Prozentsätze an depressiv Erkrankten. Von ihren 161 Alkoholpatienten wurden 41 als suizidal eingestuft, d.h. sie hatten entweder Suizidversuche in der Anamnese oder galten als akut suizidgefährdet. Von diesen 41 wiesen 41% eine Depression als Zweitdiagnose auf, was signifikant häufiger war als bei den nichtsuizidalen Alkoholikern (9%).

Murphy et al. (1983) untersuchten mit Hilfe der Research Diagnostic Criteria (RDC) in ihrer Studie, ob die Opiatabhängigen eine zusätzliche psychiatrische Erkrankung (lifetime) aufwiesen und überprüften, ob ein Zusammenhang zwischen einer zusätzlichen psychiatrischen Erkrankung und Suizidversuch besteht. Ihr Ergebnis: 87% der Opiatabhängigen mit einem oder mehreren Suizidversuchen in der Anamnese wiesen eine affektive Störung in der Anamnese auf. Obwohl 70% der Opiatabhängigen ohne Suizidversuch ebenfalls eine solche Störung angaben, was außerordentlich hoch erscheint, ist diese Differenz zwischen den Gruppen als signifikant angegeben. Affektive Störungen waren in dieser Studie zugleich die am häufigsten vorkommende Lifetime-Diagnose. Außerdem wiesen suizidale Opiatabhängige signifikant häufiger schizophrene und manische Störungen auf. Auch Alkoholismus stellte signifikant häufiger ein Problem dar, während dieses bei Angst- und Persönlichkeitsstörungen nicht der Fall war.

Kosten et al. (1988) wiesen in ihrer Studie zur Suizidalität Opiatabhängiger immerhin noch bei 71% der Suizidversucher eine Depression (RDC-Diagnose) nach, während bei den Nichtsuizidalen "lediglich" 47% diese Diagnose erhielten.

3.3 Aktuelle psychosoziale Faktoren

3.3.1 Psychische Situation

Depressivität als psychisches Symptom wird als einer der häufigsten und wichtigsten Risikofaktoren für suizidales Verhalten gewertet (Welz 1996). Da suizidale Tendenzen in den gängigen Fragebögen als Anzeichen von Depression gelten, ist dieser Zusammenhang zum Teil artifiziell. Rounsaville et al. (1982), die den Verlauf von Depressionserkrankungen während einer Therapie bei Opiatabhängigen untersuchten, differenzierten zwischen der Major Depression (nach den Research Diagnostic Criteria), die bei 17% der Opiatabhängigen ihrer Studie gefunden wurde, und depressiven Symptomen, die 60% der Personen angaben. Die depressiven Symptome wurden u.a. mit dem BDI (Beck-Depressions-Inventar) erhoben, der auch in dieser Studie eingesetzt wird.

Vor einem Suizidversuch kommen depressive Verstimmungen besonders häufig vor, so auch bei Opiatabhängigen. Berman und Schwartz (1990) untersuchten 350 jugendliche Drogenkonsumierende aus der Gegend des Mississippi in ihrem suizidalen Verhalten. 89 Jugendliche aus dieser Gruppe berichteten von mindestens einem Suizidversuch. Zwei Wochen vor ihrem ersten Suizidversuch fühlten sich 83% der Jugendlichen "von niemandem verstanden", 82% fühlten sich "meistens depressiv" und 71% waren "ohne Hoffnung". Für eine weitere Untersuchung wurden von den 350 Drogenabhängigen 54 suizidale und 54 nicht-suizidale Jugendliche ausgewählt, die sich in Alter, Geschlecht und Rasse entsprachen. Es ergaben sich signifikant höhere Depressivitätswerte, gemessen mit dem BDI, bei den Jugendlichen mit Suizidversuch. Sie fühlten sich häßlicher, hatten mehr Schwierigkeiten beim Lernen, hatten öfter mit Stimmungsschwankungen zu kämpfen und fühlten sich einsamer als die Kontrollgruppe. Es wurde jedoch kein Unterschied beim Vergleich der BDI-Scores zwischen Teilnehmern mit Mehrfachsuiziden und denen, die ihren ersten Suizidversuch begangen hatten, festgestellt.

Kosten und Rounsaville (1988) unterschieden in ihrer prospektiven Studie zwischen erstmals suizidalen und nichtsuizidalen Drogenabhängigen. Es zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen den beiden Gruppen hinsichtlich der BDI-

Werte. Die Autoren schlossen daraus, daß aktuelle Depressivität ein Prädiktor für akutes suizidales Verhalten ist. Als Prädiktor gelte auch, so ermittelten sie, die Depressionsdiagnose nach den RDC (Research Diagnostik Criteria), nicht aber der globale psychopathologische Befund, wie er im ASI abgefragt wird.

Verthein (1994), der die psychische Befindlichkeit von polamidonsubstituierten Opiatabhängigen anhand subjektiver Zustandsbefragungsskalen beschrieb, fand heraus, daß sich die Suizidalen, insbesondere jene mit geplantem Suizidversuch, psychisch und körperlich schlechter fühlten und verstärkt unter Depressions- und Angstzuständen litten als diejenigen, die noch keinen Suizidversuch unternommen hatten, oder die, die erst während der Substitutionstherapie einen Suizidversuch unternahmen.

Auch Krausz et al. (1996) weisen auf den engen Zusammenhang von psychischen Problemen und Suizidversuchen hin. Suizidale codeinsubstituierte Opiatabhängige berichteten signifikant häufiger über Depressions- und Angstzustände sowie über Halluzinationen als nichtsuizidale Teilnehmer.

3.3.2 Familiäres und soziales Umfeld

Vor über 100 Jahren hatte Durkheim erkannt, daß soziale Isolation ein Prädiktor für suizidales Verhalten ist. Die höchsten Suizidraten sind seiner Meinung nach unter den gesellschaftlich am wenigsten Integrierten zu finden, d.h. unter Ledigen, Geschiedenen und Verwitweten. Auch aktuelle Studien kommen zu solchen Ergebnissen. 1996 schreibt Welz, daß soziale Isolierung, Einsamkeit, fehlende Verbundenheit und Unterstützung Ursachen für psychische Erkrankungen sein können. Hier sind es ganz besonders die Depression und Suizidhandlungen, die bei den Betroffenen auftreten. In der von Welz (1996) durchgeführten Studie wurde bei 180 Personen, die wegen eines Suizidversuchs in eine Klinik eingewiesen waren, die Größe des sozialen Netzwerks mit einer Zufallskontrollgruppe verglichen. Das Netzwerk der Suizidversucher war mit 3,4 Bekannten und 4,5 Familienmitgliedern signifikant kleiner als das der Kontrollgruppe (7,5 Bekannte und 6 Familienmitgliedern). Zu diesem kleinen Kreis hatten die Personen mit Suizidversuchen jedoch ungewöhnlich intensive Kontakte. Trotzdem erhielten sie weniger soziale Unterstützung, wobei die Unterstützung von ihrer Familie am

geringsten war. Gleichzeitig stellte sich heraus, daß die Gruppe der Suizidversucher weniger Vereinen oder Gruppen angehörte als die Kontrollgruppe.

Lester (1992) kommt aufgrund seiner Untersuchungen zu dem Ergebnis, daß einige Erkenntnisse über Suizide typisch für eine bestimmte Nation sind und nicht unbedingt auf eine andere Nation übertragen werden können. In seiner Studie, in der er die vollendeten Suizide in Finnland und den USA, die in den Jahren zwischen 1933 - 1985 begangen wurden, untersuchte, kam er zu folgenden Ergebnissen: In Finnland ergab sich zwischen Suizidrate und Scheidung eine positive Korrelation von 0,69, während Suizid mit Heirat und der Geburt eines Kindes negative Korrelationen (-0,64 bzw. -0,82) aufwies. In den USA hingegen wirkten sich Hochzeit bzw. Scheidung so gut wie gar nicht auf das Suizidverhalten aus. Nur die Geburtsrate übte auf das Suizidverhalten einen positiven Einfluß aus.

Untersuchungen über den Zusammenhang von psychosozialen Faktoren und Suizidversuchen bei Opiatabhängigen ergaben unterschiedliche Ergebnisse:

In einer Studie mit polamidonsubstituierten Opiatabhängigen stellt Vertheim (1994) fest, daß weder eigene Kinder noch eine feste Beziehung Einfluß auf die Suizidalität haben. Hingegen wirkt das *Zusammenleben* mit Partner/in und Kindern, d.h. die soziale Integration in der Kleinfamilie, als protektiver Faktor. Ebenfalls haben der Kontakt zu den Eltern, egal ob anhaltend oder neu entstanden, und ein "drogenfreier" Bekannten-/Freundeskreis positiven Einfluß auf das Suizidverhalten. Nach Hasin et al. (1988), die 123 Alkoholiker mit und ohne Suizidversuche miteinander vergleichen, hat es keinen signifikanten Einfluß auf das suizidale Verhalten, ob die Alkoholiker verheiratet sind oder nicht.

Ward und Schuckit (1980) wiederum bestätigen die Forschungsergebnisse von Durkheim. Sie zeigen in ihrer Studie mit 155 Polytoxikomanen, daß soziale Isolation im Zusammenhang mit suizidalem Verhalten steht. Sie stellten fest, daß am ehesten getrennt lebende oder geschiedene Personen Suizidversuche begehen.

3.3.3 Lebensereignisse (Life-events)

Life-events werden von vielen Wissenschaftlern als Auslöser für suizidales Verhalten gesehen, wenn die kritischen Situationen die Fähigkeiten des Betroffenen übersteigen, diese zu bewältigen (vgl. Paykel et al. 1975). Um einen Zusammenhang zwischen Life-events und Suizidversuchen zu überprüfen, untersuchten sie

53 Patienten, die nach einem Suizidversuch in ein Krankenhaus eingeliefert worden waren und stellten sie einer depressiven und einer normalen Kontrollgruppe gegenüber. Die Autoren verzeichneten eine Häufung von Life-events bei der suizidalen Gruppe. Diese hatte durchschnittlich 3,3 Ereignisse in den letzten 6 Monaten vor dem Suizidversuch. Das sind viermal so viele Ereignisse wie bei der normalen Kontrollgruppe und immerhin noch ein 1,5mal so viele Ereignisse wie bei der depressiven Kontrollgruppe.

Auch Welz et al. (1988) bestätigen mit ihrer Studie, daß Patienten mit einem Suizidversuch gehäuft von belastenden Ereignissen im letzten halben Jahr vor ihrem Versuch berichten. In ihrer Untersuchung gaben die suizidalen Teilnehmer doppelt so viele Life-events an wie die Kontrollgruppe.

Der Zusammenhang von Life-events und Suizidversuchen ist nicht nur für die Allgemeinbevölkerung festgestellt worden, sondern gilt ganz besonders auch für Drogenabhängige. Durch ihre oft schwierigen Lebensumstände ergeben sich häufig belastende Ereignisse. Laut Murphy et al. (1983) wirken sich langfristig die zerrütteten Familienverhältnisse (broken-home), die viele Opiatabhängige haben, auch auf deren suizidales Verhalten aus. Opiatabhängige mit Suizidversuch berichteten, daß sie vor ihrem fünfzehnten Lebensjahr signifikant häufiger von Heimerfahrungen, finanziellen Schwierigkeiten während der Kindheit, körperlichen Mißhandlungen und psychologischen Behandlungen betroffen waren. Sie waren auch signifikant häufiger wegen familiärer Angelegenheiten vor Gericht. Gerichtliche Verhandlungen wegen krimineller Aktivitäten und schulisches Versagen zeigten keine signifikanten Unterschiede innerhalb der Gruppen.

Untersuchungen über den Zusammenhang von Life-events und vollendetem Suizid kamen zu sehr widersprüchlichen Ergebnissen. In der San Diego Suicid Study verglichen Rich et al. (1988) drogenabhängige Suizidenten mit depressiven Suizidenten. Sie konnten bestätigen, daß bei den Drogenabhängigen 6 Wochen sowie 1 Jahr vor ihrem Suizid signifikant häufiger Life-events auftraten als bei Personen mit affektiven Störungen. Vor allem stellte sich heraus, daß es speziell bei den Suizidenten mit Drogenmißbrauch zu einer Häufung von Trennungen, Verlusten oder Streitigkeiten in zwischenmenschlichen Beziehungen gekommen war.

Dieses Ergebnis erhärten Duberstein et al. (1993). In ihrer Studie weisen sie nach, daß es bei Alkohol- und Drogenabhängigen sowohl 6 Wochen als auch 1 Jahr vor ihrem Suizid signifikant häufiger zu Streitigkeiten/Konflikten mit Kollegen,

Partner/in oder anderen Familienmitgliedern und Trennungen („attachment disruption“) (Scheidung, Zerschlagen einer Beziehung von Partner oder engen Freundschaft) kam als bei einer Gruppe Suizidenten, die unter affektiven Störungen litt. Bei Todesfällen und Eingängen (Geburten, neue Person im Haushalt) konnte kein Unterschied innerhalb der Gruppen festgestellt werden.

Bukstein et al. (1993) hingegen konnten keine Unterschiede in der Häufigkeit von Streitigkeiten, Trennungen in dem Jahr vor der Befragung bzw. vor dem Suizid feststellen. Sie verglichen drogenabhängige Suizidenten mit einer ebenfalls abhängigen nichtsuizidalen Kontrollgruppe. Wohl aber hatten die Suizidenten häufiger rechtliche Probleme. Letzterem widersprechen Murphy et al. (1983), die keinen Unterschied im kriminellen Verhalten (Anzahl und Art der Anzeigen und Anzahl der Verhaftungen und Verurteilungen) von Abhängigen mit und ohne Suizidversuchen feststellen konnten. Da es sich bei dieser Untersuchung aber um Suizidversucher handelte, bleibt die Frage offen, ob ein Unterschied zwischen Suizidversuchern und Suizidenten besteht. Hierzu liegt keine Studie vor.

3.3.4 Drogenkonsummuster

3.3.4.1 Drogenkonsum

Um mit psychischen Problemen fertig zu werden, wird in der Allgemeinbevölkerung auf selbst oder ärztlich verordnete Medikamente zurückgegriffen. Opiatabhängige nehmen nach der Selbstmedikationshypothese von Khantzian (1985) ihre Drogen, um psychische Probleme zu bewältigen. Die Wahl der Droge ist nicht zufällig, sondern das Ergebnis einer Wechselwirkung zwischen der psychopharmakologischen Wirkung der Droge und den zum Teil stark belastenden psychischen Problemen der Konsumenten.

Bei polamidonsubstituierten Opiatabhängigen ergibt sich ein deutlicher Zusammenhang zwischen deren Depressions- und Angstzuständen und erhöhtem Medikamentenkonsum, wie von Verthein (1994) nachgewiesen. So nahmen 61% der Substituierten mit häufigen Depressionszuständen vermehrt Tranquilizer ein. Mit der gleichen Frequenz nahmen nur 33% der Substituierten dieses Mittel, die selten unter Depressionen litten. Bei Personen mit häufigen Angstzuständen waren es 74%, die Tranquilizer einnahmen, aber nur 42% von denen, die selten unter

Angstzuständen litten. Der Beikonsum von Barbituraten zeigte ähnliche Zusammenhänge. Bei substituierten Opiatabhängigen, die eine Suizidgefährdung aufwiesen, zeigte sich ein erhöhter Beikonsum an Medikamenten, Kokain und Heroin. Ausgehend von Forschungen, die demographische Charakteristiken und psychiatrische Komorbidität als Prädiktoren für den Suizidversuch bei Drogenabhängigkeit nachweisen wollten, überprüften Hasin et al. (1988) bei einer Gruppe von 123 Alkoholikern, die sich in einer dreiwöchigen Rehabilitationstherapie befanden, ob ein Zusammenhang zwischen zusätzlichem Drogenkonsum und suizidalem Verhalten besteht. 29,2% dieser Untersuchungsgruppe gaben mindestens einen Suizidversuch an. Dreiviertel dieser suizidalen Teilnehmer konsumierten mehrere illegale Drogen, während es bei den Alkoholikern ohne Suizidversuch nur knapp die Hälfte (46%) war. Die durchschnittliche Anzahl konsumierter Drogen betrug bei der suizidalen Gruppe 2,42, bei der Kontrollgruppe 1,14. Der Unterschied ist statistisch signifikant. Bei detaillierter Betrachtung zeigte sich, daß die Alkoholiker mit Suizidversuchen in der Anamnese signifikant mehr Amphetamine, Tranquilizer, Barbiturate und Halluzinogene nahmen. Bei allen anderen Drogen wie Narkotika, Cannabis oder Kokain zeigte sich zwar ein Mehrkonsum, der sich jedoch als statistisch nicht relevant herausstellte.

Zu ähnlichen Ergebnissen gelangten Murphy et al. (1983). In der bereits erwähnten Studie weisen Opiatabhängige mit Suizidversuchen einen signifikant höheren Konsum an Amphetaminen, Sedativa und Inhalativa auf. Außerdem zeigte sich für diese Gruppe, daß sie ein signifikant größeres Alkoholproblem hatte. Hingegen wurden Opiate und Kokain vermehrt von den Nichtsuizidenten konsumiert, wobei diese Unterschiede nicht signifikant waren. Es ergab sich ebenfalls kein Unterschied in der durchschnittlichen Anzahl der konsumierten Drogen, die mit 2,8 für die suizidale bzw. 2,6 für die nichtsuizidale Gruppe angegeben wurden.

In der Studie von Kosten und Rounsaville (1988) zeigte sich kein Zusammenhang zwischen Alkoholismus und Suizidalität. Ihre Ergebnisse wiesen statt dessen einen signifikanten Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum und Drogenüberdosen auf.

3.3.4.2 Überdosen

Zufällige Überdosen sind häufig vorkommende Ereignisse unter Drogenabhängigen. In der umfassenden Studie von Darke et al. (1996) mit 329 Teilnehmern berichten 68% dieser Gruppe von mindestens einer Überdosis in ihrem Leben; im Durchschnitt liegt die Lifetime-Prävalenz bei drei Überdosen. Die Bedeutung dieser Überdosen und ihr Zusammenhang mit Suizidalität wird kontrovers diskutiert. Murphy et al. (1983) stellen fest, daß in ihrer Untersuchungsgruppe 38,4% der Opiatabhängigen mindestens eine Überdosis angaben. Um zu überprüfen, ob ein Zusammenhang zwischen Überdosen und Suizidversuch besteht, wurde die Gruppe nach Teilnehmern mit und ohne Suizidversuch eingeteilt. Dabei zeigte sich bei den Suizidversuchern eine signifikant höhere Anzahl von Überdosen (3,1) gegenüber den Nichtsuizidenten (0,5). Die Autoren bewerten daher Überdosis als einen Prädiktor für suizidales Verhalten. Bei dieser Untersuchung ist jedoch zu beachten, daß nicht zwischen gewollten und zufälligen Überdosen unterschieden wurde.

Krausz et al. (1996) stellen in einer Studie an 416 codeinsubstituierten Opiatabhängigen fest, daß 52% der Teilnehmer von Überdosen berichten. Ein Viertel dieser Gruppe hatte sich wissentlich überdosisiert. Die Autoren kamen zu dem Ergebnis, daß ein Zusammenhang zwischen Überdosis und Suizidversuch besteht und belegten dies durch folgende Zahlen: 41% der Opiatabhängigen mit einer Überdosis berichteten über Suizidversuche in ihrer Vergangenheit, 43% über Suizidgedanken. In der Gruppe der Opiatabhängigen ohne Überdosis hatten nur 15% einen Suizid versucht. Eine Überdosis ist also nicht in jedem Fall mit einem Suizidversuch gleichzusetzen, aber es besteht ein enger Zusammenhang.

Kosten et al. (1988) kommen zu einem widersprechenden Ergebnis. In ihrer Verlaufsuntersuchung prüften sie den Einfluß von Überdosen auf suizidales Verhalten. In ihrer Studie hatten sich 47% der Neusuizidenten gegenüber 37% der Nichtsuizidenten in ihrem Leben schon einmal überdosisiert. Da dieses Ergebnis nicht signifikant ist, korreliert ihrer Meinung nach Überdosis nicht mit Suizidalität. Sie fanden im Gegenteil heraus, daß sich die Prädiktoren für Überdosis und für den Suizidversuch unterscheiden und meinen daher, daß Opiatabhängige mit zufälligen Überdosen eine Gruppe von Abhängigen sind, die im Verlauf nicht suizidal wird.

3.3.5 Psychosoziale Schwierigkeiten aus Sicht der Interviewer (ASI-Scores)

Mit Hilfe der ASI-Scores - Severity Ratings - (Erläuterungen Kap. 5) besteht die Möglichkeit, die aktuellen psychologischen und sozialen Probleme Opiatabhängiger aus Sicht der Interviewer darzustellen. Folgende Studien haben diese Darstellungsmöglichkeit gewählt: In der Untersuchung von Murphy et al. (1983) zeigten sich bei Opiatabhängigen mit Suizidversuchen in der Anamnese wesentlich gravierendere Probleme im medizinischen, beruflichen, sozialen und psychologischen Bereich als bei Opiatabhängigen ohne Suizidversuche. In Bezug auf rechtliche Schwierigkeiten gab es keine Unterschiede zwischen den Gruppen.

Kosten und Rounsaville (1988) untersuchten über einen Zeitraum von 2,5 Jahren Opiatabhängige. Innerhalb dieses Betrachtungszeitraumes verschlechterte sich, bemessen an den ASI-Scores, für die Opiatabhängigen, die in dem Zeitraum einen Suizidversuch begingen, ihr gesundheitlicher Zustand und ihre Drogenproblematik. Sie unterschieden sich ebenfalls signifikant hinsichtlich ihrer psychologischen Probleme von den nichtsuizidalen Personen. Auch in familiären, sozialen und beruflichen Bereichen zeigten sie mehr Schwierigkeiten, wobei die Unterschiede nicht signifikant waren. Rechtliche Schwierigkeiten waren eher bei der Gruppe der Nichtsuizidalen festzustellen. Kosten und Rounsaville trennten die Wiederholungssuizidenten von den erstmals Suizidalen und verglichen die neu-suizidalen Opiatabhängigen mit den nichtsuizidalen. Außer im gesundheitlichen Bereich zeigte sich bei den Neusuizidalen schlechteres Befinden im Zusammenhang mit ihrem Drogenkonsum sowie auf rechtlichen, beruflichen, psychologischen Gebieten. Im familiären/sozialen Bereich zeigten sich sogar erheblich mehr Schwierigkeiten für die neusuizidale Gruppe.

4 HYPOTHESEN

Viele Opiatabhängige sind schon vor ihrer Abhängigkeit suizidal, noch mehr werden es im Verlauf des Drogenkonsums. Diese Arbeit untersucht jedoch nicht die langfristige Ätiologie der Suizidalität oder der Opiatabhängigkeit bzw. deren gemeinsames Auftreten. Vielmehr gilt es herauszufinden, welche kurzfristigen Ereignisse einen Opiatabhängigen bewegen, den Suizidversuch als “Lösungsweg” einzuschlagen. Eine Differenzierung der Opiatabhängigen, die im Katamnesezeitraum einen Suizid versuchten, in Neu- und Wiederholungssuizidenten ermöglicht, Risikofaktoren zu erfassen, die einen Opiatabhängigen erstmals suizidal werden lassen. Eventuelle Unterschiede zwischen Neu- und Wiederholungssuizidenten lassen sich so verdeutlichen. Für diese Untersuchung sind die sozialtheoretischen und Life-event-Ansätze geeignet und nachprüfbar. Ebenfalls werden die Theorien über den Zusammenhang von Suizidalität und psychischen/psychiatrischen Störungen herangezogen.

Es wird aufgrund der dargestellten theoretischen Annahmen und Forschungsergebnisse von folgenden Hypothesen ausgegangen:

4.1 Opiatabhängige, die einen Suizidversuch während des Untersuchungszeitraums (aktueller Suizidversuch) begehen, weisen häufiger eine zusätzliche psychiatrische Diagnose auf als Opiatabhängige ohne Suizidversuch.

4.1.1 Hierbei überwiegen Angst- und affektive Störungen.

4.1.2 Opiatabhängige mit einem aktuellen Suizidversuch haben häufiger eine aktuelle Diagnosenstellung (2-Wochen-/6-Monatsprävalenz).

4.2 Opiatabhängige mit aktuellem Suizidversuch weisen mehr akute psychosoziale Belastungen auf als Opiatabhängige ohne Suizidversuch.

4.2.1 Opiatabhängige mit einem aktuellen Suizidversuch weisen - gemessen am BDI - höhere Depressivitätswerte auf als Opiatabhängige ohne Suizidversuch.

4.2.2 Ihre subjektive Befindlichkeit ist schlechter.

4.2.3 Sie haben häufiger Suizidgedanken.

- 4.2.4 Sie sind häufiger ledig.
 - 4.2.5 Sie sind häufiger ohne feste Beziehung.
 - 4.2.6 Sie haben öfter Schwierigkeiten mit Bezugspersonen, wobei Schwierigkeiten mit den Eltern am häufigsten vorkommen.
 - 4.2.7 Sie leben in instabileren Wohnverhältnissen.
 - 4.2.8 Die Anzahl der Life-events ist höher.
 - 4.2.9 Sie weisen eine höhere justitielle Belastung auf.
 - 4.2.10 Die Anzahl verschiedener konsumierter Drogenarten ist höher und sie konsumieren mehr Drogen.
 - 4.2.11 Sie haben häufiger und in höherer Anzahl zufällige Überdosen.
 - 4.2.12 Ihre Schwierigkeiten in psychosozialen Bereichen sind schwerwiegender.
-
- 4.3 Aktuell suizidale Opiatabhängige mit Suizidversuchen in der Anamnese haben eine schlechtere psychische Befindlichkeit und eine schwierigere psychosoziale Situation als die erstmals Suizidalen.**
-
- 4.4 Bei erstmals Suizidalen kommt es zwischen erster und zweiter Befragung zu einer drastischen Verschlechterung ihrer psychischen Befindlichkeit und psychosozialen Situation.**

5 METHODIK

Die dargestellten Hypothesen werden anhand von Daten, die im Rahmen der Studie "Komorbidität von Opiatabhängigkeit und anderen psychiatrischen Störungen – Prävalenz, Langzeitverlauf und Behandlung" (Krausz et al. 1998a; Verthein et al. 1998) zwischen 1995 und 1996 von Opiatabhängigen gesammelt wurden, überprüft.

5.1 Stichprobengewinnung

Im Rahmen des vom Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) geförderten Schwerpunktes "Suchtforschung" werden von der Arbeitsgruppe "Drogenforschung" an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf in der prospektiv angelegten Studie "Komorbidität von Opiatabhängigkeit und anderen psychiatrischen Störungen" über 5 Jahre Heroinabhängige untersucht und in vier Katamnesen mit einjährigem Abstand befragt. Die Erstbefragung fand im Sommer 1995 statt. Die 350 Teilnehmer der Erstbefragung, die alle die ICD-10 Kriterien für Opiatabhängigkeit erfüllten, wurden in den verschiedenen Institutionen des Hamburger Drogenhilfesystems wie z.B. Drogenambulanzen, ambulanten Beratungseinrichtungen, Stationen des niederschweligen Entzuges eines städtischen Krankenhauses, Arztpraxen etc. angesprochen. Im Hinblick auf die Verlaufsuntersuchung und der damit verbundenen Hoffnung, möglichst viele der Befragten wieder zu erreichen, wurde die Kontaktform über die Institutionen gewählt.

5.2 Untersuchungsablauf

Die Kontakte zu den Teilnehmern der Studie wurden entweder von Mitarbeitern des Projektes oder von Doktoranden hergestellt. Die Opiatabhängigen wurden über die Durchführung sowie Dauer der Untersuchung unterrichtet. Sie waren bereits zuvor durch ihre Betreuer sowie durch Informationsmaterial über die Zielsetzung der Studie informiert. Bei einer Zusage zur Teilnahme bekam der Klient, wenn bereits ein persönlicher Kontakt bestand, die in der Studie verwendeten

Selbstratings ausgehändigt mit der Bitte, diese ausgefüllt zum ersten Interview mitzubringen. An andere Klienten wurden die Selbstratings vor dem ersten Treffen per Post geschickt, oder sie wurden im Anschluß an das Interview überreicht.

Die Interviews wurden durchgeführt von Doktoranden und Mitarbeitern des Projekts. Das Treffen fand meistens in der jeweiligen Einrichtung oder in einem öffentlichen Café statt, aber auch in Parks oder der Privatwohnung des Teilnehmers. Der zeitliche Aufwand eines Interviews betrug bei der ersten Befragung durchschnittlich etwa 4 Stunden. Aufgrund der Länge wurde die Befragung oft in zwei Teilen durchgeführt.

Nach einem Jahr wurden die Teilnehmer telefonisch oder schriftlich kontaktiert. Es konnten 272 Personen erreicht und erneut befragt werden. Diese 272 Opiatabhängigen bilden die Grundlage der vorliegenden Arbeit. Bei dem zweiten Treffen wurde das Interview gegenüber der 1. Befragung verkürzt, und es wurden weniger Fragebögen ausgehändigt, so daß eine Sitzung etwa 2 Stunden dauerte. Der Teilnehmer erhielt – wie auch schon nach dem ersten Gespräch – am Ende des Interviews und nach Abgabe der Fragebögen 30,- DM.

Der Untersucher übergab nach der Durchführung der Fremdratings – einer subjektiven Einschätzung des Interviewers über den Zustand des Teilnehmers – die Unterlagen bei der Projektleitung ab. Für die statistischen Auswertungen wurden die erhobenen Daten anschließend unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen elektronisch bearbeitet. Zur Gewährleistung der Anonymität wurden Identifikationsnummern vergeben, die persönlichen Daten der Befragten wurden codegeschützt und gesondert gespeichert.

5.3 Untersuchungsdesign

In dieser Arbeit wird untersucht, ob ein Zusammenhang zwischen akutem Suizidversuch, der im Zeitraum zwischen der Ausgangserhebung und der 1. Katamnese stattfand, und psychiatrischer Erkrankung bzw. aktuellen psychosozialen Faktoren besteht. Dazu wurden zum einen die Daten der Ausgangserhebung, also die Daten vor dem Suizidversuch, benutzt. Diese prospektive Betrachtungsweise erlaubt, eventuelle Einflußfaktoren bzw. Faktoren, die im weiteren zeitlichen Zusammenhang mit einem Suizidversuch stehen, zu erkennen. Zum anderen wurden die

Daten der 1. Katamnese, die ein Jahr später stattfand, herangezogen. Durch diese retrospektive Betrachtungsweise kann ein relativ enger zeitlicher Zusammenhang zwischen Suizidversuch und psychosozialen Faktoren hergestellt werden. Eine Verlaufsbetrachtung durch den Vergleich beider Zeitpunkte ermöglicht, vorhandene Entwicklungen, die auf eine Zuspitzung der Geschehnisse hinweisen, aufzudecken.

Um eine bessere Bearbeitung im Sinne der Fragestellung zu ermöglichen, wurde folgende Operationalisierung durchgeführt: Die 272 Klienten wurden nach der Zweitbefragung in drei Gruppen eingeteilt. Das Kriterium für die Gruppeneinteilung war das Suizidverhalten innerhalb des Katamnesezeitraumes und in der Zeit vor der Ausgangsbefragung. Die Daten der ersten und zweiten Erhebung werden somit vergleichbar und der Verlauf innerhalb einer Gruppe erkenn- und beurteilbar. Die Opiatabhängigen wurden wie folgt eingeteilt:

1. Gruppe: Klienten, die während des Untersuchungszeitraumes einen Suizidversuch angaben, werden als "Katamnese-suizidenten" bezeichnet (Kat-SV; n=24).
2. Gruppe: Klienten, die im Untersuchungszeitraum keinen Suizid versuchten, aber für den Zeitraum vor der Erstbefragung Suizidversuche angaben, werden als "Alt-suizidenten" registriert (Alt-SV; n=93).
3. Gruppe: Klienten, die noch keinen Suizidversuch in ihrem Leben hatten, werden hier "Nichtsuizidenten" genannt (Nicht-SV; n=155).

Für einige Fragestellungen wurden die Klienten mit einem Suizidversuch während des untersuchten Zeitraumes (Kat-SV) nochmals in zwei Untergruppen aufgeteilt: Klienten, die in dieser Zeit zum ersten Mal einen Suizid versuchten, hier "Neusuizidenten" (Neu-SV; n=10) genannt, und Klienten, die vor und während des Untersuchungszeitraumes Suizidversuche angaben, hier "Wiederholungssuizidenten" (Wdh-SV; n=14) genannt.

Die Zusammenhänge zwischen den verschiedenen Variablen wurden mittels Chi-Quadrat Kontingenzanalysen und einfaktorieller Anova, je nach Skalentyp, geprüft. Das Signifikanzniveau wurde folgendermaßen angegeben:

+ = $p < 0,1$; * = $p < 0,05$; ** = $p < 0,01$; *** = $p < 0,001$.

5.4 Untersuchungsinstrumente

Die standardisierten und international gebräuchlichen Instrumente CIDI (Composite International Diagnostic Interview), ASI (Addiction Severity Index) und BDI (Beck-Depressions-Inventar) wurden für dieses Projekt gewählt, um eine Vergleichbarkeit mit anderen Studien herzustellen.

5.4.1 Composite International Diagnostic Interview (CIDI)

Bei dem CIDI handelt es sich um ein vollstandardisiertes diagnostisches Instrument zur Erfassung von psychiatrischen Erkrankungen gemäß den Kriterien der International Classification of Diseases (ICD-10) und dem Diagnostic and Statistical Manual (DSM-III-R). Die deutsche Bearbeitung des CIDI erfolgte durch H.-U. Wittchen und G. Semler (1990). Der CIDI gliedert sich in 15 Sektionen, die ähnlich wie das ICD-10 strukturiert sind, und beinhaltet 276 Fragen, mit denen Symptome ermittelt werden. Außerdem werden teilweise Zusatzfragen gestellt, die zum einen den Schweregrad der Symptome erfassen sollen, zum anderen Einblick geben sollen in die psychosoziale Situation bzw. in das "Hilfesuche-Verhalten" des Klienten (help-seeking-behaviour). Das strukturierte Interview erfaßt die Symptome in Abhängigkeit ihrer zeitlichen Dauer bzw. ihres Auftretens. Anhand der durch die Befragung erhobenen Daten können Diagnosen zur 2-Wochen-, 6-Monats- oder Lifetime-Prävalenz nach den ICD-10-Kriterien gestellt werden.

Die Reliabilität und Validität wurden in vielen Studien (und auch vielen Sprachen) umfangreich überprüft. Es ergaben sich für die verschiedenen Sektionen und je nach Studie sehr unterschiedliche Ergebnisse. Bestätigt wird aber, daß es sich bei dem CIDI um ein hoch standardisiertes diagnostisches Instrument zur Erfassung von psychiatrischen Erkrankungen handelt, welches besonders für Lifetime-Diagnosen eingesetzt werden kann. Ein besonderer Vorteil ist, daß es gleichzeitig für zwei Diagnose-Schlüssel geeignet ist (ICD-10 und DSM-III-R).

Bemängelt wird, daß die Fragen nach Schweregrad und Dauer der Symptome mit einem kategorialen System erfaßt werden. Es wurde vorgeschlagen, hierfür besser eine dimensionale Skala einzusetzen (vgl. Wittchen 1994). Weiterhin wird kritisiert, daß aufgrund der Länge des Interviews die Fragen der ersten Sektionen

mit höherer Wahrscheinlichkeit mit "Ja" beantwortet werden als die Fragen der letzten Sektionen.

5.4.2 European Addiction Severity Index (EuropASI)

Der "Addiction Severity Index" (ASI) wurde 1980 von McLellan et al. entwickelt und in zahlreichen Studien zu Opiatabhängigkeit in den USA verwendet. Die deutsche Fassung (EuropASI) von Gsellhofer & Fahrner liegt seit 1993 vor. Es handelt sich um ein Untersuchungsinstrument, mit dem Informationen in halbstrukturierter Form zu verschiedenen Bereichen abgefragt werden, wie z.B. allgemeine demographische Daten sowie Informationen zur gesundheitlichen, Arbeits- und Unterhaltssituation des Befragten. Außerdem erhebt der ASI Daten zu rechtlichen Problemen, zum Drogen- und Alkoholgebrauch sowie zur familiären, sozialen und psychischen Situation der Person. Die nach jedem Befragungsabschnitt folgende Interviewerbewertung zur Beurteilung der Schwere der jeweils angesprochenen Problematik bildet den ASI-Score ("Severity-rating"). Dieser dient als Maß zur Beurteilung der Situation des Befragten in dem jeweiligen Abschnitt und kann auch als Gesamtscore angegeben werden. Insgesamt wird dabei der "Schweregrad" der Abhängigkeit und die Behandlungsbedürftigkeit des Abhängigen beschrieben. Zudem können aus dem Interview Einzelinformationen entnommen werden. Zur Erfassung der Änderung der Gesamtsituation wird bei den Nachbefragungen nur eine etwas gekürzte Form des ASI benutzt, um eine unnötige zeitliche Belastung für die Interviewten zu vermeiden.

Für den EuropASI liegen keine Testgütekriterien vor. Die Reliabilitäten, die für den Original-ASI ermittelt wurden, sind jedoch als befriedigend bis gut zu bezeichnen. Die Validität ist umfangreich überprüft und hat sich als konvergent erwiesen (McLellan et al. 1985).

Der ASI hat sich als nützliches Testinstrument erwiesen. Zum einen werden wertvolle Hinweise für die Behandlung gegeben, zum anderen kann der Verlauf der Behandlung kontrolliert werden. In der Forschung ist der ASI zur Überprüfung der Reliabilität und Validität mit sehr zufriedenstellenden Ergebnissen auch bei speziellen Gruppen wie drogenabhängige Gefangene und drogenabhängige psychiatrische Patienten eingesetzt worden (Kokkevi & Hartgers 1995).

5.4.3 Beck-Depressions-Inventar (BDI)

Das Selbstbeurteilungsinstrument “Beck-Depressions-Inventar” (BDI) ist 1961 von Beck und Steer entwickelt worden und wird seitdem weltweit eingesetzt. Seit 1968 liegt eine deutsche Übersetzung vor. Hautzinger et al. (1994) erarbeiteten für die deutschsprachige Form des BDI ein Testmanual, in dem alle ihnen zur Verfügung stehenden Kenntnisse zur Psychometrie des deutschen BDI zusammengestellt wurden. Der BDI fragt mit Hilfe von 21 Fragen typisch depressive Symptome ab, die während der letzten Woche vor dem Test aufgetreten sind. Die Schwere der aktuellen depressiven Verstimmung wird anhand einer vierstufigen Skala von 0-3 erfaßt, so daß Summenwerte von 0 – 63 möglich sind. Werte bis einschließlich 10 gelten als “unauffällig” bzw. befinden sich im normalen Bereich. Werte zwischen 11 – 17 gelten als “mäßig ausgeprägte” und ab 18 Punkte als “klinisch relevante” Verstimmung.

Der BDI ist ein seit vielen Jahren anerkanntes Meßinstrument und wird in zahlreichen Studien über depressive Erkrankungen eingesetzt. Er zeichnet sich besonders dadurch aus, daß die Schwere der depressiven Symptomatik und deren Veränderung erfaßt werden können. Hingegen kann der BDI nicht für diagnostische Entscheidungen eingesetzt werden. Es ist jedoch möglich, mit dem BDI zwischen einer gesunden und einer psychosomatischen Stichprobe zu unterscheiden. Für eine Trennung verschiedener depressiver Gruppen ist dieser Test nicht geeignet (Hautzinger et al. 1994).

Die Reliabilität des BDI wird als zufriedenstellend angegeben. Der Wertebereich für die verschiedenen Koeffizienten liegt zwischen 0,73 und 0,95, wobei die Innere Konsistenz mit 0,88 sehr zufriedenstellend ist. Die inhaltliche Validität ist gegeben, wobei zur Beurteilung der inneren Validität Korrelationen des BDI mit anderen Beurteilungsinstrumenten depressiver Symptomatiken betrachtet wurden. (Hautzinger et al. 1994).

6 ERGEBNISSE

Anhand der aufgestellten Hypothesen werden die Ergebnisse zur aktuellen Suizidalität Opiatabhängiger zu beiden Erhebungszeitpunkten und im Verlauf dargestellt. In der ersten Passage wird zunächst die Stichprobe vorgestellt (6.1). Der darauffolgende Abschnitt (6.2) untersucht den Zusammenhang von aktueller Suizidalität und psychiatrischer Komorbidität. Anschließend wird der Zusammenhang von psychosozialen Faktoren und aktueller Suizidalität überprüft (6.3).

6.1 Beschreibung der Stichprobe

Die ursprüngliche Stichprobe der ersten Befragung umfaßte 350 Opiatabhängige. Nach dem ersten Jahr konnten 272 Teilnehmer (78%) wieder erreicht werden, deren Daten die Grundlage dieser Arbeit bilden. Von den 78 ausgefallenen Teilnehmern (22%) wurden 2 Klienten (1%) zwischenzeitlich ins Ausland abgeschoben, 10 Klienten (3%) wollten zunächst nicht mehr an der Studie teilnehmen, 16 Klienten (5%) sind nicht mehr auffindbar gewesen, und mit 39 Teilnehmern (11%) konnte aus verschiedenen Gründen, z.B. Nichteinhaltung der Termine, kein Interview durchgeführt werden. 11 Teilnehmer (3%) sind zwischen den Erhebungszeiträumen verstorben. Davon sind zwei Todesfälle auf eine Überdosis zurückzuführen, ein Todesfall trat durch Suizid ein, ein weiterer durch Fremdeinwirkung, zwei der Verstorbenen waren an Aids erkrankt, und einer starb wahrscheinlich an einem Schlaganfall. Die restlichen Todesfälle sind ungeklärt.

Die wiedererreichten Klienten unterscheiden sich hinsichtlich verschiedener Merkmale wie Alter, Geschlecht, Behandlungsform, Wohnsituation und Erwerbstätigkeit unwesentlich von der Ausgangsstichprobe. Die 272 Opiatabhängigen sind somit keine Positivauswahl der ehemals 350 Befragten (Verthein et al. 1998).

Bis zu dem Zeitpunkt der Erstbefragung hatten 107 der Klienten (48,8% der Frauen und 30,1% der Männer ($p < 0,05$)) in ihrem Leben mindestens einen Suizidversuch unternommen. Von diesen 107 Opiatabhängigen (39,3%) geben 8,8% 2 Versuche, 11% 3 oder mehr Suizidversuche an (es wird nicht differenziert, wieviel Prozent ihren ersten Suizidversuch vor Beginn der Opiatabhängigkeit

hatten). Im Katamnesezeitraum begingen 8,8% (Kat-SV; n=24) einen Suizidversuch, bei 3,7% (Neu-SV; n=10) handelt es sich hierbei um den ersten Suizidversuch. 5,1% (Wdh-SV; n=14) hatten schon einen oder mehrere Suizidversuche in ihrem Leben begangen. Das bedeutet, daß 42% der Suizidversucher des untersuchten Jahres zum ersten Mal einen Suizidversuch begehen, von denen keiner in diesem Zeitraum einen zweiten Versuch macht. Bis auf zwei Ausnahmen trifft dies auch auf die Wiederholungssuizidenten zu. Hier gibt ein Befragter zwei, ein anderer drei Versuche an. Bei den Opiatabhängigen, die im Katamnesezeitraum einen Suizidversuch begingen, haben die Wiederholungssuizidenten einen Anteil von 58%. Auf die gesamte Stichprobe bezogen, ist der Anteil der Personen mit mindestens einem Suizidversuch von 39,3% auf 43% angestiegen (vgl. Tabelle 1).

Tab.: 1 Anzahl der Opiatabhängigen mit und ohne Suizidversuch zur *Ausgangserhebung (to)* und zur *1. Katamnese (t1)*

Stichprobe	Opiatabhängige mit Suizidversuch		Opiatabhängige ohne Suizidversuch	Opiatabhängige Gesamt
to	Opiatabhängige mit Suizidversuch in der Anamnese n = 107 39,3%		Ohne Suizidversuch n = 165 60,7%	Gesamt n = 272 100%
t1	Opiatabhängige mit Suizidversuch in der Anamnese und im Befragungszeitraum n = 117 43%		Nicht-SV	Gesamt
	Kat-SV n = 24 8,8%	Alt-SV n = 93 34,2%	n = 155 57%	n = 272 100%
	Neu-SV n = 10 3,7%	Wdh-SV n = 14 5,1%		

Das Durchschnittsalter der Befragten beträgt zum Ersterhebungszeitpunkt 29 Jahre. Die 82 Frauen (30,1%) sind im Schnitt 2 Jahre jünger als die 190 Männer (69,9%). 43,8% der Befragten besitzen einen Hauptschulabschluß, 23,5% besitzen die Mittlere Reife, 12,1% das Abitur bzw. Fachabitur, und 0,7% haben einen

Hochschulabschluß erworben. 19,9% sind ohne Schulabschluß. Eine abgeschlossene Berufsausbildung geben 47,4% der Teilnehmer an, aber nur etwas weniger als ein Drittel aller Opiatabhängigen ging in den letzten drei Jahren vor der Ausgangsbefragung einer Erwerbstätigkeit nach (vgl. Tabelle 2).

Tab.2: Status der Opiatabhängigen zur *Ausgangserhebung*. Befragte differenziert nach Kat-SV, Alt-SV und Nicht-SV. Kat-SV unterteilt in Neu-SV und Wdh-SV

	Kat-SV n=24		Alt-SV n=93	Nicht-SV n=155	Gesamt n=272	Signi- fikanz
Status der Opiatabhängigen	Neu-SV n=10	Wdh-SV n=14				
Durchschnittsalter in Jahren	26,4		29,3	29,2	29	n.s. ¹⁾
	26,3	26,4				
Männer	75,0%		60,2%	74,8%	69,9%	
	70,0%	78,6%				n.s. ²⁾
Frauen	25,0%		39,8%	25,2%	30,1%	* ³⁾
	30,0%	21,4%				
Schulabschluß:	25%		22,6%	17,4%	19,9%	n.s. ¹⁾
keiner	20,0%	28,6%				
Schulabschluß:	37,5%		47,3%	42,6%	43,8%	
Hauptschule	40,0%	35,7%				
Schulabschluß:	25,0%		16,1%	27,7%	23,5%	
mittlere Reife	20,0%	28,6%				
Schulabschluß:	12,5%		12,9%	11,6%	12,1%	
Abitur, Fachabitur	20,0%	7,1%				
Schulabschluß:	0,0%		0,0%	1,1%	0,7%	
Hochschulabschluß	0,0%	0,0%				
Abgeschlossene	58,3%		46,2%	46,5%	47,4%	n.s. ¹⁾
Berufsausbildung	70,0%	50,0%				
Regelmäßige Erwerbstätigkeit	26,0%		25,3%	33,7%	30,3%	n.s. ¹⁾
in letzten 3 Jahren	10,0%	38,5%				

- Einfakt. Anova; Chi²-Test: + = p<0,1; * = p< 0,05; ** = p< 0,01; ***= p< 0,001

-
- 1) Bezogen auf die Betrachtung sowohl von drei als auch von vier Gruppen
 - 2) Bezogen auf vier Gruppen (Neu-SV, Wdh-SV, Alt-SV und Nicht-SV)
 - 3) Bezogen auf drei Gruppen (Kat-SV, Alt-SV und Nicht-SV)

Das durchschnittliche Heroineinstiegsalter beträgt knapp 19 Jahre. Etwas weniger als die Hälfte der erreichten Stichprobe befindet sich in Substitution (47%), 19% in stationärer Langzeittherapie, 17% in der Entgiftung und 11% sind in einer anderen Form von Behandlung. Nur 6% unterziehen sich keiner Behandlung.

Ein Jahr nach der Ausgangsbefragung hat sich das Verhältnis der Behandlungsform zugunsten der Substitution (jetzt 56%) verschoben, die Zahl der in Langzeittherapie Befindlichen hat sich fast halbiert. Außerdem sind jetzt 18% ohne eine Form von Behandlung (vgl. Tabelle 3).

Tab.3: Behandlung der Opiatabhängigen zur *Ausgangserhebung (to)* und zur *1. Katamnese (t1)*. Befragte differenziert nach Kat-SV, Alt-SV und Nicht-SV (Angaben in %)

Behandlung	Kat-SV n=24		Alt-SV n=93		Nicht-SV N=155		Gesamt n=272		Signifi- kanz	
	to	t1	to	t1	to	t1	to	t1	to	t1
- ambulante Entgiftung	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,3	0,0	0,7		
- stationäre Entgiftung	25,0	0,0	11,8	1,1	18,1	3,2	16,5	2,2		
- Substitution	33,3	29,2	50,5	47,3	47,7	49,0	47,4	46,7		
- ambulante Einrichtung	0,0	4,2	4,3	16,1	1,3	14,8	2,2	14,3	*	+
- stationäre Einrichtung	20,8	20,8	18,3	8,6	19,4	9,7	19,1	10,3		
- Tagesbetreuung	0,0	0,0	0,0	1,1	0,0	0,0	0,0	0,4		
- psychiatr. Klinik	12,5	0,0	2,2	0,0	0,6	0,0	2,2	0,0		
- andere Klinik/Station	4,2	0,0	0,0	1,1	0,6	0,0	0,7	0,4		
- andere Behandlung	4,2	20,8	4,3	3,2	7,7	6,5	6,3	6,6		
- keine Behandlung	0,0	25,0	8,6	21,5	4,5	15,5	5,5	18,4		

Chi²-Test: + = p<0,1; * = p< 0,05; ** = p< 0,01; ***= p<0,001

6.2 Auswirkungen psychiatrischer Erkrankungen (nach ICD-10) auf die Suizidalität

Opiatabhängige leiden nicht nur unter ihrer Sucht und deren Auswirkungen, sondern sie sind auch häufig von einer zusätzlichen psychischen Erkrankung betroffen. Um diese zu diagnostizieren, wurde in der vorliegenden Studie der CIDI eingesetzt. Die nach ICD-10 kategorisierten Erkrankungen wurden nur einmal bei der Ausgangserhebung ermittelt. In dieser Arbeit wird der Frage nachgegangen, ob ein Zusammenhang zwischen einer zusätzlichen psychiatrischen Erkrankung (Komorbidität) und aktuellem Suizidversuch besteht. Es wird darauf hingewiesen, daß allen hier Befragten eine F1-Störung (Suchterkrankung) nach den Kriterien des ICD-10 diagnostiziert wurde.

Die Lebenszeitprävalenz psychischer Störungen der gesamten Stichprobe (n = 272) beträgt zum Katamnesezeitpunkt 55% (ohne F6-Persönlichkeitsstörungen¹). Insgesamt wurde bei zwei Dritteln aller Befragten, die vor und während des Untersuchungsjahres einen Suizid versuchten, eine psychiatrische Erkrankung diagnostiziert (lifetime). Bei den Opiatabhängigen ohne Suizidversuch sind es nur 46% (Chi²: p<0,001). Von den 24 Befragten (8,8%), die zwischen den Befragungszeitpunkten einen Suizidversuch begingen, wurde bei 75% eine psychiatrische Erkrankung diagnostiziert (lifetime). Bei den befragten Opiatabhängigen sind die Angststörungen mit 43% die am häufigsten diagnostizierten Störungen gefolgt von affektiven Störungen, die bei 31,3% der Stichprobe festgestellt werden. Außer für die schizophrenen Störungen zeigen sich signifikante Unterschiede zwischen den Klienten mit einem oder mehreren Suizidversuchen in der Anamnese und jenen ohne Suizidversuche: Im Vergleich zu den Befragten, die keinen Suizidversuch begingen, weisen nahezu zweimal so viele Befragte mit einem oder mehreren Suizidversuchen eine affektive Störung auf. Bei den Angststörungen sind es etwa 1,5mal, bei den Eßstörungen etwa dreimal so viele im Vergleich zu den Nichtsuizidenten (vgl. Tabelle 4).

¹ Die Persönlichkeitsstörungen wurden mit dem sich an den Kriterien des DSM-III-R orientierenden PDQ-R gemessen. Demnach konnte bei 94% der Teilnehmer eine Störung festgestellt werden. Da der Test jedoch von den Opiatabhängigen selbst ausgefüllt wurde und die Befragten dazu neigen, ihre Symptome zu überschätzen, ist diese Prävalenz als zu hoch einzuschätzen. Wegen der fraglichen Validität wird diese Störung in vorliegender Arbeit unberücksichtigt bleiben. Eine andere Arbeit dieser Arbeitsgruppe beschäftigt sich speziell mit den Persönlichkeitsstörungen.

Tab.4: Verteilung psychiatrischer Diagnosen bei Opiatabhängigen mit und ohne Suizidversuch zur 1. Katamnese (Angaben in %)

Psychiatrische Diagnosen	Opiatabhängige mit Suizidversuch n=117	Opiatabhängige ohne Suizidversuch n=155	Opiatabhängige gesamt n=272	Signifikanz
F2 - Schizophrene Störung	4,3	3,2	3,7	n.s.
F3 - Affektive Störungen	42,7	22,6	31,3	***
F4 - Angststörungen	51,3	36,8	43,0	*
F5 - Eßstörungen	6,8	1,8	3,7	*
keine F-Diagnose	33,3	54,2	45,2	***

- χ^2 -Test: + = $p < 0,1$; * = $p < 0,05$; ** = $p < 0,01$; *** = $p < 0,001$

Entgegen der Hypothese zeigt sich kein Zusammenhang zwischen aktuellem Suizidversuch und psychiatrischer Diagnose (lifetime). Die Prävalenzen sind selbst bei affektiven und Angststörungen für die Akutsuizidalen geringer als bei den Altsuizidenten und nur wenig erhöht gegenüber den Nichtsuizidalen (vgl. Tabelle 5).

Tab.5: Lifetime-Prävalenzen von F2-, F3-, F4-, F5-Störungen der Opiatabhängigen. Befragte differenziert nach Kat-SV, Alt-SV und Nicht-SV. Kat-SV unterteilt in Neu-SV und Wdh-SV (Angaben in %)

Psychiatrische Diagnosen	Kat-SV n=24		Alt-SV n=93	Nicht-SV n=155	Gesamt n=272	Signifikanz
Lifetime-Prävalenzen	Neu-SV n=10	Wdh-SV n=14				
F2 - Schizophrene Störungen	4,2		4,3	3,2	3,7	n.s.
	10,0	0,0				n.s.
F3 - Affektive Störungen	37,5		44,1	22,6	31,3	**
	30,0	42,0				**
F4 - Angststörungen	33,3		55,9	36,8	43,0	**
	20,0	42,9				**
F5 - Eßstörungen	0,0		8,6	1,3	3,7	**
	0,0	0,0				*
keine F-Diagnose	50,0		29,0	54,2	45,2	***
	60,0	42,9				**

- χ^2 -Test: + = $p < 0,1$; * = $p < 0,05$; ** = $p < 0,01$; *** = $p < 0,001$

Beim Vergleich von Neu- und Wiederholungssuizidenten weisen Wiederholungs- und Altsuizidenten signifikant häufiger eine affektive oder Angststörung auf als

Neu- oder Nichtsuizidenten. Sie treten etwa 1½ bis doppelt so häufig auf. Ein signifikanter Zusammenhang von Komorbidität und aktuellem Suizidversuch zeigt sich also nur für die Wiederholungssuizidenten. Im Umkehrschluß bedeutet dies, daß eine psychiatrische Erkrankung, die irgendwann einmal aufgetreten ist, nur geringen Einfluß auf Opiatabhängige hat, die zum ersten Mal einen Suizidversuch begehen.

Da jedoch suizidales Verhalten eine Ausdrucksform einer psychischen Störung sein kann, läge hiermit trotzdem ein Indiz für eine psychiatrische Erkrankung vor. Der Suizidversuch als Symptom einer psychischen Erkrankung ist insbesondere bei affektiven Störungen relevant. Daher soll speziell der Zusammenhang zwischen aktueller Suizidalität und aktueller psychiatrischer Erkrankung einer genaueren Betrachtung unterzogen werden (vgl. Tabelle 6).

Tab.6: 6-Monats- und 2-Wochenprävalenz von F2-, F3-, F4-, F5-Störungen der Opiatabhängigen. Befragte differenziert nach Kat-SV, Alt-SV und Nicht-SV. Kat-SV unterteilt in Neu-SV und Wdh-SV (Angaben in %)

Affektive und Angststörungen	Kat-SV n=24		Alt-SV n=93	Nicht-SV n=155	Gesamt n=272	Signi- fikanz
	Neu-SV n=10	Wdh-SV n=14				
F2 6-Monats-Prävalenz	0,0		1,1	0,6	0,7	n.s.
	0,0	0,0				n.s.
F2 2-Wochen-Prävalenz	0,0		1,1	1,1	0,7	n.s.
	0,0	0,0				n.s.
F3 6-Monats-Prävalenz	25,0		20,4	9,7	14,7	*
	20,0	28,6				*
F3 2-Wochen- Prävalenz	12,5		14,0	5,2	8,8	*
	0,0	21,4				*
F4 6-Monats-Prävalenz	33,3		39,8	21,9	29,0	**
	20,0	42,9				*
F4 2-Wochen-Prävalenz	20,8		25,8	13,5	18,4	+
	10,0	28,6				n.s.
F5 6-Monats-Prävalenz	0,0		3,2	0,0	1,1	+
	0,0	0,0				n.s.
F5 2-Wochen-Prävalenz	0,0		2,2	0,0	0,7	n.s.
	0,0	0,0				n.s.

- Chi²-Test: + = p<0,1; * = p< 0,05; ** = p< 0,01; ***= p< 0,001

Es finden sich signifikante Differenzen zwischen den Gruppen bei den 6-Monats-Prävalenzen der affektiven und Angststörungen. Besonders deutlich zeigt sich der Unterschied an den affektiven Störungen. Hier liegt eine Diagnosestellung 1-3mal häufiger bei Alt- und Wiederholungssuizidenten vor als bei Neu- und Nichtsuizidenten. Angststörungen werden doppelt so oft von den Wiederholungssuizidenten angegeben wie von den Nichtsuizidenten. Auch in der 2-Wochenprävalenz werden die oben genannten Erkrankungen bei den Alt- und Wiederholungssuizidenten häufiger diagnostiziert als bei den Neu- und Nichtsuizidenten. Die Ergebnisse deuten an, daß es bei den Wiederholungssuizidenten eine Beziehung zwischen einer akuten psychiatrischen Erkrankung und dem aktuellem Suizidversuch gibt. Entgegen der Erwartung scheinen die 2-Wochen und 6-Monatsprävalenzen, also die akute psychiatrische Erkrankung, keine Beziehung zum erstmaligen Suizidversuch zu haben. Für schizophrene- und Eßstörungen läßt sich kein Zusammenhang zwischen aktueller Erkrankung und aktuellem suizidalen Verhalten darstellen.

Die Bedeutung der psychiatrischen Erkrankungen für die Akutsuizidalen läßt sich folgendermaßen zusammenfassen: Affektive und Angststörungen stehen zwar in einem signifikanten Zusammenhang mit aktuellen Suizidversuchen, aber nur bei den Wiederholungssuizidenten. Bei Neusuizidenten haben diese beiden Erkrankungen weder als Lifetime- noch als 2-Wochen- bzw. 6-Monatsprävalenz einen Zusammenhang zum aktuellen Suizidversuch.

6.3 Auswirkungen aktueller psychosozialer Faktoren auf die Suizidalität

6.3.1 Psychische Situation

6.3.1.1 Akute Depressivitätssymptomatik (gemessen am BDI)

Um die akute Depressivität der suizidalen Opiatabhängigen dimensional beschreiben zu können, wurde der BDI als Instrument eingesetzt.

Nur 30% der gesamten Stichprobe werden zum Ausgangserhebungszeitpunkt als unauffällig/normal eingestuft (0-10 Punkte), bei 42 % liegt eine schwer depressive

Symptomatik vor (ab 18 Punkte). Zur 1. Katamnese hat sich die Anzahl der Klienten, die einen normalen Wert zeigen, auf 40% erhöht, während weiterhin knapp 40% schwer depressiv sind. Bei den Teilnehmern ergab sich ein durchschnittlicher Testwert von 16,9 Punkten in der Erstbefragung und 15,2 Punkten bei der Zweitbefragung. Obwohl hier eine leichte Besserung zu erkennen ist, liegen die Werte immer noch in dem Bereich, der als "mäßig ausgeprägte Depressivität" (11-17 Punkte) eingestuft wird. Die Standardabweichung lag bei 9,3 bzw. 10,1 Punkten. Die Variationsbreite der Angaben lag zwischen 0 – 45 bzw. 0 - 41 Punkten.

Zur Ausgangserhebung befinden sich unter den Klienten, die innerhalb des kommenden Jahres versuchen, sich das Leben zu nehmen, über 50% mit einer relevanten depressiven Symptomatik. Nur 20% dieser Gruppe zeigen unauffällige Werte. Bei den Nichtsuizidenten sind jeweils ca. ein Drittel unauffällig bzw. schwer depressiv (vgl. Tabelle 7). Diese Ergebnisse erweisen sich jedoch als nicht signifikant.

Tab.7.: Klasseneinteilung nach BDI-Gesamtwert zur *Ausgangserhebung*. Befragte differenziert nach Kat-SV, Alt-SV und Nicht-SV. Kat-SV unterteilt in Neu-SV und Wdh-SV (Angaben in %)

Klasseneinteilung nach	Kat-SV n=24		Alt-SV n=93	Nicht-SV n=155	Gesamt n=272	Signi- fikanz
BDI-Gesamtwert	Neu-SV n=10	Wdh-SV n=14				
unauffällig/normal 0-10 Punkte	20,8		20,7	35,6	29,2	n.s.
	20,0	21,4				
mäßige Ausprägung 11-18 Punkte	25,0		27,6	28,9	28,1	
	20,0	28,6				
relevant depressiv über 18 Punkte	54,2		51,7	35,6	42,7	
	60,0	50,0				

- Chi²-Test: + = p<0,1; * = p< 0,05; ** = p< 0,01; ***= p< 0,001

Die prozentuale Verteilung der Gesamtwerte zum 1. Katamnesezeitpunkt ist für die akutsuizidale Gruppe im Vergleich zur Ausgangsbefragung identisch geblieben. Daß sich die Gesamtwerte insgesamt verbessert haben, ist auf den Einfluß der beiden anderen Gruppen (Alt-SV und Nicht-SV) zurückzuführen, in denen eine Verschiebung zu mäßiger bzw. unauffälliger Depressivitätssymptomatik

stattgefunden hat (vgl. Tabelle 8). Dennoch läßt das Ergebnis wiederum keine Signifikanz erkennen.

Tab.8: Klasseneinteilung nach BDI-Gesamtwert zum 1. *Katamnesezeitpunkt*. Befragte differenziert nach Kat-SV, Alt-SV und Nicht-SV. Kat-SV unterteilt in Neu-SV und Wdh-SV (Angaben in %)

Klasseneinteilung nach	Kat-SV n=24		Alt-SV n=93	Nicht-SV n=155	Gesamt n=272	Signi- fikanz
BDI-Gesamtwert	Neu-SV n=10	Wdh-SV n=14				
unauffällig/normal 0-10 Punkte	20,8		33,3	46,1	39,5	n.s.
	30,0	14,3				
mäßige Ausprägung 11-18 Punkte	25,0		20,4	20,8	21,0	
	30,0	21,4				
relevant depressiv über 18 Punkte	54,2		46,2	33,1	39,5	
	40,0	64,3				

- Chi²-Test: + = p<0,1; * = p< 0,05; ** = p< 0,01; ***= p< 0,001

Beim Vergleich der BDI-Mittelwerte zwischen den drei Gruppen zum Ausgangs-erhebungszeitpunkt zeigt sich eine Differenz zu der Gruppe, die einen Suizid-versuch begehen wird, und den Altsuizidenten von 3 Punkten und zu den Nicht-suizidenten von 6 Punkten. Diese Differenz zwischen den Gruppen ist signifikant (vgl. Tabelle 9).

Tab.9: BDI-Mittelwerte der Opiatabhängigen zum Zeitpunkt der *Ausgangs-stichprobe* und zur 1. *Katamnese*. Befragte differenziert nach Kat-SV, Alt-SV und Nicht-SV. Kat-SV unterteilt in Neu-SV und Wdh-SV (Durchschnittswerte)

BDI-Mittelwerte	Kat-SV n=24		Alt-SV n=93	Nicht-SV n=155	Gesamt n=272	Signi- fikanz
	Neu-SV n=10	Wdh-SV n=14				
Ausgangsbefragung	21,25		18,59	15,26	16,93	**
	21,20	21,28				**
1. Katamnese	19,62		16,11	13,97	15,20	*
	17,20	21,36				*

- Einfakt. Anova: + = p<0,1; * = p< 0,05; ** = p< 0,01; ***= p<0,001

Auch zur 1. Katamnese weisen die Akutsuizidalen deutlich höhere Depressivitätswerte auf (Anova: $p < 0,1$) und sind wiederum als schwer depressiv zu kategorisieren (vgl. Tabelle 9).

Bei der Betrachtung der BDI-Mittelwerte im Verlauf zeigt sich, daß bei allen Gruppen außer bei den Wiederholungssuizidenten die Mittelwerte absinken. Dieses weist auf ein konstantes Störungsmuster der Wiederholungssuizidenten hin. Das Absinken der Mittelwerte bei den Neusuizidalen deutet an, daß andere Einflüsse und nicht die Depressivität oder die psychiatrischen Störungen (siehe vorheriges Kapitel) in einem deutlicheren Zusammenhang zu ihrem ersten Suizidversuch stehen. Dennoch ist zu bemerken, daß zu beiden Zeitpunkten die Neusuizidalen deutlich depressiver sind als die Nichtsuizidalen.

6.3.1.2 Psychische Probleme

Die Teilnehmer der Studie wurden mit Hilfe des ASIs gefragt, unter welchen der nachstehenden Probleme (vgl. Tabelle 10) sie längere Zeitspannen gelitten hatten, wobei diese nicht Auswirkungen eines Drogen- oder Alkoholmißbrauchs sein durften. Es sollte so die subjektive Befindlichkeit der Klienten erfaßt werden.

Tab.10: Psychische Probleme, unter denen die Opiatabhängigen in den *30 Tagen vor der Ausgangserhebung* gelitten hatten. Befragte differenziert nach Kat-SV, Alt-SV und Nicht-SV. Kat-SV unterteilt in Neu-SV und Wdh-SV (Angaben in Prozent)

	Kat-SV n=24		Alt-SV n=93	Nicht-SV n=155	Gesamt n=272	Signi- fikanz
Psychische Probleme	Neu-SV n=10	Wdh-SV n=14				
Schwere Depressionen	60,9		48,4	29,7	39,7	**
	70,0	53,8				**
schwere Angst- und Spannungszustände	56,5		43,0	25,2	33,9	***
	50,0	61,5				**
Schwierigkeiten mit Verständnis, Gedächtnis oder Konzentration	47,8		41,9	36,1	39,1	n.s.
	40,0	53,8				n.s.
Schwierigkeiten, gewalttätiges Verhalten zu kontrollieren	21,7		16,1	11,0	13,7	n.s.
	20,0	23,1				n.s.

- Chi²-Test: + = $p < 0,1$; * = $p < 0,05$; ** = $p < 0,01$; *** = $p < 0,001$

In den 30 Tagen vor der Ausgangsbefragung leiden die Opiatabhängigen, die während des Katamnesezeitraumes einen Suizidversuch begehen (Kat-SV), häufiger unter psychischen Problemen als die Alt- und Nichtsuizidenten. Insbesondere leiden die Akutsuizidalen unter schweren Depressions-, Angst- und Spannungszuständen, und zwar mehr als doppelt so häufig wie die Nichtsuizidalen. Hier besteht ein hochsignifikanter Zusammenhang zwischen diesen psychischen Störungen und suizidalem Verhalten.

Auch während des Katamnesejahres leiden akutsuizidale Opiatabhängige häufiger unter psychischen Problemen als die nichtsuizidalen Teilnehmer der Studie (vgl. Tabelle 11):

Tab.11: Psychische Probleme, unter denen die Opiatabhängigen während des *Katamnesejahres* längere Zeit gelitten hatten. Befragte differenziert nach Kat-SV, Alt-SV und Nicht-SV. Kat-SV unterteilt in Neu-SV und Wdh-SV (Angaben in Prozent)

Psychische Probleme	Kat-SV n=24		Alt-SV n=93	Nicht-SV n=155	Gesamt n=272	Signi- fikanz
	Neu-SV n=10	Wdh-SV n=14				
Schwere Depressionen	95,8		61,3	40,0	52,2	***
	100,0	92,9				***
schwere Angst- und Spannungszustände	66,7		47,3	40,6	45,2	+
	70,0	64,3				*
Schwierigkeiten mit Verständnis, Gedächtnis oder Konzentration	58,3		51,6	44,5	48,2	n.s.
	60,0	57,1				n.s.
Schwierigkeiten, gewalttätiges Verhalten zu kontrollieren	50,0		26,9	16,8	23,2	***
	60,0	42,0				**

- Chi²-Test: + = p<0,1; * = p< 0,05; ** = p< 0,01; ***= p< 0,001

Fast alle Klienten, die in dieser Zeit einen Suizidversuch begehen, haben schwere Depressionen (Chi²: p<0,001), zwei Drittel nennen zusätzlich Angst- und Spannungszustände. Jeder zweite in der Gruppe, der in diesem Zeitraum einen Suizidversuch begeht, hat außerdem Schwierigkeiten, gewalttätiges Verhalten zu kontrollieren. Es besteht damit ein hochsignifikanter Unterschied zu den Alt- und Nichtsuizidenten. Außerdem liegt hier eine große Veränderung gegenüber der Ausgangsbefragung vor, in welcher nur jeder fünfte suizidale Klient (Kat-SV) die

Schwierigkeit hatte, gewalttätiges Verhalten zu kontrollieren, und sich diese Klienten bei der ersten Befragung nicht signifikant von den Alt- und Nicht-suizidenten unterschieden (vgl. Tabellen 10 und 11).

Bei getrennter Betrachtung von Neu- und Wiederholungssuizidenten zeigt sich, daß es den Neusuizidalen schon vor ihrem Suizidversuch subjektiv wesentlich schlechter geht als den Nichtsuizidalen (vgl. Tabelle 10). Im Jahr des Suizidversuchs hat sich die psychische Situation der erstmals suizidalen Opiatabhängigen dramatisch verschärft. Alle Neusuizidalen leiden unter schweren Depressionen. Angstzustände und Konzentrationsprobleme finden sich in dieser Gruppe über ein Drittel mal häufiger als bei den Nichtsuizidalen. Gewalttätiges Verhalten findet sich bei 60% der Neusuizidalen. In allen ausgewerteten Kategorien ist die subjektive Befindlichkeit jetzt schlechter als die der Nicht- und Wiederholungssuizidenten, was zum Zeitpunkt der Ausgangsbefragung nicht der Fall war (vgl. Tab. 11). Dieses Ergebnis steht im Widerspruch zu den Befunden der psychischen Befindlichkeit (BDI) bzw. der psychiatrischen Erkrankungen (ICD-10). Bei diesen beiden lag die schwierigere psychische Konstellation für die Wiederholungssuizidenten vor.

6.3.1.3 Suizidgedanken

Bei der Frage, ob die Opiatabhängigen in den 30 Tagen vor der Ausgangsbefragung ernsthafte Selbstmordgedanken hatten, zeigen sich signifikante Unterschiede zwischen den Befragten mit einem aktuellen Suizidversuch, den Alt- und den Nichtsuizidenten. Ein Drittel der Befragten, die während des Katamnesezeitraumes einen Suizidversuch begehen (Kat-SV), trug sich in dem Monat vor der Befragung mit ernsthaften Selbstmordgedanken. Im Gegensatz dazu sind es nur gut 10% der Klienten ohne Suizidversuch, die sich mit dem Gedanken ernsthaft beschäftigt haben. Die Differenzierung von Neu- und Wiederholungssuizidenten zeigt, daß keiner der 10 Neusuizidenten zum Zeitpunkt der Ausgangserhebung ernsthaft über Suizid nachdachte, aber über 60% der Wiederholungssuizidenten dieses taten (vgl. Tabelle 12).

Tab.12: Ernsthafte Selbstmordgedanken der Opiatabhängigen in den 30 Tagen vor der *Ausgangsbefragung* und im *Katamnesejahr*. Befragte differenziert nach Kat-SV, Alt-SV und Nicht-SV. Kat-SV unterteilt in Neu-SV und Wdh-SV (Angaben in Prozent)

Ernsthafte Selbstmordgedanken	Kat-SV n=24		Alt-SV n=93	Nicht-SV n=155	Gesamt n=272	Signi- fikanz
	Neu-SV n=10	Wdh-SV n=14				
Ausgangserhebung	34,8		34,4	11,6	21,4	***
	0,0	61,5				***
1. Katamnese	83,3		24,7	11,0	22,1	***
	80,0	85,7				***

Chi²-Test: + = p<0,1; * = p< 0,05; ** = p< 0,01; ***= p< 0,001

Über 80% derjenigen, die tatsächlich einen Suizidversuch während des Katamnesezeitraumes unternehmen (Kat-SV), haben in demselben Jahr über einen Suizid nachgedacht. Es besteht kein Unterschied mehr zwischen den Neu- und Wiederholungssuizidenten, wie dieses noch kurz vor der Ausgangserhebung der Fall war (vgl. Tabelle 12).

Die psychische Situation der Klienten läßt sich wie folgt zusammenfassen: Die befragten akutsuizidalen Opiatabhängige leiden vor und in dem Jahr ihres Suizidversuchs subjektiv häufiger unter schweren Depressions-, Angst- und Spannungszuständen und unter Selbstmordgedanken als Alt- und Nichtsuizidenten. Im Jahr des Suizidversuchs zeigen sie außerdem signifikant mehr Schwierigkeiten, gewalttätiges Verhalten zu kontrollieren als die beiden anderen Gruppen. Auch nach dem BDI ist die depressive Symptomatik der Akutsuizidalen stärker ausgeprägt als die der anderen Gruppen.

6.3.2 Familiäres und soziales Umfeld

6.3.2.1 Familienstand

Der Familienstand zeigt in dieser Stichprobe keinen signifikanten Zusammenhang mit suizidalem Verhalten, es ist jedoch eine Tendenz zu erkennen: Prozentual betrachtet sind Teilnehmer mit einem aktuellen Suizidversuch seltener verheiratet als Nichtsuizidenten (vgl. Tabelle 13). Bei den Neu- und Wiederholungssuizidenten zeigen sich keine nennenswerten Unterschiede. Aus diesem Grund wird auf eine getrennte Betrachtung dieser beiden Gruppen verzichtet.

Tab.13: Familienstand der Opiatabhängigen während des *Katamnesezeitraumes*. Befragte differenziert nach Kat-SV, Alt-SV und Nicht-SV (Angaben in %)

Familienstand	Kat-SV n=24	Alt-SV n=93	Nicht-SV n=155	Gesamt n=272	Signifikanz
verheiratet	4,2	10,8	11,0	10,3	n.s.
verwitwet/getrennt/ geschieden	8,3	20,4	12,3	14,7	
ledig	87,5	68,8	76,8	75,0	

- Chi²-Test: + = p<0,1; * = p< 0,05; ** = p< 0,01; *** =p< 0,001

6.3.2.2 Beziehungsstrukturen

Auch bei der Betrachtung der Beziehungsstrukturen wird auf eine Differenzierung der Akutsuizidalen (Kat-SV) verzichtet, da es keine nennenswerten Unterschiede gibt. Es zeigt sich folgendes Ergebnis (vgl. Tabelle 14):

Tab.14: Beziehungsstrukturen der Opiatabhängigen während des *Katamnesezeitraumes*. Befragte differenziert nach Kat-SV, Alt-SV und Nicht-SV (Angaben in %)

Beziehungsstrukturen	Kat-SV n=24	Alt-SV n=93	Nicht-SV n=155	Gesamt n=272	Signifikanz
alleine/zeitweilige Beziehung	34,8	42,2	48,6	45,2	n.s.
feste Beziehung, getrennt oder zusammenlebend	65,2	57,8	51,4	54,8	

- Chi²-Test: + = p<0,1; * = p< 0,05; ** = p< 0,01; *** =p< 0,001

Die Personen, die während des Befragungszeitraumes einen Suizidversuch begehen, stehen tendenziell häufiger in festen Beziehungen als die Alt- bzw. Nichtsuizidenten. Wenn sich die Befragten in einer festen Beziehung befinden, dann leben sie doppelt so häufig mit ihrem Partner in einem Haushalt zusammen als daß sie getrennt von ihm leben. Keine der beiden Lebensformen steht im signifikanten Zusammenhang mit einem Suizidversuch.

Eine Erklärungsmöglichkeit, warum in dieser Studie tendenziell mehr Opiatabhängige mit einem festen Partner als Opiatabhängige ohne Partner einen Suizidversuch begehen, wird durch die Auswertung der Antworten auf die nächste Frage angeboten. Die Klienten sollten angeben, wie zufrieden sie zum Zeitpunkt der Befragung mit ihrer Beziehungssituation sind. Bezüglich ihrer Antworten unterscheiden sich die Gruppen signifikant voneinander.

Tab.15: Zufriedenheit der Opiatabhängigen mit ihrer Beziehungssituation während des *Katamnesezeitraumes*. Befragte differenziert nach Kat-SV, Alt-SV und Nicht-SV (Angaben in %)

Zufriedenheit mit Beziehungssituation	Kat-SV n=24	Alt-SV n=93	Nicht-SV n=155	Gesamt n=272	Signifikanz
zufrieden	30,4	61,1	60,1	57,9	*
unzufrieden	69,6	38,9	39,9	42,1	

- Chi²-Test: + = p<0,1; * = p< 0,05; ** = p< 0,01; *** =p< 0,001

Über zwei Drittel der Personen mit aktuellem Suizidversuch zeigen sich unzufrieden mit ihrer Beziehungssituation, während es bei den Alt- und Nichtsuizidenten nur etwas über ein Drittel ist (vgl. Tabelle 15).

6.3.2.3 Schwierigkeiten mit Bezugspersonen

Als destabilisierende Ereignisse, die häufig einem Suizidversuch vorausgehen, gelten u.a. Trennungen, Konflikte mit Bezugspersonen, Schwierigkeiten mit sozialen Bindungen etc. Die Opiatabhängigen wurden gefragt, mit welchen Personen aus ihrem engeren oder auch entfernteren Verwandten- und Freundeskreis sie Schwierigkeiten gehabt hatten.

In der Ausgangsbefragung kann nicht gezeigt werden, daß erhebliche Schwierigkeiten mit Bezugspersonen einen signifikanten Einfluß auf die Klienten hatten, die im Folgejahr einen Suizid versuchen. Werden die Suizidenten jedoch differenziert

nach Neu- und Wiederholungssuizidenten, so zeigen sich zum Teil signifikante Unterschiede. Dies verdeutlicht sich im Verhältnis zur Mutter bzw. den Geschwistern (vgl. Tabelle 16).

Tab.16: Bezugspersonen, mit denen die Opiatabhängigen vor der *Ausgangsbefragung* erhebliche Schwierigkeiten hatten. Befragte differenziert nach Kat-SV, Alt-SV und Nicht-SV. Kat-SV unterteilt in Neu-SV und Wdh-SV (Angaben in %)

Personen, mit denen	Kat-SV n=24		Alt-SV n=93	Nicht-SV n=155	Gesamt n=272	Signi- fikanz
Schwierigkeiten bestanden	Neu-SV n=10	Wdh-SV n=14				
Mutter						
- letzten 30 Tage	13,0		26,2	26,0	24,9	n.s.
- Insgesamt	62,5		72,8	69,5	70,0	n.s.
- Insgesamt	30,0	85,7				*
Vater						
- letzten 30 Tage	20,8		22,4	21,3	21,6	n.s.
- Insgesamt	66,7		74,2	71,3	71,9	n.s.
- Insgesamt	60,0	71,4				n.s.
Schwester/Bruder						
- letzten 30 Tage	21,7		24,4	21,0	22,3	n.s.
- Insgesamt	54,5		61,2	50,4	54,7	n.s.
- Insgesamt	30,0	75,0				+
Lebensgefährte/in						
- letzten 30 Tage	15,4		36,7	29,5	69,0	n.s.
- Insgesamt	64,7		75,4	75,0	74,2	n.s.
- Insgesamt	50,0	77,8				n.s.

- Chi²-Test: + = p<0,1; * = p< 0,05; ** = p< 0,01; *** =p< 0,001

Klienten, die während des Katamnesezeitraumes einen Suizidversuch begehen, berichten zu etwa 80% von erheblichen Schwierigkeiten mit mindestens einer Person während dieses Jahres. Im Vergleich dazu sind es bei den Befragten ohne Suizidversuch nur knapp zwei Drittel, die Probleme angeben (nicht explizit tabellarisch aufgeführt). Bei der erweiterten Betrachtung, mit welchen Personen besondere Schwierigkeiten während des untersuchten Jahres auftraten, zeigt sich folgendes (vgl. Tabelle 17).

Tab.17: Bezugspersonen, mit denen die Opiatabhängigen während des *Katamnesezeitraumes* erhebliche Schwierigkeiten hatten. Befragte differenziert nach Kat-SV, Alt-SV und Nicht-SV. Kat-SV unterteilt in Neu-SV und Wdh-SV (Angaben in %)

Personen, mit denen	Kat-SV n=24		Alt-SV n=93	Nicht-SV n=155	Gesamt n=272	Signifikanz
Schwierigkeiten bestanden	Neu-SV n=10	Wdh-SV n=14				
Mutter	55,0		28,9	25,7	29,3	*
	62,5	50,0				+
Vater	66,7		27,4	24,3	28,7	**
	71,4	62,50				**
Schwester/Bruder	44,4		19,5	26,5	25,5	+
	50,0	40,0				n.s.
Lebensgefährte/in	52,9		42,9	29,4	36,5	+
	37,5	66,7				+
Nachbarn	50,9		19,1	20,0	22,2	**
	40,0	58,3				***
Freunde	16,7		30,2	21,7	24,2	n.s.
	10,0	21,4				n.s.
Kollegen	23,5		20,0	24,1	22,7	n.s.
	16,7	27,3				n.s.

- Chi²-Test: + = p<0,1; * = p< 0,05; ** = p< 0,01; *** =p< 0,001

Im familiären Bereich stehen bei den Klienten mit einem Suizidversuch während des Katamnesezeitraumes vor allem die Schwierigkeiten mit Vater oder Mutter im Vordergrund. Zwei Drittel geben Schwierigkeiten mit dem Vater an, etwas mehr als die Hälfte hat Probleme mit der Mutter. Damit hat diese Gruppe mindestens doppelt so häufig erhebliche Schwierigkeiten mit den Eltern wie Nicht- und Altsuizidenten. Außerdem kommen öfter Probleme mit den Geschwistern und Lebensgefährten hinzu. Auch im weiteren sozialen Umfeld zeigen sich zum Teil signifikante Unterschiede innerhalb der Gruppen. Jeder 2. Klient hat im Jahr seines Suizidversuchs erhebliche Schwierigkeiten mit Nachbarn angegeben (Chi²: p<0,01). Bei der differenzierten Betrachtung der Klienten, die im Katamnesejahr einen Suizid versuchen, fällt auf, daß die Neusuizidenten häufiger Schwierigkeiten im familiären Bereich hatten als die Wiederholungssuizidenten. Diese geben wiederum im sozialen Umfeld mehr Probleme als die Neusuizidenten an.

Die Ergebnisse bestätigen die Hypothese, daß der akute Suizidversuch in Zusammenhang mit erheblichen Schwierigkeiten im familiären Bereich sowie mit schwerwiegenden Konflikten innerhalb des sozialen Umfeldes steht.

6.3.2.4 Wohnverhältnisse

Die Befragung der Opiatabhängigen nach ihren Wohnverhältnissen wird folgendermaßen kategorisiert: Als stabile Wohnverhältnisse gelten eine Wohnung zusammen mit Lebensgefährten, Kindern, Eltern, Freunden oder alleine lebend. Als instabil wird das Wohnen im Hotel oder Wohnheim bezeichnet, außerdem Gelegenheitsunterkünfte, Unterkünfte in institutioneller Umgebung und Obdachlosigkeit.

Es stellt sich zu keinem der beiden Befragungszeitpunkte ein signifikanter Zusammenhang zwischen einer instabilen Wohnsituation und Suizidversuchen dar. Vergleicht man jedoch die Entwicklung im Verlauf zwischen den Befragungszeitpunkten, sind die Opiatabhängigen in dem Jahr ihres Suizidversuchs häufiger von einer instabilen Wohnsituation betroffen als in dem Jahr davor, während bei den Alt- und Nichtsuizidenten ein entgegengesetzter Trend zu erkennen ist (vgl. Tabelle 18). Neu- und Wiederholungssuizidenten unterscheiden sich nicht in nennenswerter Weise. Auf eine Darstellung wurde verzichtet.

Tab. 18: Anzahl von Opiatabhängigen, die in instabilen Wohnverhältnissen leben, jeweils im Jahr vor der *Ausgangsbefragung* bzw. der *1. Katamnese*. Befragte differenziert nach Kat-SV, Alt-SV und Nicht-SV (Angaben in %)

Instabile Wohnverhältnisse	Kat-SV n=24	Alt-SV n=93	Nicht-SV n=155	Gesamt n=272	Signifikanz
Ausgangsstichprobe	33,3	36,6	43,2	40,1	n.s.
1. Katamnese	45,8	29,0	33,5	33,1	n.s.

- Chi²-Test: + = p<0,1; * = p< 0,05; ** = p< 0,01; *** =p< 0,001

Die Bedeutung des familiären und sozialen Umfeldes läßt sich wie folgt zusammenfassen: In dem Jahr ihres Suizidversuchs sind die akutsuizidalen Teilnehmer prozentual gesehen seltener verheiratet, befinden sich häufiger in einer instabilen Wohnsituation, leben aber häufiger in festen Beziehungen als die Alt- und Nichtsuizidenten. Sie sind jedoch signifikant häufiger unzufrieden mit ihrer

Beziehungssituation als die Alt- und Nichtsuizidenten. Dieses Ergebnis wird durch die Frage, mit welchen Bezugspersonen sie erhebliche Schwierigkeiten im familiären und sozialen Umfeld hatten, bestätigt. Die Opiatabhängigen mit einem Suizidversuch im Katamnesejahr haben häufiger Schwierigkeiten mit ihrem Lebenspartner als die Alt- und Nichtsuizidenten. Hinzu kommen erhebliche Probleme mit den Eltern und aus dem weiteren sozialen Umfeld deutliche Schwierigkeiten mit den Nachbarn. Unter Betrachtung der angeführten Faktoren scheint ein enger zeitlicher Zusammenhang zwischen dem Suizidversuch und einer massiven Destabilisierung des familiären und zum Teil des sozialen Umfeldes zu bestehen. Streitigkeiten vor der Ausgangserhebung stehen in dieser Arbeit nur bei den Wiederholungssuizidenten in einem Zusammenhang mit dem Suizidversuch während des Katamnesejahres. Hierbei sind die Streitigkeiten mit der Mutter als signifikanter Unterschied zu den anderen Gruppen aufgefallen.

6.3.3 Lebensereignisse (Life-events)

Im Rahmen der Befragung mit Hilfe des ASIs wurden den Teilnehmern 14 sowohl positive als auch negative belastende Ereignisse (Life-events) aufgezählt, die im letzten halben Jahr vor den Befragungen hätten auftreten können. Es wurde nach dem Auftreten folgender Vorkommnisse gefragt: Verlust des Arbeitsplatzes; Neuer Arbeitsplatz; Prüfung; Verlust oder Wechsel der Wohnung; Ende einer persönlichen Beziehung/Beginn einer neuen Beziehung; Heirat; Geburt eines Kindes; Krankheit, Unfall, Behinderung/Genesung von einer Krankheit oder einem Unfall; Rückfall (in den Drogenkonsum); Verhaftung; Gerichtsverhandlung; Verurteilung; Entlassung aus der Untersuchungs- oder Strafhaft; Entlassung aus einer stationären, psychiatrischen Behandlung; Mitteilung eines HIV-Testergebnis; sonstiges Ereignis. Die Anzahl der aufgetretenen Ereignisse wurde notiert.

Die Befragten, die einen Suizidversuch im Katamnesezeitraum begingen, gaben während des letzten halben Jahres vor der Ausgangserhebung im Mittel die höchste Anzahl von belastenden Ereignissen (3,46) an (vgl. Tabelle 19). Während des Befragungszeitraums treten bei den Akutsuizidalen signifikant mehr

Ereignisse auf, nämlich ungefähr 1,5mal so viele wie bei den Alt- und Nichtsuizidenten (vgl. Tabelle 19).

Tab.19: Durchschnittliche Anzahl der erlebten belastenden Ereignisse während des letzten halben Jahres vor der *Ausgangsbefragung* bzw. vor der *Katamnese*. Befragte differenziert nach Kat-SV, Alt-SV und Nicht-SV. Kat-SV unterteilt in Neu-SV und Wdh-SV

	Kat-SV n=24		Alt-SV n=93	Nicht-SV n=155	Gesamt n=272	Signi- fikanz
Anzahl belastender Ereignisse	Neu-SV n=10	Wdh-SV n=14				
Ausgangsbefragung	3,46		3,18	2,93	3,06	n.s.
	2,8	3,9				n.s.
1. Katamnese	4,38		3,19	2,95	3,16	**
	4,7	4,14				**

- Einfakt. Anova: + = $p < 0,1$; * = $p < 0,05$; ** = $p < 0,01$; *** = $p < 0,001$

Es fällt auf, daß sowohl Neu- als auch Wiederholungssuizidenten berichteten, im letzten halben Jahr vor der Katamnese eine Häufung von belastenden Ereignissen erlebt zu haben. Anders sieht es bei der ersten Befragung aus. Zu diesem Zeitpunkt waren die Wiederholungssuizidenten bereits gehäuft von belastenden Ereignissen betroffen. Sie hatten für das der Ausgangsbefragung vorangehende halbe Jahr im Durchschnitt 1 Life-event mehr angegeben als die Neusuizidenten. Zur ersten Befragung haben damit die Opiatabhängigen, die im folgenden Jahr einen Suizidversuch begehen, die gleiche Anzahl von Ereignissen wie die Befragten ohne Suizidversuche. Erst in dem Jahr ihres Suizidversuchs steigt die durchschnittliche Anzahl von Ereignissen bei den Neusuizidenten im Vergleich zu den Nichtsuizidenten an. Sie geben jetzt durchschnittlich die gleiche Anzahl von Ereignissen an wie die Wiederholungssuizidenten.

Die Ergebnisse zeigen, daß Life-events in einem zeitlich relativ kurzem Zusammenhang zum Suizidversuch stehen. Die Häufung von Ereignissen trägt zu einer akuten Destabilisierung der befragten Opiatabhängigen bei. Länger zurückliegende Häufungen von Ereignissen stehen offenbar nur bedingt im Zusammenhang mit einem Suizidversuch.

6.3.4 Justitielle Belastung

Opiatabhängige treten bedingt durch den illegalen Drogenkonsum und den damit verbundenen Lebensumständen häufig in Konflikt mit der Justiz. Zur Ausgangsbefragung geben von allen Befragten 92,3% an, in irgendeiner Form, sei es durch erfolgte/ausstehende Anklagen oder Verurteilungen, sei es durch Bewährungs- oder Haftstrafen, irgendwann einmal justitielle Probleme gehabt zu haben. Im Katamnesezeitraum geben alle 24 Personen, die in dem Jahr einen Suizidversuch verübten, an, Schwierigkeiten mit der Justiz gehabt zu haben. Bei den übrigen Teilnehmern liegt der Wert bei ca. 90%. Aufgeteilt nach der Art der justitiellen Belastung, zeigt sich während des Katamnesejahres folgendes:

Tab.20: Justitielle Belastung während des *Katamnesezeitraumes*; Befragte differenziert nach Kat-SV, Alt-SV und Nicht-SV (Angaben in %)

Justitielle Belastung	Kat-SV n=24	Alt-SV n=93	Nicht-SV n=155	Gesamt n=272	Signifikanz
mind. eine Anklage	50,0	23,7	32,9	31,3	*
mind. eine Verurteilung	29,2	18,3	20,0	20,2	n.s.
Haft (mind. 3 Tage)	20,8	5,4	11,0	9,9	*

Chi²-Test: + = $p < 0,1$; * = $p < 0,05$; ** = $p < 0,01$; *** = $p < 0,001$

Die Gruppe, die im Befragungszeitraum einen Suizidversuch begeht, hat prozentual gesehen im Jahr ihres Suizidversuchs signifikant mehr Anklagen und wurde tendenziell öfter verurteilt als die beiden Vergleichsgruppen. Jeder fünfte der Akutsuizidalen hat während dieser Zeit mindestens drei Tage in Haft verbracht. Bei den Alt- und Nichtsuizidenten ist es nur jeder 20. bzw. jeder 10. Dieser Unterschied ist signifikant.

6.3.5 Drogenkonsummuster

6.3.5.1 Drogenkonsum

Es wird deutlich, daß fast alle Opiatabhängigen dieser Studie Mehrfachkonsumenten sind (vgl. auch Verthein et al. 1998). Im Schnitt konsumierten die Befragten 9,7 verschiedene Drogenarten in ihrem Leben. In den 30 Tagen vor der Ausgangserhebung waren es durchschnittlich 4,1 Drogenarten. Die drei Gruppen unterscheiden sich in diesen beiden Zeiträumen nicht signifikant voneinander. In dem Jahr zwischen der Ausgangsbefragung und der 1. Katamnese gibt es hingegen hochsignifikante Unterschiede zwischen den Gruppen. Die Opiatabhängigen, die in dem untersuchten Jahr einen Suizidversuch begingen, konsumierten im Schnitt 1 bis 2 Drogen mehr als die Alt- und Nichtsuizidenten (vgl. Tabelle 21).

Tab.21: Anzahl der verschiedenen konsumierten Drogen. Befragte differenziert nach Kat-SV, Alt-SV und Nicht-SV (Durchschnittswerte)

Anzahl der verschiedenen konsumierten Drogen	Kat-SV n=24	Alt-SV n=93	Nicht-SV n=155	Gesamt n=272	Signifikanz
Lifetime	9,6	9,8	9,7	9,7	n.s.
In den 30 Tagen vor Ausgangserhebung	4,6	4,2	3,9	4,1	n.s.
Im Jahr zwischen Ausgangserhebung und 1. Katamnese	5,8	4,0	3,7	4,0	***
In den 30 Tagen vor 1. Katamnese	4,6	3,6	3,2	3,4	+

- Einfakt. Anova: + = $p < 0,1$; * = $p < 0,05$; ** = $p < 0,01$; *** = $p < 0,001$

Beim Vergleich der drei Gruppen in Bezug auf Einstiegsalter, Dauer des Konsums und durchschnittliche Anzahl der Tage des Konsums 30 Tage vor der Ausgangserhebung zeigt sich kein signifikanter Zusammenhang mit den Suizidversuchen während des Katamnesezeitraumes (vgl. Tabellen 22-24). Auch in der Anzahl der Jahre des i.v.-Drogenkonsums unterscheiden sich die Gruppen nicht signifikant voneinander.

Tab.22: Einstiegsalter der Opiatabhängigen in den Konsum unterschiedlicher Drogen. Befragte differenziert nach Kat-SV, Alt-SV und Nicht-SV (Durchschnittswerte)

Einstiegsalter in den Konsum unterschiedlicher Drogen	Kat-SV n=24	Alt-SV n=93	Nicht-SV n=155	Gesamt n=272	Signifikanz
Alkohol, jeglicher Gebrauch	12,0	12,5	12,3	12,4	n.s.
Alkohol, bis zur Trunkenheit	13,8	13,8	13,8	13,8	n.s.
Heroin	19,0	20,0	20,0	19,8	n.s.
andere Opiate/Analgetika	20,9	21,8	22,0	21,8	n.s.
Methadon	26,9	27,5	28,0	27,7	n.s.
Tabletten/Säfte	21,8	21,6	21,6	21,6	n.s.
Kokain	19,0	20,2	20,3	20,2	n.s.
Amphetamine	18,0	19,6	18,9	19,1	n.s.
Cannabinoide	14,1	15,3	15,2	15,1	n.s.
Halluzinogene	17,3	18,1	17,5	17,7	n.s.
Schnüffelfstoffe	15,2	16,4	15,3	15,8	n.s.
andere Substanzen	18,4	21,4	19,7	20,0	n.s.

Einfakt. Anova: + = $p < 0,1$; * = $p < 0,05$; ** = $p < 0,01$; *** = $p < 0,001$

Tab.23: Jahre des Konsums der unterschiedlichen Drogen vor der *Ausgangserhebung*. Befragte differenziert nach Kat-SV, Alt-SV und Nicht-SV (Durchschnittswerte)

Jahre des Konsums unterschiedlicher Drogen	Kat-SV n=24	Alt-SV n=93	Nicht-SV n=155	Gesamt n=272	Signifikanz
Alkohol, jeglicher Gebrauch	4,7	5,5	5,1	5,2	n.s.
Alkohol, bis zur Trunkenheit	3,4	2,8	2,3	2,6	n.s.
Heroin	5,0	6,8	6,9	6,7	n.s.
andere Opiate/Analgetika	0,4	1,4	1,4	1,3	n.s.
Methadon	0,6	0,9	0,8	0,8	n.s.
Tabletten/Säfte	1,7	2,7	2,3	2,4	n.s.
Kokain	2,9	3,2	3,0	3,1	n.s.
Amphetamine	0,5	0,9	0,5	0,6	n.s.
Cannabinoide	6,6	8,5	8,0	8,0	n.s.
Halluzinogene	0,8	0,7	0,6	0,7	n.s.
Schnüffelfstoffe	0,4	0,8	0,3	0,0	n.s.
andere Substanzen	0,0	0,1	0,1	0,1	n.s.
mehr als eine Substanz am Tag	6,0	7,0	6,2	6,5	n.s.

Einfakt. Anova: + = $p < 0,1$; * = $p < 0,05$; ** = $p < 0,01$; *** = $p < 0,001$

Tab.24: Anzahl der Tage des Konsums unterschiedlicher Drogen in den letzten 30 Tagen vor der Ausgangserhebung. Befragte differenziert nach Kat-SV, Alt-SV und Nicht-SV (Durchschnittswerte)

Tage des Konsums unterschiedlicher Drogen	Kat-SV n=24	Alt-SV n=93	Nicht-SV n=155	Gesamt n=272	Signifikanz
Alkohol, jeglicher Gebrauch	7,9	7,8	6,8	7,2	n.s.
Alkohol, bis zur Trunkenheit	3,7	2,6	1,4	2,0	n.s.
Heroin	20,4	18,5	19,0	19,0	n.s.
andere Opiate/Analgetika	3,0	3,6	4,2	3,9	n.s.
Methadon	8,7	8,4	7,4	7,9	n.s.
Tabletten/Säfte	7,9	9,8	7,5	8,3	n.s.
Kokain	10,0	8,8	7,9	8,4	n.s.
Amphetamine	0,5	0,9	0,5	0,6	n.s.
Cannabinoide	8,4	12,2	7,9	9,4	*
Halluzinogene	1,3	0,3	0,3	0,4	n.s.
Schnüffelfstoffe	0,0	0,0	0,0	0,0	n.s.
andere Substanzen	0,0	0,7	0,4	0,5	n.s.
mehr als eine Substanz am Tag	13,7	14,4	14,1	14,1	n.s.

Einfakt. Anova: + = $p < 0,1$; * = $p < 0,05$; ** = $p < 0,01$; *** = $p < 0,001$

Es ist jedoch zu erkennen, daß die Opiatabhängigen mit einem Suizidversuch während des Katamnesezeitraumes in den letzten 30 Tagen vor der Ausgangsbefragung an mehr Tagen Alkohol, Heroin und Kokain konsumierten als die Alt- und Nichtsuizidenten (vgl. Tabelle 24). In dem Jahr zwischen der Ausgangsbefragung und der 1. Katamnese wird diese Tendenz noch deutlicher. Während sich die Zeiträume verlängern, in denen Opiatabhängige mit einem Suizidversuch Alkohol, Heroin und Kokain konsumieren, verringert sich die Anzahl der Monate, in denen Methadon genommen wird. Die Alt- und Nichtsuizidenten weisen eine entgegengesetzte Entwicklung auf. Die Zeiträume für den Konsum der genannten drei Drogenarten verkürzen sich für sie, während sie über längere Zeiträume Methadon nehmen bzw. substituiert sind. Die Unterschiede zwischen den Gruppen sind signifikant (vgl. Tabelle 25).

Tab.25: Anzahl der Monate des regelmäßigen Konsums verschiedener Drogen in dem Jahr zwischen *Ausgangsbefragung* und 1. *Katamnese*. Befragte differenziert nach Kat-SV, Alt-SV und Nicht-SV (Durchschnittswerte)

Monate des Konsums verschiedener Drogen	Kat-SV n=24	Alt-SV n=93	Nicht-SV n=155	Gesamt n=272	Signifikanz
Alkohol, jeglicher Gebrauch	4,2	4,5	3,9	4,1	n.s.
Alkohol, bis zur Trunkenheit	1,4	0,3	0,5	0,5	*
Heroin	4,1	1,3	2,2	2,0	**
andere Opiate/Analgetika	1,7	0,9	1,0	1,0	n.s.
Methadon	3,8	7,1	5,5	5,9	*
Tabletten/Säfte	3,6	1,9	1,9	2,1	n.s.
Kokain	3,7	1,3	1,8	1,8	*
Amphetamine	0,9	0,3	0,3	0,3	n.s.
Cannabinoide	3,5	3,7	3,7	3,7	n.s.
Halluzinogene	0,8	0,1	0,0	0,1	**
Schnüffelfstoffe	0,3	0,0	0,0	0,0	**
andere Substanzen	0,0	0,2	0,0	0,1	n.s.
mehr als eine Substanz am Tag	5,0	3,9	4,1	4,1	n.s.

Einfakt. Anova: + = $p < 0,1$; * = $p < 0,05$; ** = $p < 0,01$; *** = $p < 0,001$

Nicht nur die Anzahl der verschiedenen Drogen, sondern auch die Intensität des Heroin-, Kokain- und Alkoholkonsums während des Katamnesejahres weisen einen signifikanten Zusammenhang mit dem aktuellen Suizidversuch. Der Drogenkonsum vor der Ausgangsbefragung zeigte hingegen keinen Einfluß auf das Suizidverhalten im Folgejahr.

6.3.5.2 Überdosen

Vor der Ausgangsbefragung hatte über die Hälfte aller Befragten in ihrem Leben Erfahrungen mit zufälligen Überdosen gemacht, wobei dies bei den Opiatabhängigen, die im Folgejahr einen Suizidversuch begingen (Kat-SV), fast 80% waren. Dieser Unterschied ist jedoch nicht signifikant, d.h. längerfristig wirken sich zufällige Überdosen nicht auf einen Suizidversuch aus. Bei der Aufteilung der Suizidenten in Neu- und Wiederholungssuizidenten werden jedoch für die zufälligen Überdosen signifikante Unterschiede sichtbar. Auffallend ist, daß fast alle Neusuizidenten (90%) schon zur Ausgangsbefragung angaben, Erfahrungen mit zufälligen Überdosen in ihrem Leben gemacht zu haben (vgl. Tabelle 26).

Tab.26: Bewußte und zufällige Überdosen vor der *Ausgangserhebung*; Befragte differenziert nach Kat-SV, Alt-SV und Nicht-SV. Kat-SV unterteilt in Neu-SV und Wdh-SV (Angaben in %)

Bewußte und zufällige	Kat-SV n=24		Alt-SV n=93	Nicht-SV n=155	Gesamt n=272	Signi- fikanz
Überdosen	Neu-SV n=10	Wdh-SV n=14				
bewußte/gewollte Überdosen vor der Ausgangserhebung	37,5		46,2	0,0	21,0	***
	0,0	57,1				***
unbewußte/zufällige Überdosen vor der Ausgangserhebung	79,2%		58,1	56,1	58,5	n.s.
	90,0	64,3				*

- Chi²-Test: + = p<0,1; * = p< 0,05; ** = p< 0,01; ***= p< 0,001

Für die Zeit zwischen der Ausgangsbefragung und der 1. Katamnese geben ca. 3-5mal so viele Opiatabhängige, die während dieses Zeitraumes einen Suizidversuch begehen (Kat-SV), zufällige Überdosen an wie Nicht- bzw. Altsuizidenten. Dies ist ein signifikanter Unterschied und bestätigt die Hypothese, daß zufällige Überdosen im Zusammenhang mit einem aktuellen Suizidversuch stehen. Im Gegensatz zur Ausgangserhebung geben zum 1. Katamnesezeitpunkt prozentual mehr Wiederholungssuizidenten als Neusuizidenten an, Erfahrungen mit zufälligen Überdosen gemacht zu haben (vgl. Tabelle 27).

Tab.27: Bewußte und zufällige Überdosen im *Katamnesezeitraum*; Befragte differenziert nach Neu-SV, Wdh-SV Alt-SV und Nicht-SV. Kat-SV unterteilt in Neu-SV und Wdh-SV (Angaben in %)

Bewußte und zufällige	Kat-SV n=24		Alt-SV n=93	Nicht-SV n=155	Gesamt n=272	Signi- fikanz
Überdosen	Neu-SV n=10	Wdh-SV n=14				
bewußte/gewollte Überdosen während des Katamnesezeit- raumes	41,7		2,2	0,0	4,4	***
	40,0	42,9				***
unbewußte/zufällige Überdosen während des Katamnesezeit- raumes	29,2		5,4	9,7	9,9	**
	20,0	35,7				**

- Chi²-Test: + = p<0,1; * = p< 0,05; ** = p< 0,01; ***= p< 0,001

Erwartungsgemäß fällt die prozentuale Verteilung der bewußten Überdosen innerhalb der Gruppen aus, da eine gewollte Überdosis eine Form des Suizidversuchs sein kann. Hier ist zu bemerken, daß sich bei der Betrachtung der Prozentwerte die Frage aufwirft, ob bei der Beantwortung der Frage den Teilnehmern eine scharfe Trennung der beiden Formen von Überdosen möglich war und diese auch vorgenommen wurde.

Opiatabhängige mit einem Suizidversuch während des Katamnesezeitraumes geben in dieser Zeit eine signifikant höhere Anzahl an zufälligen Überdosen an als die beiden anderen Gruppen. Die getrennte Betrachtung von Neu- und Wiederholungssuizidenten deckt auf, daß sich bei den Wiederholungssuizidenten während des Untersuchungsjahres fast 1,5mal so viele zufällige Überdosen ereigneten wie bei den Neusuizidenten, während dies vor der Ausgangserhebung noch die gleiche Anzahl war (vgl. Tabelle 28).

Tab.28: Anzahl der zufälligen Überdosen vor der *Ausgangserhebung* und während des *Katamnesezeitraumes*; Befragte differenziert nach Kat-SV, Alt-SV und Nicht-SV. Kat-SV unterteilt in Neu-SV und Wdh-SV

	Kat-SV n=24		Alt-SV n=93	Nicht-SV n=155	Gesamt n=272	Signi- fikanz
Zufällige Überdosen	Neu-SV n=10	Wdh-SV n=14				
Anzahl der zufälligen Überdosen vor der Ausgangserhebung	2,2		2,25	1,66	1,90	n.s.
	2,2	2,2				n.s.
Anzahl der zufälligen Überdosen während des Katamnesezeitraumes	0,37		0,06	0,12	0,12	**
	0,3	0,42				**

- Einfakt. Anova: + = $p < 0,1$; * = $p < 0,05$; ** = $p < 0,01$; *** = $p < 0,001$

Hinsichtlich des Drogenkonsumverhaltens kann zusammenfassend festgestellt werden, daß Opiatabhängige in dem Jahr ihres Suizidversuchs über längere Zeiträume hinweg signifikant mehr Alkohol, Heroin, Kokain, Halluzinogene und Schnüffelfstoffe konsumieren als Alt- und Nichtsuizidenten. Außerdem treten bei ihnen zufällige Überdosen signifikant häufiger und in einer höheren Anzahl auf als bei den Alt- und Nichtsuizidenten. Diese Ergebnisse zeigen einen engen zeitlichen Zusammenhang zwischen einem vermehrten Drogenkonsum, zufälligen Überdosen und akutem Suizidversuch. Die Auswertung der in dieser Studie erhobenen Daten

läßt keinen längerfristigen Einfluß von Art und Menge der Drogeneinnahme auf den aktuellen Suizidversuch erkennen.

6.3.6 Psychosoziale Schwierigkeiten aus Sicht der Interviewer (ASI-Scores)

Die 7 ASI-Scores sind Werte auf einer Skala von 0 (“kein echtes Problem, keine Behandlung erforderlich) bis 9 (extremes Problem, Behandlung absolut erforderlich). Die Bewertung findet durch den Interviewer statt. Diese ermittelten Werte entsprechen dem jeweiligen Behandlungsbedarf der angesprochenen Problematiken des ASIs. Der durchschnittliche Gesamt-ASI-Score gibt einen generellen Überblick über das Ausmaß der Drogenproblematik bzw. der Behandlungsbedürftigkeit des Interviewten.

Zur Ausgangserhebung gibt es auf allen Gebieten außer beim “Bedarf an medizinischer Behandlung” und “Bedarf und Beratung wegen beruflicher Probleme” für die Klienten, die während des Befragungszeitraums einen Suizidversuch begehen (Kat-SV), einen höheren Behandlungsbedarf als für die Nichtsuizidenten. Signifikant unterscheiden sich die Gruppen in ihrem Bedarf an Beratung psychischer/psychiatrischer und familiärer/sozialer Probleme. Auch ihr Bedarf an Drogentherapie ist signifikant erhöht und wird von den Interviewern als das beträchtlichste Problem eingestuft.

Im Vergleich zu den Wiederholungs- und Nichtsuizidenten nehmen die Neusuizidenten in allen Bereichen eine Mittelstellung ein (vgl. Tabelle 29).

Tab.29: ASI-Scores der Befragten zur *Ausgangserhebung*, differenziert nach Kat-SV, Alt-SV und Nicht-SV. Kat-SV unterteilt in Neu-SV und Wdh-SV

	Kat-SV n=24		Alt-SV n=93	Nicht-SV n=155	Gesamt n=272	Signi- fikanz
ASI-Scores	Neu-SV n=10	Wdh-SV n=14				
Bedarf an medizinischer Behandlung	2,7		3,2	2,8	3,0	n.s.
	2,3	3,0				n.s.
Bedarf an Beratung wegen beruflicher Probleme	3,3		4,1	3,3	3,6	n.s.
	3,1	3,4				n.s.
Bedarf an Rechtsberatung	3,9		2,7	2,7	2,8	+
	3,7	4,1				n.s.
Bedarf an Alkoholtherapie	2,6		2,3	2,0	2,2	n.s.
	1,7	3,3				n.s.
Bedarf an Drogentherapie	7,7		6,4	6,2	6,4	**
	7,5	7,9				**
Bedarf an Beratung wegen familiärer/sozialer Konflikte	5,0		4,8	4,0	4,4	*
	5,0	5,0				*
Bedarf an psychiatrischer/ psychologischer Behandlung	5,8		5,3	4,1	4,6	***
	5,2	6,1				***
durchschnittlicher ASI Gesamtscore	4,5		4,1	3,6	3,9	**
	4,1	4,7				*

- Einfakt. Anova: + = $p < 0,1$; * = $p < 0,05$; ** = $p < 0,01$; *** = $p < 0,001$

Zur Katamnesebefragung haben die Akutsuizidalen (Kat-SV) auf allen Gebieten einen erhöhten Bedarf an Beratung im Vergleich zu den Alt- und Nichtsuizidenten. Zusätzlich zur Ausgangsbefragung ist ein signifikant höherer Bedarf an medizinischer und beruflicher Beratung hinzugekommen. Wie bei der Erstbefragung bestehen zum Katamnesezeitpunkt die größten Probleme für die suizidale Gruppe im Zusammenhang mit dem Drogenkonsum und psychischen/psychiatrischen Problemen. Neusuizidale nehmen immer noch eine Mittelstellung zwischen den Wiederholungs- und Nichtsuizidalen ein. Ihr Behandlungsbedarf ist jetzt aber deutlich höher als der der Nichtsuizidenten (vgl. Tabelle 30).

Tab.30: ASI-Scores der Befragten zum *Katamnesezeitpunkt*, differenziert nach Kat-SV, Alt-SV und Nicht-SV. Kat-SV unterteilt in Neu-SV und Wdh-SV

	Kat-SV n=24		Alt-SV n=93	Nicht-SV n=155	Gesamt n=272	Signi- fikanz
ASI-Scores	Neu-SV n=10	Wdh-SV n=14				
Bedarf an medizinischer Behandlung	3,8		3,5	2,7	3,1	*
	3,3	4,2				*
Bedarf an Beratung wegen beruflicher Probleme	5,1		2,8	2,6	2,8	*
	4,3	5,4				*
Bedarf an Rechtsberatung	3,7		2,3	2,7	2,6	*
	2,7	4,4				*
Bedarf an Alkoholtherapie	2,1		1,9	1,9	1,9	n.s.
	1,6	2,5				n.s.
Bedarf an Drogentherapie	6,2		4,4	4,5	4,6	**
	5,4	6,7				**
Bedarf an Beratung wegen familiärer/sozialer Konflikte	4,4		3,3	3,0	3,2	*
	5,4	3,6				*
Bedarf an psychiatrischer/ psychologischer Behandlung	5,9		4,2	3,6	4,0	***
	5,9	5,9				***
durchschnittlicher ASI Gesamtscore	4,4		3,2	3,1	3,2	**
	4,1	4,6				***

- Einfakt. Anova: + = $p < 0,1$; * = $p < 0,05$; ** = $p < 0,01$; *** = $p < 0,001$

Bei der Betrachtung der ASI-Scores im Verlauf fällt zunächst auf, daß sich bei der gesamten Stichprobe die Werte zwischen der Ausgangsbefragung und der 1. Katamnese verbessert haben. Diese Verbesserung ergibt sich durch die Alt- und Nichtsuizidenten, wo sich auf jedem Gebiet (einzige Ausnahme sind die Altsuizidenten in ihrem Bedarf an medizinischer Beratung) ihr Behandlungsbedarf verringert hat. Für die akutsuizidalen Klienten ist der Behandlungsbedarf gleich geblieben bzw. hat sich im Bereich medizinischer, beruflicher und psychischer Beratung deutlich gesteigert. Der ASI-Gesamtscore, als globales Maß für die Problemintensität und den Behandlungsbedarf, gibt dieses zusammengefaßt wieder. Der erhöhte Behandlungsbedarf ist für die Wiederholungssuizidenten über beide Befragungszeiträume hinweg deutlich zu erkennen. Die ASI-Scores lassen darüber hinaus erkennen, daß die Neusuizidenten schon vor ihrem ersten

Suizidversuch eine höhere Behandlungsbedürftigkeit haben als die Nichtsuizidalen und es im Verlauf zu einer zum Teil drastischen Verschlechterung kommt.

Die psychosoziale Situation der akutsuizidalen Opiatabhängigen läßt sich wie folgt zusammenfassen: Wiederholungssuizidenten haben zu beiden Zeitpunkten die schwierigste psychosoziale Situation von allen Gruppen. Dieses überdauernde Muster ihrer problematischen Situation, das sich offensichtlich in dem erneuten Suizidversuch manifestiert, ist deutlich zu erkennen. Die Neusuizidenten sind hinsichtlich der Schwere der psychosozialen Problematik zum Zeitpunkt der Ausgangsbefragung zwischen den Gruppen der Wiederholungs- und der Nichtsuizidenten einzuordnen. Die sich im Verlauf des Folgejahres z.T. verschärfende Situation bzw. ausbleibende Entspannung deutet auf einen Zusammenhang mit dem ersten Suizidversuch hin.

7 DISKUSSION

In der vorliegenden Studie hat über ein Drittel der Teilnehmer Erfahrungen mit Suizidversuchen. Die Suizidversuchsquote liegt vor der Ersterhebung bei 39,3%, zur Katamnese bei 43%. Damit befinden sich die Ergebnisse im oberen Bereich im Vergleich zu den in der Literatur angegebenen Zahlen, die zwischen 17% (Kosten & Rounsaville 1988; Murphy et al. 1988) und 51,2% (Uchtenhagen & Zimmer-Höfler 1995) liegen. Auch die Versuchsquote von 8,8% innerhalb des Untersuchungszeitraumes ist mit anderen Studien vergleichbar (Verthein 1994). In der vorliegenden Untersuchung wurde das akute suizidale Verhalten von Opiatabhängigen während des Katamnesejahres unter dem Aspekt des Einflusses von psychiatrischen Erkrankungen und aktuellen psychosozialen Faktoren untersucht. In diesem Kapitel werden die Ergebnisse unter Einbeziehung der Literatur diskutiert.

7.1 Auswirkungen psychiatrischer Erkrankungen auf die Suizidalität

Opiatabhängigkeit ist mehr als jede andere psychiatrische Erkrankung dadurch charakterisiert, daß sie in Kombination mit einer weiteren psychiatrischen Erkrankung auftritt und damit den Verlauf und die Behandlung erschwert (Dinwiddie et al. 1992). Der in anderen Studien (Regier et al. 1990; Ladewig & Simoni 1996) ermittelte erhöhte Risikofaktor für suizidales Verhalten bei Komorbidität bestätigt sich auch in der vorliegenden Untersuchung. Die Ergebnisse dieser Studie zeigen bei Opiatabhängigen einen signifikanten Zusammenhang zwischen einer zusätzlichen psychiatrischen Erkrankung (lifetime) und dem Auftreten von Suizidversuchen in der Anamnese. Zwei Drittel der Suizidversucher haben eine zusätzliche psychiatrische Diagnose, während nur knapp die Hälfte der Opiatabhängigen ohne Suizidversuch eine solche hat. Bei Murphy et al. (1983) sind nur 4% der suizidalen Opiatabhängigen ohne psychiatrische Diagnose (nach den Research Diagnostic Criteria). Insbesondere bestätigt sich in der vorliegenden Studie, daß die affektiven und Angststörungen ein Prädiktor für den Suizidversuch sind. 51,3% der Teilnehmer mit Suizidversuch weisen eine Angststörung auf. Im

Vergleich dazu haben nur 36,8% der Nichtsuizidalen dieselbe Diagnose. Dieser Zusammenhang erweist sich als statistisch hochsignifikant. 42,7% suizidale Opiatabhängige zeigen affektive Störungen, während nur 22,6% Teilnehmer ohne Suizidversuch diese diagnostiziert bekommen haben.

Die Auswirkungen der psychiatrischen Störungen auf den aktuellen Suizidversuch sind differenzierter zu betrachten. Auffallend ist, daß ein akuter Suizidversuch nur bei Wiederholungssuizidenten im signifikanten Zusammenhang mit einer Lifetime- oder aktuellen Diagnosestellung bei affektiven und Angststörungen steht. Ein Suizidversuch in der Vorgeschichte verbunden mit einer zusätzlichen psychiatrischen Erkrankung ist daher als hohes Risiko für einen weiteren Suizidversuch zu bewerten. Der mehrmalige Suizidversuch wäre dann ein Ausdruck für eine überdauernde schlechte Lebenssituation, die psychische Konsequenzen mit sich führt. Bei Opiatabhängigen, die erstmalig einen Suizidversuch in ihrem Leben begehen, ist wider Erwarten kein Zusammenhang zur psychiatrischen Diagnose zu erkennen. Dieses weist darauf hin, daß Risikofaktoren für den erstmaligen Suizidversuch nicht primär bei den psychiatrischen Störungen zu suchen sind, sondern anders gelagert sein müssen.

7.2 Auswirkungen aktueller psychosozialer Faktoren auf die Suizidalität

7.2.1 Psychische Situation

7.2.1.1 Akute Depressivitätssymptomatik

Bei Opiatabhängigen ist mit einer hohen psychischen Belastung zu rechnen. Einerseits können psychische Probleme zum Einstieg in den Drogenkonsum geführt haben, andererseits kann es auch aufgrund der Drogenabhängigkeit zu psychischen Veränderungen gekommen sein. Ein Vergleich der Mittelwerte des BDI-Tests der Allgemeinbevölkerung mit denen der Opiatabhängigen macht deutlich, wie schwerwiegend die depressive Verstimmung Opiatabhängiger ist. Es zeigt sich, daß die Opiatabhängigen bei der Ausgangsbefragung mit durchschnittlich fast 17 Punkten wesentlich schwerere depressive Symptome aufweisen als die Allgemeinbevölkerung mit 6,45 Punkten.

Die Betrachtung der einzelnen Gruppen im Rahmen der vorliegenden Studie bestätigt die Annahme eines starken Zusammenhangs zwischen aktuellem Suizidversuch und depressiver Symptomatik: In der letzten Woche vor der Ausgangsbefragung haben die Opiatabhängigen, die im Folgejahr einen Suizidversuch begehen, einen durchschnittlichen Mittelwert von 21,25 Punkten, gefolgt von den Altsuizidenten mit 18,59 Punkten und den Nichtsuizidalen mit 15,26 Punkten. Zur Katamnesebefragung verhalten sich die Unterschiede zwischen den Gruppen ähnlich. Die suizidalen Opiatabhängigen weisen im Mittel signifikant schwerere depressive Symptome auf als Nicht- und Altsuizidenten, und dieses zu beiden Erhebungszeitpunkten. Dieses Ergebnis stützt die Befunde von Murphy et al. (1983) und Kosten und Rounsaville (1988), die bestätigen, daß durchschnittlich signifikant höhere BDI-Scores bei den Opiatabhängigen mit aktuellem Suizidversuch als bei Opiatabhängigen ohne Suizidversuch bestehen.

Goldston et al. (1996) haben nichtsuizidale Probanden mit Neusuizidalen, Wiederholungs- und Altsuizidalen verglichen. Die Teilnehmer waren Jugendliche, die sich zur stationären Behandlung in der Psychiatrie befanden. In ihrer Studie ergaben sich ebenso wie in der vorliegenden Untersuchung die höchsten BDI-Werte bei den Wiederholungssuizidenten. Im Gegensatz zur vorliegenden Untersuchung haben jedoch in ihrer Studie die Altsuizidenten durchschnittlich höhere Depressivitätswerte als die Neusuizidenten. Sie ziehen daraus den Schluß, daß zumindest für die Neusuizidalen kein offensichtlicher Zusammenhang zwischen Depressivität und Suizidversuch zu sehen ist, auch wenn die Depressivitätswerte höher liegen als bei Nichtsuizidalen.

Für die vorliegende Studie ist festzustellen, daß ein signifikanter Zusammenhang zwischen akuter Depressivität, gemessen am BDI, und akuter Suizidalität besteht, da sowohl in der Ausgangsstichprobe als auch in der Zweitbefragung bei den Akutsuizidalen die höchsten BDI-Werte zu finden sind. Durch die prospektive Befragung zeigt sich deutlich der Einfluß einer depressiven Stimmungslage auf den Suizidversuch, da sich die Ergebnisse als statistisch hochsignifikant erweisen. Dies gilt vor allem für die Wiederholungssuizidenten. Bei Neusuizidalen zeigt die Bewertung der depressiven Symptome keinen derart deutlichen Zusammenhang zum Suizidversuch, da der BDI-Mittelwert im untersuchten Jahr etwas abgesunken ist. Somit bestätigt diese Studie tendenziell die Studie von Goldston et al. (1996).

Dennoch kann man sagen, daß Opiatabhängige mit einem aktuellen Suizidversuch häufiger und schwerer depressiv verstimmt sind als Opiatabhängige ohne Suizidversuch. Eine Erklärung hierfür könnte darin liegen, daß zwischen Depressivität und Suizidalität eine Wechselwirkung besteht. Suizidales Verhalten ist eines der Symptome, welches bei einer depressiven Stimmungslage entstehen kann bzw. auch als ein diagnostisches Kriterium für die Depression/depressive Verstimmung gilt, so daß ein gemeinsames Auftreten wahrscheinlich ist.

Wie die Ergebnisse dieser Untersuchung bestätigen, können depressive Verstimmungen suizidales Verhalten verstärken. Es ist also von starker Relevanz, depressive Symptomatiken zu erkennen und zu behandeln, um suizidalem Verhalten vorzubeugen. Das Erkennen und die Therapie psychischer Symptome bzw. zusätzlicher psychiatrischer Erkrankungen ist nicht nur zur Vermeidung suizidalen Verhaltens wesentlich, sondern auch, um einen Ausstieg aus der Abhängigkeit zu ermöglichen. Nach der Selbstmedikationshypothese von Khantzian (1985) können Depressionen/depressive Verstimmungen zu einem verstärkten Medikamenten- bzw. Opiatkonsum führen. Demzufolge ist es verständlich, daß ein Abhängiger sich erst dann auf einen Entzug bzw. Therapie einlassen kann, wenn er seine psychischen Symptome nicht mehr fürchten muß.

Es bleibt die Frage der Kausalität offen. Ist die Opiatabhängigkeit Folge einer depressiven Störung oder sind die depressiven Symptome Ausdruck bzw. Konsequenz der Opiatabhängigkeit und der damit verbundenen Lebenssituation. Hierbei ist insbesondere der Einfluß der Droge nicht zu unterschätzen. Opiatabhängige, die sich gerade durch die Droge im "Höhenflug" befinden, werden eventuell vorhandene Symptome nicht bemerken. Hingegen werden Opiatabhängige mit Entzugserscheinungen die depressive Symptomatik im Moment der Befragung viel negativer empfinden, als sie vielleicht in den letzten Wochen gewesen ist. In dieser Studie wurde mit der SOWS (Short Opiat Withdrawal Scale) die Entzugssymptomatik systematisch erfaßt. Hierbei zeigte sich, daß sich der Einfluß dieser Symptomatik, wenn überhaupt vorhanden, nur geringfügig auswirkt (vgl. Krausz et al. 1998a).

7.2.1.2 Psychische Probleme

Die mit Hilfe des ASI erhobene subjektive psychische Befindlichkeit zeigt, daß Opiatabhängige vor ihrem Suizidversuch mehr als doppelt so häufig unter schweren Depressionszuständen (60,9%) und unter Angst- und Spannungszuständen (56,5%) leiden wie die Gruppe ohne Suizidversuch. Diese signifikanten Unterschiede zeigen den Einfluß der psychischen Befindlichkeit auf die Suizidalität. Im Jahr ihres Suizidversuchs leiden fast alle Akutsuizidalen unter Depressionszuständen (95%). Insgesamt zeigt sich eine deutliche Verschlechterung des psychischen Zustandes. Die Hypothese, daß eine schlechte psychische Befindlichkeit im Zusammenhang mit Suizidversuchen steht, konnte hier bestätigt werden. Auffallend ist bei den Akutsuizidalen die deutliche Zunahme der Schwierigkeit, ihr aggressives Verhalten zu kontrollieren. Diese mangelnde Aggressivitätskontrolle steht in einem hochsignifikanten Zusammenhang zum Suizidversuch. Mit diesem Ergebnis ließe sich der Suizidversuch als ein Ausweg aus der mangelnden Impulskontrolle gegen die Umwelt interpretieren. So sehen Uchtenhagen und Zimmer-Höfler (1985) die erhöhte Suizidalität Opiatabhängiger als eventuellen Hinweis einer "vorbestehenden geringeren Kontrolle destruktiver Impulse" oder als Tendenz zum "acting out".

Besonders ist die akute Verschlechterung der psychischen Situation bei den Neusuizidalen zu beachten. Schon zur Ausgangserhebung fühlen sie sich wesentlich schlechter als die Nichtsuizidalen. Während des Katamnesezeitraumes kommt es noch zu einer dramatischen Verschlechterung ihrer Befindlichkeit. Ihnen geht es jetzt deutlich schlechter als den Wiederholungssuizidenten. Kein Neusuizidaler begeht einen Suizidversuch, ohne daß er sich nicht schwer depressiv fühlt. Dies steht im Widerspruch zu den Ergebnissen des BDI, der zeigt, daß Neusuizidale weniger starke depressive Symptome aufweisen als Wiederholungssuizidenten. Eine Erklärung könnte die "weichere" Analyseebene des ASI-Interviews sein. Für die Neusuizidalen ist ihre schlechte Verfassung, die sich sowohl im psychischen als auch im familiären und sozialen Umfeld deutlich zeigt, ein akut entstandener Zustand. Die Krisen, die in fast allen Bereichen bestehen, spitzen sich zu und scheinen daher stark bedrohlich.

7.2.1.3 Suizidgedanken

Die Interpretation des Einflusses von Suizidgedanken ist vor dem Hintergrund früherer Suizidversuche möglich. Kein Neusuizidaler trägt sich mit suizidalen Gedanken zum Zeitpunkt der ersten Befragung, 80% aber in dem Jahr ihres Suizidversuchs. Unter den Wiederholungssuizidenten denken schon mehr als 60% zur Ausgangserhebung über diese Möglichkeit nach, während es im Katamnesejahr über 85% dieser Gruppe waren.

Zur Ausgangsbefragung ist die psychische Befindlichkeit der Neusuizidalen wesentlich schlechter und die sozialen Faktoren sind bedeutend ungünstiger als für die Nichtsuizidalen. Dennoch befassen sich zu diesem Zeitpunkt die Neusuizidalen gedanklich nicht mit einem Suizid. Der Suizid als Weg aus einer scheinbar unlösbaren Situation wird in den 30 Tagen vor der Ausgangsbefragung nur von den Opiatabhängigen angedacht, die schon einmal versucht haben, sich das Leben zu nehmen. Dies deutet darauf hin, daß Opiatabhängige ohne Suizidversuch in der Anamnese eher eine kurzfristige Entscheidung treffen, wenn sie einen Suizid zur Lösung ihrer wohl nicht mehr zu bewältigenden Situation in Erwägung ziehen. Opiatabhängige mit Suizidversuchen in der Anamnese tragen sich über längere Zeit mit diesem Gedanken. Für diese Gruppe können suizidale Gedanken nicht als Akutparameter angesehen werden, sondern sind Teil eines überdauernden allgemeinen Störungsmusters, welches sich in dieser Arbeit zeigt.

7.2.2 Familiäres und soziales Umfeld

7.2.2.1 Familienstand

Es fällt auf, daß nur ein geringer Prozentsatz (10,3%) der Opiatabhängigen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung verheiratet ist. Zahlen des Statistischen Bundesamts für das Jahr 1983 belegen, daß in der Altersgruppe der 20-29jährigen 47,3% der Frauen und 27,1% der Männer verheiratet sind. Der Prozentsatz bei den Akutsuizidalen, die verheiratet sind, liegt nur bei 4,2%, bei den Nichtsuizidalen liegt er bei 11%. Es handelt sich um keinen signifikanten Unterschied, jedoch wird eine Tendenz sichtbar. Ein vergleichbares Ergebnis ermitteln Kosten und Rounsaville (1988), in deren Studie mit Opiatabhängigen der Zivilstand ebenfalls nicht in

einem signifikanten Zusammenhang mit suizidalem Verhalten steht. Auch Hasin (1988) und Bachthaler et al. (1998) halten den Zivilstand für einen ungeeigneten Parameter zur Risikoabschätzung suizidalen Verhaltens. Eine gegenteilige Aussage machen Murphy et al. (1983), die feststellen, daß ledige Opiatabhängige signifikant häufiger suizidales Verhalten zeigen als verheiratete.

Die Ergebnisse dieser Studie sowie die in der Literatur zeigen, daß der Familienstand nur bedingt aussagekräftig für die Risikoeinschätzung von Suizidalität bei Opiatabhängigen ist. Die Ursache könnte darin liegen, daß der Zivilstand nicht unbedingt die tatsächliche Partnerschaftssituation widerspiegelt, da das Heiratsverhalten je nach Kultur und zeitgeschichtlichen Voraussetzungen unterschiedlich ist. Dies gilt besonders für das Leben Opiatabhängiger, welches häufig eher von subkulturellen Werten bestimmt wird. Ebenso wenig wird durch Heirat eine Aussage über die Qualität der Beziehung gemacht, sondern eher über die Bereitschaft, sich zu binden. Aussagekräftiger erscheinen daher die Fragen nach den Beziehungsstrukturen und der Beziehungssituation.

7.2.2.2 Beziehungsstrukturen

Es zeigt sich, daß suizidale Opiatabhängige zwar seltener verheiratet sind, aber häufiger in einer festen Beziehung stehen als Nicht- bzw. Altsuizidale. Zwei Drittel der Akutsuizidalen haben eine feste Beziehung, während es bei den Nichtsuizidalen nur etwas über die Hälfte ist. Damit kann die Hypothese nicht bestätigt werden, daß suizidale Opiatabhängige häufiger ohne eine feste Beziehung sind als Nichtsuizidale. Die Ergebnisse scheinen darauf hinzuweisen, daß weder das Zusammenleben mit dem Partner noch ohne einen festen Partner zu sein im Zusammenhang mit suizidalem Verhalten steht. Teilweise stehen die Ergebnisse im Gegensatz zu den Untersuchungen von Verthein (1994). Er berichtet, daß in seiner Studie mit polamidonsubstituierten Opiatabhängigen zwar Klienten mit Partner genauso suizidgefährdet sind wie diejenigen ohne Partner, daß sich aber das Zusammenleben in der Kleinfamilie, d.h. mit Partner und Kindern, positiv auf das Suizidverhalten auswirkt.

Die Ergebnisse zeigen, daß es nicht die Beziehungsstruktur ist, sondern die Zufriedenheit bzw. Unzufriedenheit mit der Beziehungssituation, die im signifi-

kanten Zusammenhang mit dem Suizidversuch steht. Über zwei Drittel der suizidalen Gruppe empfinden ihre Beziehungssituation als unbefriedigend, während es bei allen anderen Gruppen nur um die 40% sind. Dies könnte darauf hinweisen, daß die akutsuizidalen Opiatabhängigen nicht mehr die Kapazitäten haben, sich eine stabile und befriedigende Partnerschaft aufzubauen, bzw. ihr Alleinsein zufriedenstellend zu gestalten. Bestätigt wird diese Annahme durch den in der vorliegenden Arbeit gefundenen Zusammenhang zwischen Partnerschaftskonflikten und aktuellem Suizidversuch.

7.2.2.3 Schwierigkeiten mit Bezugspersonen

Akutsuizidale (80%) berichten signifikant häufiger über Konflikte im familiären und sozialen Bereich als Nichtsuizidale (66%). Die detaillierte Betrachtung zeigt, daß die Akutsuizidalen im Jahr ihres Suizidversuchs mehr als doppelt so häufig eine schlechte Beziehung zu den Eltern haben wie Nichtsuizidale. Eine Erklärung hierfür könnte in einer besonders starken Bindung an die Eltern bestehen. In dem Alter, in dem sich die Opiatabhängigen befinden, sollte der Ablösungsprozeß vom Elternhaus vollzogen und sich deren Bedeutung verringert haben. Das Ergebnis dieser Studie könnte bestätigen, daß die Opiatabhängigen häufig noch nicht diesen Ablösungsprozeß von den Eltern geschafft haben, und viele Probleme durch nicht geklärte Familienstrukturen entstehen (vgl. Krausz 1999). Coleman et al. haben wiederholt in ihren Studien auf den Zusammenhang von Todesfällen, Trennungen sowie Verlusten von zwischenmenschlichen Beziehung einerseits und Eintritt in die Drogenabhängigkeit bzw. Verschärfung des Drogenkonsums andererseits hingewiesen. Durch vermehrte Erfahrungen mit Verlusten käme es zu einem häufig durch die Eltern mitverursachten erschwerten Ablösungskonflikt. Mehrmals verlassen Opiatabhängige ihr Elternhaus und kehren immer wieder zurück. Diese Gebundenheit an das Elternhaus ist gleichzeitig oft mit starken Angstgefühlen verbunden (Coleman et al. 1986). Es ist nachvollziehbar, daß die psychische Belastung zusammen mit erhöhtem Drogenkonsum und einer dauernden zwischenmenschlichen Problematik sich zu einer nicht mehr bewältigbar scheinenden Situation zuspitzt und dann in einem Suizidversuch enden kann, zumal die Akutsuizidalen nicht nur erhebliche Schwierigkeiten mit den Eltern angeben, sondern ebenfalls mit Lebensgefährten und den Nachbarn.

Sowohl im familiären als auch im weiteren sozialen Umfeld scheint ein stabilisierender Ruhepol zu fehlen. Die eklatanten Schwierigkeiten mit verschiedensten Personen scheinen innerhalb kurzer Zeit eine psychische Dekompensation in Form eines Suizidversuchs zu begünstigen.

7.2.2.4 Wohnverhältnisse

Entgegen den Erwartungen scheint sich eine instabile Wohnsituation nicht signifikant auf das suizidale Verhalten auszuwirken. Es zeichnet sich aber ein Trend ab. Im Jahr des Suizidversuchs leben fast die Hälfte aller Akutsuizidalen in instabilen Wohnverhältnissen, im Jahr zuvor waren es lediglich ein Drittel. Bei den Nicht- und Altsuizidenten ist im Katamnesejahr eine Verbesserung der Wohnsituation eingetreten. Eine zufriedenstellende Wohnsituation wird in der Literatur als Parameter sozialer Stabilisierung gedeutet. So sehen Uchtenhagen und Zimmer-Höfler (1985) die sichere Wohnsituation bei Opiatabhängigen als eine wichtige Basis für den Ausstieg aus der Abhängigkeit.

7.2.3 Lebensereignisse (Life-events)

In dieser Studie wird nur die Anzahl der Ereignisse, nicht aber das Ereignis selbst ausgewertet (Vorgabe des ASI-Interviews). Es kann daher nicht geklärt werden, ob z.B. das unruhestiftende Moment, welches durch positive oder negative Ereignisse auslösbar ist, die suizidalen Opiatabhängigen beeinflusst hat, oder ob es das negative Ereignis selbst ist, das einen Einfluß ausübt. Deshalb kann auch nicht die in der Literatur verbreitete These überprüft werden, ob positive Ereignisse die gleichen Auswirkungen zeigen wie negative.

In dem letzten halben Jahr vor der Ausgangserhebung hatten die Opiatabhängigen, die im Folgejahr einen Suizidversuch begehen, mit durchschnittlich 3,46 die höchste Anzahl von Life-events. Diese Häufung erweist sich im Vergleich zu den anderen Gruppen (3,18 für Alt-SV und 2,93 für Nicht-SV) als statistisch nicht signifikant. Die etwas erhöhte Anzahl kann ein Hinweis auf eine destabilisierte Lebenslage sein. Der Suizidversuch kann aber auch Ausdruck für den Streß sein, der durch die Wiederanpassungsleistung nach einem Life-event entsteht, insbe-

sondere, da eine Trennung von positiven und negativen Ereignissen nicht erfolgt ist.

Deutliche Unterschiede in Bezug auf die Anzahl der Ereignisse bei den einzelnen Gruppen zeigen sich im letzten halben Jahr vor der Katamnesebefragung. Hier haben die Akutsuizidalen durchschnittlich 1,5 Ereignisse mehr als die Nicht-suizidalen. Dies ist ein signifikanter Unterschied und zeigt einen kurzzeitigen Zusammenhang zwischen akutem suidalen Verhalten und einer Häufung von Life-events. Aufgrund des Untersuchungsdesigns ist jedoch nicht zu klären, ob das aktuelle Ereignis die Suizidalität mit bedingt, oder ob es durch das suizidale Verhalten zu lebensverändernden Umbrüchen gekommen ist.

Besonders deutlich ist der enge Zusammenhang von Ereignissen und aktuellem suizidalen Verhalten bei erstmals suizidalen Opiatabhängigen. In dem letzten halben Jahr vor der Erstbefragung geben sie durchschnittlich 3 Ereignisse an, in dem Jahr ihres Suizidversuchs durchschnittlich 5. Dieser sprunghafte Anstieg ist bei keiner anderen Gruppe zu finden und deutet auf eine zunehmend schwieriger zu kontrollierende Situation hin. Es ist nachvollziehbar, daß Opiatabhängige, die sich aktuell in einem schlechten Zustand befinden, häufiger belastenden Situationen ausgesetzt sind, und daß ihre Belastbarkeit in diesen Phasen erniedrigt ist. Es wird deutlich, daß ihr labiler Zustand stark durch die Lebensereignisse geprägt wird, und die psychiatrischen Erkrankungen bzw. depressiven Störungen bei ihrem ersten Suizidversuch nicht im Vordergrund stehen.

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie stimmen mit verschiedenen Forschungen überein, die zeigen, "daß Personen mit Suizidversuch mehr unangenehm erlebte Lebensereignisse erfahren haben als normale Kontrollgruppen" (Welz et al. 1988). Welz et al. berichten in ihrer Studie von doppelt so vielen Ereignissen bei suizidalen Personen im Vergleich zu Teilnehmern der Kontrollgruppe. Paykel et al. (1975) stellten wiederum in ihrer Untersuchung fest, daß die suizidale Gruppe in dem letzten halben Jahr vor einem Suizidversuch viermal mehr Ereignisse als eine normale und 1,5mal mehr als eine depressive Kontrollgruppe hat. Bei den vorgenannten Studien wurden keine opiatabhängigen Teilnehmer befragt. Die entsprechenden Unterschiede innerhalb der hier vorliegenden Untersuchung sind möglicherweise geringer ausgeprägt, weil es sich bei den Teilnehmern um

Opiatabhängige handelt, die häufig durch ihre Lebensumstände an sich schon von sehr vielen belastenden Ereignissen betroffen sind.

Die Ergebnisse zeigen, daß kurzfristig eine Häufung von Life-events zu einer massiven Destabilisierung führen kann, so daß sie in einem engen Zusammenhang mit einem Suizidversuch gebracht werden kann. Langfristig deutet eine erhöhte Anzahl von Life-events auf eine psychische Belastungsphase hin.

7.2.4 Justitielle Belastung

Die Ergebnisse zeigen, daß sich die Opiatabhängigen häufig in Konflikten mit der Justiz befinden. Über 90% der Ausgangsstichprobe geben an, in der Vergangenheit in irgendeiner Form justitielle Probleme (Anklagen, Bewährungs- oder Haftstrafen o.ä.) gehabt zu haben. Dies überrascht wenig, da es für die Opiatabhängigen fast unausweichlich ist, durch den illegalen Drogenkonsum und den damit verbundenen schwierigen Lebensumständen in Schwierigkeiten mit dem Rechtssystem zu kommen. Unkontrollierter Opiatkonsum wurde durch die internationale Gesetzgebung seit Beginn dieses Jahrhunderts für illegal erklärt. Dadurch ist Drogendelinquenz für Opiatabhängige unvermeidlich geworden (vgl. Uchtenhagen & Zimmer-Höfler 1985). Beide Autoren bestätigen mit ihrer Studie den hohen Prozentsatz der justitiellen Schwierigkeiten bei Opiatabhängigen. In ihrer Untersuchung hatten 91% der Opiatabhängigen bereits Kontakt zur Polizei, in der Kontrollgruppe (Junge Erwachsene aus der Allgemeinbevölkerung) waren es nur 30%.

Bei detaillierter Betrachtung der vorliegenden Studie zeigt sich, daß es innerhalb der Gruppen bei justitiellen Konflikten signifikante Unterschiede gibt. Die Hälfte der Klienten mit einem aktuellen Suizidversuch berichtet, mindestens eine Anklage im Jahr ihres Suizidversuchs erhalten zu haben, während dieses nur auf knapp ein Viertel der Altsuizidenten bzw. ein Drittel der Nichtsuizidenten zutrifft. Auch der Prozentsatz der Opiatabhängigen, der im untersuchten Jahr in Haft war, ist für Katamnesesuizidenten signifikant höher als der der beiden anderen Gruppen (20,8% im Verhältnis zu 5,4 bzw. 11,0%). Dabei ist zu bedenken, daß sich die Opiatabhängigen mit aktuellem Suizidversuch während des Katamnesezeitraumes in einer psychisch schlechteren Verfassung befanden als die Alt- und Nichtsuizidenten. Dies könnte z.B. dazu führen, daß diese Gruppe der Opiatabhängigen

häufiger aufgegriffen wird, aber ihre tatsächliche kriminelle Tätigkeit nicht wirklich höher ist als die der anderen Gruppen. Aufgrund dieser Überlegung kann nur über einen Zusammenhang von justitieller Belastungen und akut suizidalem Verhalten gesprochen werden. Die tatsächliche gesetzwidrige Aktivität ist schwer beurteilbar. Die Literatur gibt hier nur uneinheitlich und unzureichend Aufschluß. Während Bukstein et al. (1993) eine erhöhte Kriminalität bei drogenabhängigen Suizidenten feststellen, können Murphy et al. (1983) diesbezüglich keine Unterschiede zwischen suizidalen und nichtsuizidalen Opiatabhängigen feststellen.

7.2.5 Drogenkonsummuster

7.2.5.1 Drogenkonsum

Weder das Einstiegsalter noch die Jahre des Drogen- bzw. des i.v.-Heroinkonsums stehen im Zusammenhang mit einem aktuellen Suizidversuch. Ferner zeigt sich, daß bei der Anzahl der verschiedenen konsumierten Drogenarten die Verteilung für lifetime sowie für die letzten 30 Tage vor der Ausgangserhebung bei den Gruppen annähernd gleich ist, im Katamnesejahr hingegen zeigen sich hierbei hochsignifikante Unterschiede. Die Akutsuizidalen konsumieren in diesem Zeitraum durchschnittlich 5,8 Drogenarten, die Nichtsuizidalen 3,7 und die Altsuizidenten 4 Drogenarten.

In den 30 Tagen vor der Ausgangserhebung konsumieren die Opiatabhängigen, die im Folgejahr einen Suizidversuch begehen, häufiger Alkohol, Heroin, Methadon, Halluzinogene und Kokain als die Alt- und Nichtsuizidalen. Die Unterschiede vergrößern sich signifikant im Katamnesezeitraum, lediglich bei Methadon verringert sich der Konsum. Hinzu kommt für die Katamnese-suizidenten ein auffallender Konsumanstieg bei Schnüffelfstoffen, die von keiner anderen Gruppen konsumiert werden. Findet auf der einen Seite für die akutsuizidale Gruppe ein Mehrkonsum verschiedenster Drogen statt, nimmt andererseits der Konsum an Methadon ab. Auch dieser Unterschied erweist sich als signifikant.

Die Veränderungen des Methadonkonsums dürften in einem Zusammenhang mit der Therapiebehandlung stehen. Zur Ausgangsbefragung war ein Drittel der Opiatabhängigen, die einen Suizidversuch im Katamnesejahr beging, in Substitution, während es bei den Nichtsuizidenten 48% waren. Nach einem Jahr ist bei der

suizidalen Gruppe ein rückläufiger Trend zu sehen, bei den Nichtsuizidenten hingegen steigt der Anteil derer, die an einer Substitutionstherapie teilnehmen. Es könnte vermutet werden, daß die Opiatabhängigen aufgrund ihrer problematischen Situation, die sich im psychischen und sozialen Bereich deutlich abzeichnet, nicht in der Lage waren, weiter an der Substitutionstherapie teilzunehmen.

Der vermehrte Drogenkonsum könnte als ein Versuch interpretiert werden, den akuten Belastungssituationen, die auch einen Suizidversuch zur Folge haben können, entgegenzuwirken. Hier sind zum einen die psychischen Probleme (depressive Verstimmungen, Depressionen, Angststörungen) zu nennen. Zum anderen stehen für einen Teil der Opiatabhängigen die Häufung von Life-events oder Konflikte im familiären und sozialen Umfeld im starken Zusammenhang mit dem Suizidversuch und könnten somit ebenfalls Auslöser für den erhöhten Konsum sein. Andererseits könnten aber auch negative psychosoziale Veränderungen und letztendlich der Suizidversuch als Folge eines vermehrten Konsums interpretiert werden. Der erhöhte Konsum könnte eine psychische Problematik verstärken und somit wiederum einen Weg in den Suizidversuch bahnen, dieses insbesondere, wenn der Mehrkonsum als "Rückfall" erlebt wird.

Zusammenfassend läßt sich konstatieren, daß der aktuelle Suizidversuch im deutlichen Zusammenhang mit einer höheren Anzahl von Drogenarten und einem Mehrkonsum an Drogenmengen steht. Ähnliche Ergebnisse sind auch in der Literatur zu finden (Murphy et al. 1983; Hasin et al.1988), wobei ein Vergleich der Drogenarten schwierig ist, da jeweils unterschiedliche Drogen abgefragt werden.

7.2.5.2 Überdosen

Der auch in anderen Studien ermittelte hohe Anteil von Opiatabhängigen, die Erfahrungen mit Überdosen aufweisen, kann in dieser Untersuchung bestätigt werden. Mit 58,5% der Opiatabhängigen, die Erfahrungen mit Überdosen haben, liegt das Ergebnis zwischen denen von Darke et al. (1996), die den extrem hohen Prozentsatz von 86% angeben, und Krausz et al. (1996) mit 52%.

Bei einer Differenzierung der Ausgangsstichprobe in Untergruppen zeigen sich signifikante Unterschiede. 90% der im kommenden Jahr erstmals Suizidalen haben Erfahrungen mit zufälligen Überdosen, von den kommenden Wiederholungs-

suizidenten sind es 64,3%, die restlichen Gruppen liegen etwa bei 57%. Hier zeigt sich ein Zusammenhang von zufälligen Überdosen mit den kommenden Suizidversuchen bei den Neusuizidalen. Es erhebt sich die Frage, ob die Neusuizidalen aufgrund ihrer akut schlechten psychosozialen Situation erst kürzlich riskanter mit den Drogendosierungen umgegangen sind, und sich daher aufgrund der Nähe zum Befragungszeitpunkt besser an die Überdosierungen erinnern. Zudem wäre dieses ein Hinweis darauf, daß Überdosierungen ein mehr oder weniger bewußtes Risikoverhalten darstellen. Für den Katamnesezeitraum ändert sich das Bild: 30% der Akutsuizidalen berichten von zufälligen Überdosen in dem Jahr ihres Suizidversuchs, während es bei den anderen Gruppen nur zwischen 5-10% sind. Aufgrund der relevanten Ergebnisse scheint es nicht ausreichend, Überdosen als reine Dosierungsfehler zu betrachten. Vielmehr scheint es sich um ein mehr oder weniger unbewußtes Hochrisikoverhalten zu handeln.

Suizidale Opiatabhängige berichten nicht nur signifikant häufiger von Überdosen, auch liegt deren Anzahl der Überdosen höher als bei den Nichtsuizidalen. Während es zur Ausgangserhebung noch keine großen Unterschiede zwischen den Gruppen gab, unterscheidet sich die Anzahl während des Katamnesezeitraumes signifikant. Untersuchungen von Murphy et al. (1983) haben sogar einen hochsignifikanten Zusammenhang zwischen der Anzahl von Überdosen und Suizidversuch ermittelt, allerdings für Lifetime-Prävalenzen. Sie vertreten daher die These, daß zufällige Überdosen eine Variante suizidaler Aktivität sind.

Nicht alle zufälligen Überdosen können in Zusammenhang mit Suizidversuchen gebracht werden, da zur Ausgangsbefragung dieser Studie immerhin 56,1% der Opiatabhängigen ohne Suizidversuch ebenfalls von Überdosen berichten. Kosten und Rounsaville (1988) ermittelten ähnliche Ergebnisse und vertreten daher die Meinung, daß sich Überdosen nicht als Prädiktoren für einen Suizidversuch eignen.

Aufgrund der Ergebnisse dieser Studie scheinen langfristig Überdosen in keinem Zusammenhang zum Suizidversuch zu stehen. Kurzfristig hingegen stehen zufällige Überdosen signifikant im Zusammenhang mit aktuellen Suizidversuchen. Dieses Hochrisikoverhalten, welches sich u.a. in der zunehmenden Anzahl von Überdosen zeigt, könnte als ein Indikator einer sich zuspitzenden Lebenssituation gewertet werden.

7.2.6 Psychosoziale Schwierigkeiten aus Sicht der Interviewer (ASI-Scores)

Akutsuizidale haben vor ihrem Suizidversuch einen signifikant höheren Bedarf an Beratung bei psychischen/psychiatrischen, familiären/sozialen Problemen und hinsichtlich ihrer Drogenproblematik als Alt- und Nichtsuizidale. Im Verlauf, d.h. im Jahr ihres Suizidversuchs, kommt zusätzlich ein signifikant erhöhter Bedarf an medizinischer, beruflicher und psychologischer Beratung hinzu.

Neusuizidale nehmen sowohl zur Ausgangserhebung als auch zur 1. Katamnese eine Mittelstellung zwischen Wiederholungssuizidenten und Nichtsuizidalen ein. Sie unterscheiden sich schon vor ihrem Suizidversuch von Nichtsuizidalen durch ihre problematischere Situation, die durch die verschiedenen ASI-Kategorien widergespiegelt wird. Die schwierige Situation bzw. der erhöhte Behandlungsbedarf vor dem Suizidversuch könnte als Ankündigung eines kommenden Suizidversuchs interpretiert werden. Die Verschlechterung des Zustandes während des Katamnesezeitraumes zeigt die sich zuspitzende Situation an, die in einem Suizidversuch mündet. Wiederholungssuizidenten sind von andauernden psychosozialen Schwierigkeiten betroffen. Solange es zu keiner Verbesserung der Lebenssituation kommt, scheint auch die Suizidgefahr nicht gebannt. Die Studien von Kosten und Rounsaville (1988) und Murphy et al. (1983) unterstützen die hier gefundenen Ergebnisse.

7.3 Methode

Die Stichprobe der vorliegenden Arbeit setzt sich fast nur aus Opiatabhängigen zusammen, die sich im Kontakt mit dem Drogenhilfesystem in Hamburg befinden. Es ist daher offensichtlich, daß es sich um eine nicht repräsentative Stichprobe handelt, da nur Opiatabhängige erfaßt werden, die Hilfsangebote in Anspruch nehmen. Opiatabhängige, die sich nicht an Hilfeeinrichtungen wenden, weisen vielleicht andere Charakteristika auf. So könnte es zum einen sein, daß bei letzteren der Anteil an psychiatrischen Erkrankungen und psychosozialen Problemen niedrigerer ist. Ihr subjektiver Bedarf an therapeutischer oder betreuender Behandlung ist zu gering, als daß sie sich an Hilfeeinrichtungen wenden müßten. Zum anderen wäre es möglich, daß für einen Teil der Opiatabhängigen

die Schwelle des Hilfesystems zu hoch ist und dieses damit nicht in Anspruch genommen wird. Diesen Opiatabhängigen ginge es möglicherweise bedeutend schlechter als der Stichprobe.

Im Hinblick auf die Verlaufsuntersuchung wurde die Kontaktform über das Drogenhilfesystem gewählt, da die Teilnehmer durch ihre oftmals unstete Lebensweise schwer wiederauffindbar sind. Durch die Hilfeeinrichtung ist eine regelmäßige Anlaufadresse für die Teilnehmer gegeben und die Wahrscheinlichkeit höher, die Opiatabhängigen zu einer kontinuierlichen Teilnahme zu bewegen.

Die Datenerhebung erfolgte mittels standardisierter Fragebögen. Das ist als sinnvoll zu betrachten, da die Hauptstudie, in dessen Rahmen diese Arbeit entstand, eine über fünf Jahre dauernde Langzeitstudie ist. Durch dieses Studiendesign gab es eine große Anzahl wechselnder Interviewer. Durch Schulung der Interviewer und aufgrund der Standardisierung der Fragebögen ist eine größere Vergleichbarkeit der Daten gegeben. Zudem ermöglichen diese international gebräuchlichen Instrumente eine Vergleichbarkeit mit den Resultaten anderer Studien.

Neben des prospektiven Befragungsdesigns wurden auch retrospektive Daten erhoben. Hierbei erhebt sich die Frage nach der Erinnerungsfähigkeit der Teilnehmer, wenn z.B. nach Dauer und Menge des Drogenkonsums gefragt wird. Auch die zeitlich genaue Zuordnung nach Ereignissen des letzten halben Jahres könnte nicht unbedingt zuverlässig erfolgt sein. Da aber bei allen Befragten diese Erinnerungsschwierigkeiten auftreten können, wird diese Fehlerquelle außer acht gelassen.

Die Gefahr sozial erwünschter Antworten bei der Vielzahl sensibler Fragen des ASI-Interviews, wie z.B. zu nicht legalem Verhalten, wurde durch Zusicherung der Anonymität verringert. Zudem wurde ein Ziel der Studie, bedarfsorientierte Hilfeangebote für Opiatabhängige zu schaffen, betont, so daß dieser Aspekt ebenfalls eine wahrheitsgetreue Beantwortung der Fragen förderte. Im Hinblick auf die psychischen Belastungen ist eine wahrheitsgemäße Beantwortung stark von dem Einfühlungsvermögen der Interviewer abhängig.

Bei der Entwicklung des Studiendesigns wurde wegen der kleinen Gruppe der Suizidversucher während des Katamnesejahres auf eine geschlechtsspezifische Auswertung der Stichprobe verzichtet. Bei der Gesamtstichprobe bestätigt sich die

für die Allgemeinbevölkerung und auch für die Opiatabhängigen ermittelte erhöhte Suizidversuchsrate bei Frauen. Zur 2. Befragung berichten über die Hälfte der Frauen (52,4%), aber nur 38,9% der Männer von einem oder mehreren Suizidversuchen in ihrem Leben. Eine Unterscheidung in Neu- und Wiederholungsuizidenten wurde trotz der kleinen Stichprobengröße vorgenommen, um den Einfluß eines Suizidversuchs in der Anamnese auf den erneuten Suizidversuch besser erkennen zu können. So gaben von den 24 Suizidversuchern des Katamnesezeitraumes 58% an, bereits einmal einen Suizidversuch in der Vergangenheit begangen zu haben. Dieser Wert ist in der Größenordnung mit anderen Studien vergleichbar (Kosten & Rounsaville 1988; Hawellek 1995; Ruppe et al.1995).

8 ZUSAMMENFASSUNG

Im Rahmen der fünfjährigen Studie “Komorbidität von Opiatabhängigkeit und anderen psychiatrischen Störungen – Prävalenz, Langzeitverlauf und Behandlung” wurden 272 Opiatabhängige auf Faktoren, die mit suizidalem Verhalten in einem engen zeitlichen Zusammenhang stehen, untersucht. Bei den Opiatabhängigen, die zwischen beiden Befragungszeitpunkten einen Suizidversuch unternommen hatten (Kat-SV; n=24), wurde zwischen erstmals suizidalen (Neu-SV; n=10) und erneut suizidalen Opiatabhängigen (Wdh-SV; n=14) differenziert. Dies ermöglichte, Gründe zu finden, die einen Opiatabhängigen zum ersten Mal einen Suizidversuch begehen lassen. Diese beiden Untersuchungsgruppen wurden verglichen mit Opiatabhängigen mit Suizidversuchen in der Anamnese (Alt-SV; n=93) und mit Opiatabhängigen ohne Suizidversuch (Nicht-SV; n=155). Die Zusammenhänge wurden entweder mittels Chi-Quadrat Kontingenzanalysen oder einfaktorieller Anova geprüft.

In dieser Untersuchung bestätigt sich der aus zahlreichen wissenschaftlichen Studien bekannte Zusammenhang zwischen Opiatabhängigkeit und erhöhtem Risiko, suizidales Verhalten zu zeigen. Das Bestreben der vorliegenden Studie war daher, Gründe für den aktuellen Suizidversuch zu finden.

Eine leitende Fragestellung war, den Zusammenhang von zusätzlichen psychiatrischen Erkrankungen zum aktuellen Suizidversuch zu ermitteln. Suizidalität im Zusammenhang mit Komorbidität ist nicht zuletzt dadurch begründet, daß Suizidalität ein Symptom psychischer Erkrankungen ist. So weisen auch in dieser Studie 2/3 der Opiatabhängigen mit einem Suizidversuch in der Anamnese eine psychiatrische Diagnose auf, überwiegend Angst- und affektive Störungen, während von den nichtsuizidalen Opiatabhängigen lediglich 1/3 eine psychiatrische Diagnose erkennen lassen. Es zeigt sich, daß das Ausmaß von Komorbidität im Hinblick auf akutsuizidales Verhalten differenziert zu betrachten ist. Wenn bereits ein Suizidversuch in der Anamnese vorliegt, stehen psychiatrische Erkrankungen, insbesondere die Angst- und affektiven Störungen (nach ICD-10), in einem signifikanten Zusammenhang zu einem aktuellen Suizidversuch. Dieser erneute Suizidversuch weist auf das überdauernde Muster einer schwierigen psychischen Situation für diese Gruppe von Opiatabhängigen hin. Bei erstmals

Suizidalen ist die Hypothese über den Zusammenhang von psychiatrischen Erkrankungen und akuter Suizidalität nicht bestätigt worden. Weder bei der 2-Wochen-, 6-Monats- noch Lifetime-Prävalenz ist ein Zusammenhang zum aktuellen Suizidversuch zu erkennen. Fraglich ist daher, ob zu diesem Zeitpunkt vom ersten Suizidversuch als Symptom einer psychiatrischen Erkrankung gesprochen werden kann. Vielmehr bestätigen die Ergebnisse dieser Studie die Bedeutung aktueller psychosozialer Faktoren als Ursache für den ersten Suizidversuch. Allerdings weisen die Ergebnisse des BDI, als Maß für die aktuelle Depressivität, und die Befragung im ASI-Interview, als Maß der subjektiv empfundenen psychischen Belastung, auf die Entwicklung einer schwierigen psychischen Situation für die Neusuizidalen hin. Die BDI-Mittelwerte zeigen zu beiden Zeitpunkten eine signifikant schwerere depressive Symptomatik für die Neu- bzw. Wiederholungssuizidenten als für die Vergleichsgruppen auf. Die im untersuchten Jahr abnehmende depressive Symptomatik bei allen Gruppen außer bei den Wiederholungssuizidenten verdeutlicht zunächst nur das kontinuierlich schlechte Befindlichkeitsmuster der Wiederholungssuizidenten. Die offenere ASI-Befragung zeigt, daß zum ersten Untersuchungszeitpunkt die Neu- und Wiederholungssuizidenten häufiger schwere Depressions-, Angst- und Spannungszustände durchleben als die übrigen Opiatabhängigen. Insbesondere die Neusuizidalen leiden unter ihrer sich zum 2. Befragungszeitpunkt subjektiv verschlechternden psychischen Verfassung und unter mangelnder Impulskontrolle.

Ein weiteres Anliegen dieser Studie war, aktuelle psychosoziale Faktoren herauszuarbeiten, die im Zusammenhang mit einem akuten Suizidversuch stehen. Aus dem ASI-Interview ergibt sich, daß im Jahr des Suizidversuchs die Akutsuizidalen erhebliche Probleme mit den Eltern und - aus dem weiteren sozialen Umfeld - größere Schwierigkeiten mit den Nachbarn haben als die Alt- bzw. Nichtsuizidalen. Da es zur Ersterhebung keine Unterschiede zwischen den Gruppen hinsichtlich Schwierigkeiten mit dem Umfeld gab, diese sich zum zweiten Befragungszeitpunkt für die Akutsuizidalen deutlich entwickelten, scheint ein enger zeitlicher Zusammenhang zwischen dem akuten Suizidversuch und einer mangelnden Konfliktverarbeitung im familiären und sozialen Bereich zu bestehen. Akutsuizidale Opiatabhängige sind zudem signifikant unzufriedener mit ihrer Beziehungssituation und scheinen zur Zeit ihres Suizidversuchs unfähig, eine für

sich stabile und befriedigende Partnerschaftssituation herzustellen. Der derzeitige Familienstand bzw. die Beziehungsstruktur und die aktuelle Wohnsituation sind ohne Bedeutung für den aktuellen Suizidversuch. Einen bedeutenden Zusammenhang zum aktuellen Suizidversuch wiederum scheint der sprunghafte Anstieg der Anzahl der Ereignisse (Life-events) zwischen der ersten und der zweiten Befragung für die erstmals suizidalen Opiatabhängigen zu haben. Mit ihrer stark erhöhten Anzahl belastender Ereignisse zum 2. Befragungszeitpunkt unterscheiden sie sich signifikant von den anderen Opiatabhängigen. Wiederholungs-, Alt-, und Nichtsuizidenten blieben mit ihrer Anzahl im Verlauf konstant. Auch in Bezug auf die justitielle Belastung zeigt sich ein signifikanter Zusammenhang von Anzahl der Anklagen und Haftzeit, nicht aber zu Verurteilungen, zum Suizidversuch. Es konnte zudem ein signifikanter Zusammenhang zwischen einem vermehrten Drogenkonsum, insbesondere bei Alkohol, Heroin, Kokain, Halluzinogenen und Schnüffelfstoffen und akutem Suizidversuch herausgearbeitet werden. Für den untersuchten Zeitraum ist für die akutsuizidale Gruppe auch eine vermehrte Anzahl von zufälligen Überdosen zu verzeichnen. Ein längerfristiger Einfluß von Art und Menge der Drogeneinnahme auf den aktuellen Suizidversuch konnte in dieser Studie nicht nachgewiesen werden. Gleiches gilt auch für die zufälligen Überdosen, die sich vor der Erstbefragung zutrugen.

Das Fremdrating des ASIs (ASI-Scores) unterstützt hier gefundenen Ergebnisse. Bereits zum ersten Befragungszeitpunkt werden von den Interviewern die psychischen Probleme als schwerwiegend eingeschätzt. Im Gegensatz zu den Ergebnissen der ASI Befragung, empfinden die Interviewer bereits zu diesem Zeitpunkt die familiären Schwierigkeiten sowie den Drogenkonsum bei den Akutsuizidalen als signifikant behandlungsbedürftiger als bei den Alt- und Nichtsuizidalen. Zur 2. Befragung wird zusätzlich für die akutsuizidale Gruppe ein signifikant erhöhter Bedarf an medizinischer, beruflicher und rechtlicher Beratung befürwortet. Für Wiederholungssuizidenten wird zu beiden Befragungszeitpunkten deren psychosoziale Situation als die schwierigste eingeschätzt. Es zeigt sich für diese Gruppe wiederum das überdauernde Muster einer problematischen Situation, das letztendlich in einem erneuten Suizidversuch endet. Für die Neusuizidalen kommt es im Verlauf zu einer deutlichen Verschlechterung ihrer psychosozialen Situation.

Die sich im fast allen Lebensbereichen zuspitzende Situation scheint in einem Suizidversuch zu eskalieren.

Insgesamt zeigt sich auch in dieser Studie, wie gefährdet Opiatabhängige sind, einen Suizidversuch zu begehen. Einem sich anbahnenden Suizidversuch kann jedoch durch eine frühzeitige Intervention vorgebeugt werden, wenn psychosoziale Belastungen, die in einem engen Zusammenhang dazu stehen, berücksichtigt werden. Der erste Suizidversuch scheint vor allem eine Reaktion auf eine sich akut zuspitzende schwierige Lebenssituation zu sein. Hier sind vor allem therapeutische Maßnahmen für zwischenmenschliche Konflikte sowie Unterstützung im Umgang mit schwierigen, häufig wechselnden Lebenssituationen gefragt. Die Rolle der psychosozialen Unterstützung hat gerade hier weitreichenden Einfluß, da ein großer Prozentsatz der Suizidalen erneut suizidal wird. Wird die Entwicklung der Suizidalität im Verlauf betrachtet, so zeigt sich für Opiatabhängige mit einem Suizidversuch in der Anamnese die Notwendigkeit einer längerfristigen intensiven psycho- und soziotherapeutischen Unterstützung. Diese ist vor dem Hintergrund eines sich verfestigenden überdauerndem psychischen Störungsmusters zu sehen.

9 LITERATURVERZEICHNIS

Adler, A. (1937) Selbstmord. Internationale Zeitschrift für Individualpsychologie. 15:49-52.

Bachthaler, S., Wolfersdorf, M., Herlen-Pelzer, S. (1998) Alkoholkrankheit, Depression und Suizidalität. Suizidprophylaxe 1:17-20.

Beautrais, A.L., Joyce, P.R., Mulder, R.T. (1998) Psychiatric illness in a New Zealand sample of young people making serious suicide attempts. New Zealand Medical Journal 111:44-48.

Beck, A.T., Kovacs M., Weissman A. (1975) Hopelessness and Suicidal Behavior. An Overview. JAMA 234:1146-1149.

Berman, A.L., Schwartz R.H. (1990) Suicide Attempts Among Adolescent Drug Users. AJDC 144:310-314.

Bronisch, T., Wittchen H.-U. (1994) Suicidal Ideation and Suicide Attempts: Comorbidity with Depression, Anxiety Disorders, and Substance Abuse Disorder. Eur-Arch-Psychiatry-Clin-Neurosci 244:93-98.

Bukstein, O.G. et al. (1993) Risk factors for completed suicide among adolescents with a lifetime history of substance abuse: a case-control study. Acta Psychiatrica Scandinavica 88:403-408.

Coleman, S.B., Kaplan, J.D., Downing, R.W. (1986) Life Cycle and Loss – The Spiritual Vacuum of Heroin Addiction. Family Process, Inc 25:5-23.

Dackis, C.A., Gold M.S. (1983) Opiate Addiction and Depression - Cause or Effect? Drug and Alcohol Dependence 11:105-109.

Darke, S., Ross, J. & Hall, W. (1996) Overdose among heroin users in Sydney, Australia: I. Prevalence and correlates of non-fatal overdose. Addiction 91(3):405-411.

Davison, G.C., Neale, J.M. (1988) Klinische Psychologie – Ein Lehrbuch. München - Weinheim: Psychologie Verlags Union.

Degkwitz, P., Trüg, E., Gottwalz, E., Krausz, M. (1995) Drogenabhängigkeit - eine Übersicht zu aktuellen Modellvorstellungen. In: K. Behrendt, P. Degwitz, E. Trüg (Hrsg.) Schnittstelle Drogenentzug. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.

Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M.H. (1991) Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien. Weltgesundheitsorganisation. Bern; Göttingen; Toronto: Verlag Hans Huber.

Dinwiddie, S.H., Reich, T., Cloninger, C.R. (1992) Psychiatric Comorbidity and Suicidality among Intravenous Drug Users. J-Clin-Psychiatry 53:364-369.

Dorsch, F., Häcker, H., Stapf, K.-H. (1987) Dorsch Psychologisches Wörterbuch. 11. ergänzte Auflage. Bern: Verlag Hans Huber.

Duberstein, P.R., Conwell, Y. and Caine, E.D. (1993) Interpersonal Stressors, Substance Abuse, and Suicide. The Journal of Nervous and Mental Disease 181(2):80-85.

Durkheim, E. (1897) Le Suicide. Paris: Alcano. Deutsche Übersetzung 1969. Der Selbstmord. Neuwied: Luchterhand.

Feuerlein, W. (1982) Sucht und Suizid. In: Reimer, C. (Hrsg) Suizid. Ergebnisse und Therapie. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag.

Filipp, S.H. (1981) Kritische Lebensereignisse. München; Wien; Baltimore: Urban und Schwarzenberg.

Freeman, A. (1995) Selbstmordgefahr? Erkennen und Behandeln: kognitive Therapie bei suizidalem Verhalten. Bern: Verlag Hans Huber.

Galanter, M., Castaneda, R. (1985) Self-Destructive Behavior in the Substance Abuser. Psychiatr Clin North Am 8(2):251-261.

Goldston, David B. et al. (1996) First-Time Suicide Attempters, Repeat Attempters, and Previous Attempters on an Adolescent Inpatient Psychiatric Unit J Am Child Adolesc Psychiatry 35(5):631-639.

Gross, J., (1982) Der protrahierte Suizid. In: Reimer, C. (Hrsg.) Suizid. Ergebnisse und Therapie. Berlin; Heidelberg: Springer-Verlag.

Häfner, H. (1991) Epidemiologie von Suizid und Suizidversuch. In: Häfner, H. Psychiatrie: Ein Lesebuch für Fortgeschrittene. Stuttgart; Jena: Gustav Fischer.

Hasin, D., Grant, B., Endicott., J. (1988) Treated and Untreated Suicide Attempts in Substance Abuse Patients. The Journal of Nervous and Mental Disease 176(5):289-294.

Hautzinger, M., Bailer, M., Worall, H., Keller, F., (1994) Beck-Depressions-Inventar (BDI), Testhandbuch. Bern: Hans Huber.

Havighurst, R.J. (1972) Development tasks and education. New York.

Hawellek, B. et al. (1995) Parasuizidale Handlungen bei affektiven und schizophrenen Psychosen. Ergebnisse der WHO-Multicenter-Parasuizid-Studie im Bonner Zentrum. In: Wolfersdorf, M., Felber, W. (Hrsg.) Psychose und Suizidalität. Regensburg: Roderer.

Henseler, H. (1974) Narzißtische Krisen. Zur Psychodynamik des Selbstmords. Reinbek: Rowohlt-Verlag.

Johnsson Fridell, E., Öjehagen, A., Träskman-Bendz, L. (1996) A 5-year follow-up study of suicide attempts. Acta Psychiatrica Scandinavica 93:151-157.

Khanthzian, E.J. (1985) The Self-Medication Hypotheses of Addictive Disorders: Focus on Heroin and Cocaine Dependence. The American Journal of Psychiatry 142:1259-1264.

Kindermann, W., Sickinger, R., Hedrich, D., Kindermann, S. (1989) Drogenabhängig. Freiburg im Breisgau: Verlag Lambertus.

- Kindermann, W., Sickinger, S., Hedrich, D., Kindermann, S. (1992) Drogenabhängig. Lebenswelten zwischen Szene, Justiz, Therapie und Drogenfreiheit. Freiburg im Breisgau: Verlag Lambertus.
- Kokkevi, A., Hartgers, C. (1995) EuropASI: European Adaptation of a Multidimensional Assessment Instrument for Drug and Alcohol Dependence. *Eur Addict Res* 1:208-210.
- Kosten, T.R., Rounsaville, B.J. (1988) Suicidality among Opioid Addicts: 2,5 Year Follow-up. *Am. J. Drug Alcohol Abuse* 14(3):357-369.
- Krausz, M. (1995) Sucht in der psychiatrischen Praxis – Neue Tendenzen in der Suchttherapie. *Psychiat. Prax.* 22:177-178.
- Krausz, M., Degkwitz, P., Haasen, Ch., Verthein, U. (1996) Opioid Addiction and Suicidality. *Crisis* 17(4):175-181.
- Krausz, M., Verthein, U., Degkwitz, P. (1998a) Prävalenz psychischer Störungen bei Opiatabhängigen mit Kontakt zum Drogenhilfesystem. *Nervenarzt* 69:557-567.
- Krausz, M., Verthein, U., Degkwitz, P. (1998b) Maintenance treatment of opiate addicts in Germany with medications containing codeine - results of a follow-up study. *Addiction* 93(8):1161-1167.
- Krausz, M. (1999) Psychiatrische/psychotherapeutische Dimension. In: Gölz, J. (Hrsg.) *Der drogenabhängige Patient*. München: Urban und Fischer.
- Ladewig, D., Simoni, H. (1996) Basler Befragung von Opiatabhängigen zur Medikamentengruppe der Benzodiazepine Sucht 42(3) 167-175.
- Lester, D. (1992) The Relationship between Family Integration and Suicide and Homicide in Finland and the USA. In: *Psychiatria Fennica*. 23rd Annual Volume. Psychiatric Research in Finland.
- Linden, K.J. (1969) *Der Suizidversuch. Versuch einer Situationsanalyse*. Stuttgart: Enke Verlag.

McLellan A.T., Luborsky L., O'Brien C.P. & Woody G.E. (1980) An improved evaluation instrument for substance abuse patients: The Addiction Severity Index. *Journal of Nervous and Mental Disease* 168:26-33.

McLellan A.T., Luborsky L., Cacciola J., Griffith J., Evans F., Barr H.L. & O'Brien C.P. (1985) New data from the Addiction Severity Index. Reliability and validity in three centers. *Journal of Nervous and Mental Disease* 173:412-423.

Menninger, K. (1938) *Man against himself*. New York:Harcourt, Brace & C.

Miles, C.P. (1977) Conditions Predisposing to Suicide: A Review. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 164 (4):231-240.

Möllhoff, G. (1982) Suizid und Recht. *Psychiatrische Praxis* 9:1-11.

Murphy, S.L., Rounsaville, B.J., Eyre, S., Kleber, H.D. (1983) Suicide Attempts in Treated Opiat Addicts. *Comprehensive Psychiatry* 24 (1):79-89.

Oerter, R., Montada, L. u.a. (1978) *Entwicklungspsychologie. Ein Lehrbuch*. München: Weinheim.

Paykel, E.S., Prusoff, B.A., Myers, J.K. (1975) Suicide Attempts and Recent Life Events. *Arch Gen Psychiatry* 32:327-334.

Pöldinger, W. (1983) Suizidalität depressiver Patienten richtig einschätzen. *Psycho* 9:670-680.

Pöldinger, W. (1985) Beurteilung des Suizidrisikos. *Psychiatrie für die Praxis* 36:883-837.

Pschyrembel – *Klinisches Wörterbuch* (1990) Berlin - New York: Walter de Gruyter.

Rahe, R.H. (1972) Subjects' Recent Life Changes and their Near-Future Illness Susceptibility. *Adv. psychosom. Med.* 8:2-19.

- Raschke, P. (1994) Substitutionstherapie. Ergebnisse langfristiger Behandlung von Opiatabhängigen. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Regier et al. (1990) Comorbidity of Mental Disorders With Alcohol and Other Drug Abuse. Results From the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. JAMA 264(19):2511-2518.
- Rich, C.L., Fowler, R.C., Fogarty, L.A., Young, D. (1988) San Diego Suicide Study. III. Relationship Between Diagnoses and Stressors. Arch Gen Psychiatry 45:589-592.
- Ringel, E. (1961) Neuere Untersuchungen zum Selbstmordproblem. Wien: Hollinek.
- Rounsaville, B.J., Weissman, M.M., Crits-Christoph, K., Wilber, C., Kleber, H. (1982) Diagnosis and Symptoms of Depression in Opiat Addicts. Course and Relationship to Treatment Outcome. Arch Gen Psychiatry 39:151-156.
- Schmidtke, A. (1988) Verhaltenstheoretisches Erklärungsmodell suizidalen Verhaltens. Regensburg: Roderer.
- Scobel, W.A. (1982) Depression und Suizid. In: Reimer, Ch. (Hrsg.) Suizid. Ergebnisse und Therapie. Berlin; Heidelberg: Springer-Verlag.
- Uchtenhagen, A., Zimmer-Höfler, D. (1985) Heroinabhängige und ihre "normalen" Altersgenossen. Bern: Verlag Paul Haupt.
- Verthein, U. (1994) Die psychische Situation. In: Raschke, P. Substitutionstherapie. Ergebnisse langfristiger Behandlung von Opiatabhängigen. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.
- Verthein, U., Degkwitz, P., Kühne, A., Krausz, M. (1998) Komorbidität von Opiatabhängigkeit und psychischen Störungen – Ergebnisse einer Verlaufsuntersuchung. Sucht 44(4):232-246.
- Ward, N.G., Schuckit, M.A. (1980) Factors Associated with Suicidal Behavior in Polydrug Abusers. J Clin Psychiatry 41(11):379-384.

Wedler, H., Reimer Ch., Wolfersdorf, M. (1995) Suizidalität. In: Faust, V. (Hrsg.) Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Klinik, Praxis und Beratung. Stuttgart: Gustav Fischer Verlag.

Weissman, M. et al. (1976) Clinical Depression Among Narcotic Addicts Maintained on Methadone in the Community. Am J Psychiatry 133(12):1434-1438.

Welz, R. (1983) Drogen, Alkohol und Suizid. Strukturelle und individuelle Aspekte abweichenden Verhaltens. Stuttgart: Enke.

Welz, R., Schmidtke, A., Häfner, H. (1988) Lebensverändernde Ereignisse, wahrgenommener Streß und Suizidversuchsrisiko. Suizidprophylaxe 15:155-175.

Welz, R. (1996) Persönlichkeit und Sozialstruktur – Gegensätze oder sich verstärkende Effekte bei der Erklärung suizidalen Verhaltens. In: Bronisch, T., Wolfersdorf, M. (Hrsg.) Persönlichkeit – Persönlichkeitsstörungen und suizidales Verhalten. Regensburg: Roderer.

Wittchen, H.-U. (1994) Reliability and Validity Studies of the WHO-Composite International Diagnostic Interview (CIDI): A Critical Review. J. psychiat.Res. 28(1)57-84.

Wittchen, H.-U., Semler, G. (1990) Composite International Diagnostic Interview. CIDI. Interviewerheft. World Health Organization. Weinheim: Beltz Test GmbH, Psychologie Verlags Union.

10 ANHANG

DANKSAGUNG

Mein Dank gilt den befragten Opiatabhängigen und den Mitarbeitern der Drogenambulanz Wandsbek für die Interviews und Unterstützung.

Dr. Uwe Verthein danke ich für die fachliche Betreuung beim Erstellen dieser Arbeit.

Schließlich möchte ich mich bei Arne, Mariam, Thiessen und ganz besonders bei meiner Mutter für die anregenden Gespräche, Hinweise und Korrekturlesen herzlich bedanken.

LEBENS LAUF

Name und Anschrift:	Andrea Thost Glashüttenstr. 101 20357 Hamburg
Geburtsdatum/-ort:	14. Februar 1968 in Madrid, Spanien
Schulbildung:	1974-84 Grundschule und Emil v. Behring Gymnasium, Großhansdorf 1984-85 Highschool Woonsocket, Rhode Island, USA. 1985-88 Wirtschaftsgymnasium Am Lämmermarkt, Hamburg
Fachliche Ausbildung:	1988-91 Hotel Managemente School Les Roches, Schweiz
Berufliche Erfahrung:	1991-92 Rezeptionistin, Hotel Abela, Nizza, Frankreich
Akademische Ausbildung:	1993-2000 Medizinstudium an der Universität Hamburg Famulaturen: Unfallchirurgie, Innere Medizin, Neurologie und Gynäkologie Wahlfach des Praktisches Jahres: Anästhesie
Zusatzausbildung:	1999 A-Diplom für Akupunktur und Aurikulomedizin der Deutschen Akademie für Akupunktur und Aurikulomedizin e.V

Hamburg, 2000

ERKLÄRUNG

Ich versichere ausdrücklich, daß ich die Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfaßt, andere als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und die aus den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen einzeln nach Ausgabe (Auflage und Jahr des Erscheinens), Band und Seite des benutzten Werkes kenntlich gemacht habe, und daß ich die Dissertation bisher nicht einem Fachvertreter an einer anderen Hochschule zur Überprüfung vorgelegt oder mich anderweitig um Zulassung zur Promotion beworben habe.