

# SUCHT



## Affektive Störungen

## Wir danken unseren Spender\*innen

Mag.<sup>a</sup> Claudia Amsz, Siegersdorf  
Elfriede Aschbeck, Wien  
Dkfm. Günter Baumgartner, Wien  
Anton Braunstein  
Beate Cerny, Wien  
Dr.<sup>in</sup> Helga Danhorn, Wien  
René Ferrari, Leonding  
Robert Kopera, Reisenberg  
Ingeborg Kühtreiber, Amstetten  
Helmut und Gertrude Kulhanek, Kierling  
Dr. Günther Mittendorfer, Linz  
Gesine Muschl, Maria Enzersdorf  
Dr. Gerold Obergruber, Graz  
DI Peter Podsedensek, Wien  
Tonny Pot  
Dr. Ferdinand Schönbauer, Tulln  
Johann/Robert Siller, Kuchl  
Sandra Steiner, Wien  
Dr. Alfons William, Wien

und viele anonyme Spender\*innen



Partner des *Grünen Kreises*  
Die Niederösterreichische Versicherung  
unterstützt die Arbeit des *Grünen Kreises*.

»Menschen, die wieder ein selbst-  
bestimmtes Leben ohne Abhängigkeit  
führen wollen, brauchen vielfältige Unter-  
stützung, um ihre Krankheit zu besiegen.  
Als Partner des *Grünen Kreises* nehmen  
wir unsere soziale Verantwortung in der  
Gesellschaft wahr und leisten damit  
unseren Beitrag, den Betroffenen auf  
dem Weg aus der Sucht zu helfen.«

Niederösterreichische Versicherung AG

[www.noever.at](http://www.noever.at)

Herzlichen Dank im Namen aller  
Klient\*innen des Vereins Grüner Kreis!

## Unterstützen & Spenden

Helfen Sie uns helfen!

Mit Ihrer Unterstützung können wir gemeinsam  
dazu beitragen, suchtkranken Menschen einen  
Weg aus der Sucht zu ermöglichen. Ihre Spende  
wird zur Weiterentwicklung von Projekten &  
Programmen im *Grünen Kreis* verwendet.

Bitte verwenden Sie für Ihre Spende die  
HYPO NOE  
Landesbank für Niederösterreich und Wien AG  
IBAN AT81 5300 0038 5501 3222  
BIC HYPNATWW  
oder fordern Sie bei  
[spenden@gruenerkreis.at](mailto:spenden@gruenerkreis.at)  
einen Zahlschein an.

Weitere Informationen finden Sie auch auf

[www.gruenerkreis.at](http://www.gruenerkreis.at)

im Bereich »Spenden & Sponsoring«.

## Impressum

### Erklärung über die grundlegende Richtung gem. § 25 Mediengesetz vom 12.6.1981:

Das Aufgabengebiet des *Grüner Kreis*-Magazins  
bildet die Berichterstattung zur Prävention suchtkran-  
dizierter Probleme im Allgemeinen, die wissenschaft-  
liche Aufarbeitung der Abhängigkeitsthematik sowie  
Informationen über die Tätigkeit des Vereins *Grüner  
Kreis*.

Das *Grüner Kreis*-Magazin erscheint viermal jährlich  
in einer Auflage von je 30.000 Exemplaren

**Medieninhaber:** *Grüner Kreis*, Verein zur Rehabilita-  
tion und Integration suchtkranker Menschen

**Herausgeber:** Verein *Grüner Kreis*

**Geschäftsführer:** Dir. Alfred Rohrhofer

**Redaktion:** Dir. Alfred Rohrhofer, Peter Lamatsch [oewf]

**Eigenverlag:** *Grüner Kreis*, Verein zur Rehabilitation und  
Integration suchtkranker Menschen

**Alle:** 1110 Wien, Simmeringer Hauptstraße 101-103

**Tel.:** +43 (0)1 5269489 | **Fax:** +43 (0)1 5269489-40

[office@gruenerkreis.at](mailto:office@gruenerkreis.at) | [www.gruenerkreis.at](http://www.gruenerkreis.at)

**Layout:** Österreichisches Wirtschaftsforum

**Anzeigen:** Sirius Werbeagentur GmbH

**Druck:** Ferdinand Berger & Söhne Ges.m.b.H.

### Diese Ausgabe entstand unter Mitwirkung von:

Alfred Rohrhofer, Heinz Grunze, Ulrich Voderholzer,  
Jorgos Nikolas Lang et al, Tanja Hoff, Renate  
Clemens-Marinschek, Leonidas Lemonis, Michael  
Willis, Human-Friedrich Unterrainer, Hannes Felber  
Ulrich W. Preuss et al., sowie Mitarbeiter\*innen und  
Klient\*innen im Verein *Grüner Kreis*

### Bildquellennachweis:

Cover: iStock.com/Jorm Sangsorn

Seite 4: Sujetfotos klein (v. oben): alle istockphoto.com

1. Tatyana Maximova | 2. Thomas Faull | 3. sturti |

4. Zephyr18

**Gender-Hinweis:** Die Redaktion greift grundsätzlich nicht in die Texte der Gastautor\*innen ein. Sofern sich ein Autor oder eine Autorin für die Verwendung des generischen Maskulinums entscheidet, soll damit keine Bevorzugung des Männlichen und insbesondere keine Diskriminierung des Weiblichen zum Ausdruck kommen. Die gewählte Form dient allein der besseren Lesbarkeit des Textes resp. einer leichteren Verständlichkeit seines Inhalts.

Der *Grüne Kreis* dankt seinen Kooperationspartner\*innen

Mit finanzieller Unterstützung des



Arbeitsmarktservice  
Niederösterreich



**GESUNDHEITSFONDS**  
STEIERMARK



**Sucht- und Drogen**  
**Koordination Wien**





# editorial



Liebe Leserin, lieber Leser!

*Menschen mit bipolaren Störungen unterliegen einem deutlich höheren Risiko, an einer Suchtproblematik zu erkranken. Die Gründe hierfür sind vielschichtig und umfassen biologische, psychologische und soziale Faktoren. Die Komorbidität von affektiven Störungen und einer Suchtsymptomatik stellt eine sehr komplexe Herausforderung in der Behandlung von suchtkranken Menschen dar.*

*Was früher als »Gemütskrankheit« galt, unterliegt nach heutigem Wissen über psychische Störungen einer differenzierten Diagnosestellung und entsprechenden speziellen Behandlungen, welche die Prognose, eine solche Krankheit zu stabilisieren und im besten Falle zu kurieren, deutlich erhöhen. Aktuelle wissenschaftliche Studien legen nahe, dass Störungen im Belohnungssystem des Gehirns sowohl bei bipolaren Störungen als auch bei Sucht eine Rolle spielen. Zudem erhöhen traumatische Erfahrungen, die oft mit beiden Erkrankungen in Verbindung gebracht werden, das Risiko der Komorbidität.*

*In dieser Ausgabe haben wir wieder Expert\*innen gebeten, uns an ihrem reichen Wissens- und Erfahrungsschatz teilhaben zu lassen. Herzlichen Dank dafür. Wir beleuchten verschiedene Aspekte von affektiven Störungen, deren Auswirkungen auf Stimmung und Antrieb sowie dem breiten Spektrum der Suchterkrankung, nicht zuletzt der Wechselwirkungen. Darüber hinaus werden die Risikofaktoren und biologischen Mechanismen dieser Verbindung diskutiert. Der aktuelle Stand der therapeutischen und behandlerischen Zugänge dieser beiden komplexen psychischen Erkrankungen, vor allem im Umfeld der professionellen Suchtbehandlung, ist uns wichtig.*

Ich wünsche Ihnen eine interessante Lektüre.

Alfred Rohrhofer



## Helfen Sie uns helfen!

»Ich heiße Hannah und ich weiß wie es ist, mit Eltern aufzuwachsen, die zu Alkohol und Drogen greifen. Selten denken die Erwachsenen daran, wie sehr Kinder darunter leiden. Ein Glück, dass ich Hilfe vom Grünen Kreis« bekomme. Hier arbeiten Menschen, die sich auskennen und sich um mich kümmern.«

Sucht ist eine Krankheit, unter der alle Familienmitglieder leiden. Die Suchtgefährdung der Kinder, die in ihrer eigenen Familie schon mit diesem Problem konfrontiert sind, ist um ein Vielfaches erhöht. Rechtzeitige Hilfe verhindert langfristige Probleme. Unsere Präventionsarbeit verhindert, dass die Kinder von heute die Suchtkranken von morgen werden.

**Geben Sie Sucht keine Chance -  
unterstützen Sie unsere Ziele durch Ihre Spende!**

Verein Grüner Kreis | NÖ Landesbank-Hypothekenbank AG  
IBAN AT81 5300 0038 5501 3222 | BIC HYPNATWW





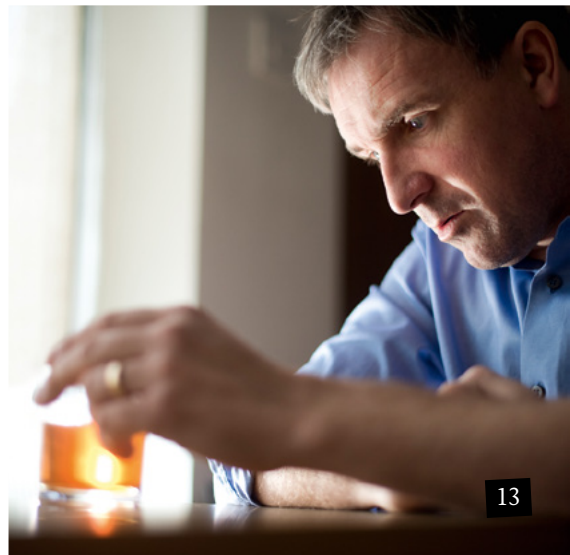
22



6



8



13



24

# Inhalt

- 3** Editorial  
Alfred Rohrhofer
- 6** Bipolare Störungen und Sucht  
Heinz Grunze
- 8** Machen Antidepressiva abhängig?  
Ulrich Vorderholzer
- 10** Affektive Erkrankungen, Sucht und Pandemie: eine epidemiologische Bestandsaufnahme  
Jorgos Nikolas Lang, Nina Dalkner, Frederike Fellendorf, Alfred Häussl, Melanie Lenger, Martina Platzer et al.
- 12** Sucht und affektive Störungen  
Tanja Hoff
- 13** Alkohol und Depression  
Renate Clemens-Marinschek
- 14** Umgang mit affektiven Erkrankungen in den Therapieeinrichtungen des Grünen Kreises  
Leonidas Lemonis
- 15** Sucht und affektive Erkrankungen  
Michael Willis
- 16** Unser Betreuungsangebot
- 18** Sucht und Selbstregulation  
Human-Friedrich Unterrainer
- 20** Spurensuche  
Betroffene berichten über ihr Leben mit der Sucht
- 22** Alkoholabhängigkeit und Scham  
Hannes Felber
- 24** Alkoholkonsumstörungen und Suizidalität  
Ulrich W. Preuss, Jessica Wei Mooi Wong, Friedrich M. Wurst



# Bipolare Störungen und Sucht



von Heinz Grunze

Sowohl bipolare Erkrankungen als auch schädlicher Substanzgebrauch bzw. -abhängigkeit sind in der Bevölkerung weit verbreitet. Erhebungen an einer repräsentativen Stichprobe in Deutschland zeigten für bipolare Störungen eine Lebenszeitprävalenz von ca. 2% sowie von 9,9% für schädlichen Substanzgebrauch bzw. 8,5% ohne Berücksichtigung von Nikotin<sup>[1]</sup>. Diese Zahlen entsprechen in etwa denjenigen, die auch aus anderen europäischen Ländern berichtet werden, im Gegensatz dazu werden sowohl bipolare Störungen als auch schädlicher Substanzgebrauch in den USA deutlich häufiger diagnostiziert<sup>[2]</sup>. Während die Angaben für legale Substanzen wie Alkohol als relativ robust und reproduzierbar gelten, sind sie für illegale Substanzen mit einer nicht unerheblichen Dunkelziffer deutlich schwerer zu erfassen.

Wie hoch ist aber das Risiko eines bipolaren Patienten, gleichzeitig eine Substanzgebrauchsstörung (schädlicher Gebrauch oder Abhängigkeit) zu entwickeln? Anhand epidemiologischer Stichproben in den USA ermittelte Lebenszeitprävalenzen sprechen von über 90% Komorbidität bei bipolaren Patienten<sup>[2]</sup>, dabei sind schädlicher Alkoholgebrauch (39,1%) sowie Alkoholabhängigkeit (23,2%) neben Angststörungen die häufigsten komorbiden Störungen. Drogengebrauch wird von 28,8% und Drogenabhängigkeit von 14% der Patienten mit bipolaren Störungen berichtet, nach Alkohol sind in absteigender Reihenfolge Cannabis (46%), Kokain (24%) und Opioide (8,5%) die häufigsten Gebrauchssubstanzen<sup>[3]</sup>. Es ist aber anzunehmen, dass die Komorbiditätsraten in Europa niedriger ausfallen, im Schnitt findet sich aber ein

Suchtmittelkonsum zwei- (Cannabis) bis achtfach (Alkohol) häufiger bei Menschen mit bipolaren Störungen als in der Allgemeinbevölkerung<sup>[4]</sup>. Eine eigene Untersuchung in München zeigte bei 24% der bipolaren Patienten das gleichzeitige Vorliegen eines schädlichen Alkoholgebrauchs bzw. einer Alkoholabhängigkeit<sup>[5]</sup>.

## Auswirkungen komorbiden Substanzgebrauchs bei bipolarer Störung

Sowohl über die Auswirkungen von bipolaren Störungen als auch von schädlichem Substanzgebrauch und -abhängigkeit für die individuellen Patienten, ihre Familien und die Volkswirtschaft gibt es umfangreiches Datenmaterial<sup>[6]</sup>. Gerade in jungen Jahren führt das Auftreten sowohl von bipolaren Störungen als auch von Alkohol- und Drogenkonsum zu schwerer und andauernder Behinderung, Frühberentung und Einbuße an gesunden Lebensjahren<sup>[7]</sup>. Des Weiteren gehen sowohl bipolare Störungen als auch Alkoholabhängigkeit mit deutlich erhöhten Raten an Suiziden und Suizidversuchen einher. Besonders gefährdet sind dabei Patienten, bei denen beide Störungen gleichzeitig vorliegen<sup>[8]</sup>. In einer brasilianischen Studie hatten 68% der bipolaren Patienten mit Alkoholabhängigkeit mindestens einen Suizidversuch unternommen (im Vergleich zu 35% der bipolaren Patienten ohne Alkoholkrankheit)<sup>[9]</sup>. Doch nicht nur das eigene Leben ist gefährdet: Männer mit schädlichem Substanzgebrauch im Rahmen schwerer affektiver Störungen begingen doppelt so häufig Straftaten in der Vorgeschichte als Patienten ohne Suchtkomorbidität<sup>[10]</sup>. Ob dies unabhängige Effekte sind oder über einen generell schwereren Krankheitsverlauf der bipolaren Störung vermittelt werden, lässt sich dabei nicht letztgültig klären. Für den Verlauf einer bipolaren Störung ist jedenfalls bekannt, dass bipolare Menschen mit komorbiden Suchterkrankungen einen früheren Erkrankungsbeginn sowie häufigere Stimmungsumschwünge bis hin zur Rapid-Cycling-Verläufen haben und schwerer ausgeprägte depressive Episoden mit erhöhter Suizidalität erleiden<sup>[11]</sup>. Auch das Risiko für zusätzliche Komorbiditäten, insbesondere Angststörungen und körperliche Erkrankungen, ist bei bipolaren Patienten mit dem gleichzeitigen Vorliegen einer Suchterkrankung erhöht<sup>[12]</sup>.

## Das Henne-Ei-Problem der Kausalität

Die bisher berichteten epidemiologischen Zahlen geben zunächst keinen Aufschluss über das kausale Verhältnis zwischen schädlichem Substanzgebrauch und bipolaren Störungen. Es ist denkbar, dass ein vorausgehender Substanzgebrauch die bipolare Störung triggert, umgekehrt kann auch eine bipolare Störung zu einem schädlichen Substanzgebrauch, zum Beispiel im Rahmen einer Selbstmedikation, führen. Schließlich können sich auch beide wechselseitig bedingen oder aber auf einem gemeinsamen, zum Beispiel genetischen, Faktor beruhen und sich unabhängig voneinander entwickeln. Für alle Modelle gibt es Hinweise, aber auch Argumente, die dagegensprechen. Für den primären Substanzgebrauch als Risikofaktor für die Entstehung einer bipolaren Störung spricht, dass in 60% der Fälle der schädliche Substanzgebrauch der ersten bipolaren Episoden vorausgeht und nur in 7% ihr folgt. In 33% der Fälle ist die chronologische Abfolge nicht eindeutig<sup>[13]</sup>. Für eine umgekehrte Sequenz, d.h., dass die bipolare Erkrankung dem schädlichen Substanzgebrauch vorausgeht, mag die Selbstbehandlungshypothese sprechen. In einer Studie berichteten 78% der Patienten, dass sie Substanzgebrauch wegen ihrer bipolaren Symptome – vor allem Depressivität und Gedankenrasen – betreiben, und 67%, dass ihnen dies gegen die Symptome helfe<sup>[14]</sup>. Eine dritte Hypothese besagt, dass ein gemeinsamer Faktor bipolare Störungen und Substanzabhängigkeit unabhängig voneinander fördert, so z.B. Temperamenteigenschaften wie Sensation-Seeking ohne Rücksicht auf die Konsequenzen<sup>[15]</sup>, gemeinsame genetische Faktoren lassen sich ebenfalls vermuten<sup>[16]</sup>.

## Die Behandlung bipolarer Störungen mit Substanzabhängigkeit

### Psychotherapie

Moderne Leitlinien<sup>[17]</sup> empfehlen die integrierte gleichzeitige Therapie von Stimmungsinstabilität und Sucht in einem Setting bzw. durch ein Therapeutenteam. Wenn dies nicht möglich ist, sollte eine Koordination der Behandlung, zum Beispiel durch Case-Management, gewährleistet sein. Dies unterscheidet sich deutlich von der früher empfohlenen und heute noch oft

geübten Praxis eines wechselseitigen Ausschlusskriteriums. Psychiatrische Patienten mit Suchterkrankung wurden vor einer vorausgehenden Behandlung der Sucht oft als nicht geeignet für anspruchsvollere Psychotherapien ihrer psychischen Störung angesehen; umgekehrt scheitern psychiatrische Patienten aber oft an den anspruchsvollen Hürden und festen Regeln einer Suchttherapie, die die besonderen Einschränkungen durch ihre psychische Erkrankung nicht berücksichtigt. Psychologische Therapien der Wahl sind eine kognitive Verhaltenstherapie oder ein formalisiertes Gruppentherapie-Programm (Integrated Group Therapy, IGT). Letzteres beinhaltet eine Psychoedukation über beide Störungen und ihre Behandlungsmöglichkeiten, eine akzeptanzbasierte Auseinandersetzung mit den beiden Störungen, die Ermutigung zur verstärkten Inanspruchnahme sozialer Unterstützung, die Unterstützung bei der Planung und Realisierung von Substanzabstinenz und schließlich die Verbesserung der Compliance gegenüber der Pharmakotherapie und anderen Therapiemaßnahmen<sup>[18]</sup>.

### Pharmakotherapie

Neben der Psychotherapie ist aber auch eine individuell zugeschnittene Pharmakotherapie in praktisch allen Fällen erforderlich. Für die bipolare Störung ist sie zur Stimmungsstabilisierung und Phasenprophylaxe unersetzlich, wohingegen ihr Wert bezüglich des Substanzgebrauches kontrovers diskutiert wird. Grundsätzlich entspricht die medikamentöse Therapie der bipolaren Störung mit Substanzgebrauch derjenigen ohne Substanzgebrauch. Sucht scheint ein Indikator für ein schlechteres Ansprechen auf Lithium darzustellen; allerdings findet sich generell bei der Patientengruppe mit bipolaren Störungen und Substanzgebrauch eine deutlich höhere Anzahl therapierefraktärer Patienten<sup>[19]</sup>. Allerdings kann eine Stimmungsstabilisierung durch Lithium auch positive Effekte im Sinne einer Verminderung von Drogen- und Alkoholkonsum haben.

Zu den Medikamenten zur Aufrechterhaltung einer Abstinenz existieren nur für Naltrexon zwei Untersuchungen bei Patienten mit schädlichem Alkoholgebrauch und gleichzeitigen bipolaren Störungen<sup>[20,21]</sup>, die allerdings keine eindeutige Evidenz für Wirksamkeit zeigen, weder auf Substanzgebrauch noch Stimmungsstabilität.

### Literatur

1. **Jacobi, F.; Klose, M.; Wittchen, H.U.:** Psychische Störungen in der deutschen Allgemeinbevölkerung: Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Ausfalltage. Bundesgesundheitsblatt. Gesundheitsforschung. Gesundheitsschutz. 2004, 47, 736-744, doi:10.1007/s00103-004-0885-5.
2. **Merikangas, K.R.; Akiskal, H.S.; Angst, J.; Greenberg, P.E.; Hirschfeld, R.M.; Petukhova, M.; Kessler, R.C.:** Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey replication. Arch. Gen.Psychiatry. 2007, 64, 543-552, doi:10.1001/archpsyc.64.5.543.
3. **Cerullo, M.A.; Strakowski, S.M.:** The prevalence and significance of substance use disorders in bipolar type I and II disorder. Subst.Abuse Treat.Prev. Policy.2007, 2:29, doi:10.1186/1747-597X-2-29, 29-22.
4. **Hunt, G.E.; Malhi, G.S.; Cleary, M.; Lai, H.M.; Sitharthan, T.:** Comorbidity of bipolar and substance use disorders in national surveys of general populations, 1990-2015: Systematic review and meta-analysis. J.Affect.Disord. 2016, 206, 321-330, doi:10.1016/j.jad.2016.06.051.
5. **Dittmann, S.; Biedermann, N.C.; Grunze, H.; Hummel, B.; Schäfer, L.O.; Kleindienst, N.; Forsthoef, A.; Matzner, N.; Walser, S.; Walden, J.:** The Stanley Foundation Bipolar Network: results of the naturalistic follow-up study after 2.5 years of follow-up in the German centres. Neuropsychobiology. 2002, 46 Suppl 1:2-9, 2-9, doi:10.1159/000068018.
6. **Ferrari, A.J.; Stockings, E.; Khoo, J.P.; Erskine, H.E.; Degenhardt, L.; Vos, T.; Whiteford, H.A.:** The prevalence and burden of bipolar disorder: findings from the Global Burden of Disease Study 2013. Bipolar Disord 2016, 18, 440-450, doi:10.1111/bdi.12423.
7. **Gore, F.M.; Bloem, P.J.; Patton, G.C.; Ferguson, J.; Joseph, V.; Coffey, C.; Sawyer, S.M.; Mathers, C.D.:** Global burden of disease in young people aged 10-24 years: a systematic analysis. Lancet. 2011, 377, 2093-2102, doi:10.1016/S0140-6736(11)60512-6.
8. **Oquendo, M.A.; Currier, D.; Liu, S.M.; Hasin, D.S.; Grant, B.F.; Blanco, C.:** Increased risk for suicidal behavior in comorbid bipolar disorder and alcohol use disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). J.Clin.Psychiatry. 2010, 71, 902-909, doi:10.4088/JCP.09m05198gry.
9. **Cardoso, B.M.; Kauer, S.A.M.; Dias, V.V.; Andrezza, A.C.; Cereser, K.M.; Kapczinski, F.:** The impact of co-morbid alcohol use disorder in bipolar patients. Alcohol. 2008, 42, 451-457, doi:10.1016/j.alcohol.2008.05.003.
10. **Modestin, J.; Wuermler, O.:** Criminality in men with major mental disorder with and without comorbid substance abuse. Psychiatry Clin.Neurosci. 2005, 59, 25-29, doi:10.1111/j.1440-1819.2005.01327.x.
11. **Grunze, H.; Heinrich, T.; Walden, J.:** Bipolare Störungen und Sucht. DNP – Der Neurologe und

Psychiater 2018, 19, 40-45.

12. **Levander, E.; Frye, M.A.; McElroy, S.; Suppes, T.; Grunze, H.; Nolen, W.A.; Kupka, R.; Keck, P.E., Jr.; Leverich, G.S.; Altshuler, L.L. et al.:** Alcoholism and anxiety in bipolar illness: differential lifetime anxiety comorbidity in bipolar I women with and without alcoholism. J Affect.Disord. 2007, 101, 211-217, doi:10.1016/j.jad.2006.
13. **Frank, E.; Boland, E.; Novick, D.M.; Bizzarri, J.V.; Rucci, P.:** Association between illicit drug and alcohol use and first manic episode. Pharmacol. Biochem.Behav. 2007, 86, 395-400, doi:10.1016/j.pbb.2006.
14. **Weiss, R.D.; Kolodziej, M.; Griffin, M.L.; Najavits, L.M.; Jacobson, L.M.; Greenfield, S.F.:** Substance use and perceived symptom improvement among patients with bipolar disorder and substance dependence. J.Affect.Disord. 2004, 79, 279-283.
15. **Haro, G.; Calabrese, J.R.; Larsson, C.; Shirley, E.R.; Martin, E.; Leal, C.; Delgado, P.L.:** The relationship of personality traits to substance abuse in patients with bipolar disorder. Eur.Psychiatry. 2007, 22, 305-308, doi:10.1016/j.eurpsy.2007.03.009.
16. **Berrettini, W.H.:** Genetics of psychiatric disease. Annu.Rev.Med. 2000, 51, 465-479, doi:10.1146/annurev.med.51.1.465.
17. **Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e. V.:** AWMF S3 Leitlinie Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen. Aktualisierte Version. Available online: <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/076-001.html> (accessed on 02.02.2021).
18. **Weiss, R.D.; Griffin, M.L.; Jaffee, W.B.; Bender, R.E.; Graff, F.S.; Gallop, R.J.; Fitzmaurice, G.M.:** A «community-friendly» version of integrated group therapy for patients with bipolar disorder and substance dependence: a randomized controlled trial. Drug Alcohol Depend. 2009, 104, 212-219, doi:10.1016/j.drugalcdep.2009.04.018.
19. **Goldberg, J.F.; Garno, J.L.; Leon, A.C.; Kocsis, J.H.; Portera, L.:** A history of substance abuse complicates remission from acute mania in bipolar disorder. J.Clin.Psychiatry. 1999, 60, 733-740, doi:10.4088/jcp.v60n1103.
20. **Brown, E.S.; Carmody, T.J.; Schmitz, J.M.; Caetano, R.; Adinoff, B.; Swann, A.C.; John, R.A.:** A randomized, double-blind, placebo-controlled pilot study of naltrexone in outpatients with bipolar disorder and alcohol dependence. Alcohol Clin. Exp.Res. 2009, 33, 1863-1869, doi:10.1111/j.1530-0277.2009.01024.x.
21. **Brown, E.S.; Beard, L.; Dobbs, L.; Rush, A.J.:** Naltrexone in patients with bipolar disorder and alcohol dependence. Depress.Anxiety. 2006, 23, 492-495, doi:10.1002/da.20213.

### Priv.-Doz. Dr. Heinz Grunze

ist Chefarzt der Alltagspsychiatrie-Gemeinde-nahe Versorgung am Klinikum am Weissenhof in Weinsberg, Deutschland, und lehrt am Campus Nürnberg der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität.

# Machen Antidepressiva abhängig?



von Voderholzer Ulrich

Aus der klinischen Erfahrung wissen wir heute, dass viele Betroffene nach mehrjähriger Einnahme große Schwierigkeiten haben, Antidepressiva wieder abzusetzen und oft starke Verschlechterungen ihrer psychischen Störung erleben müssen

Die Verordnung von Antidepressiva hat in den vergangenen Jahrzehnten in Deutschland und auch weltweit sehr stark zugenommen. Verordnungszahlen belegen einen Anstieg um 900% in 30 Jahren<sup>(1)</sup>. Antidepressiva wurden ursprünglich für die Therapie depressiver Störungen entwickelt, werden heute aber bei zahlreichen anderen Indikationen wie Angst- und Zwangsstörungen, posttraumatischen Belastungsstörungen, Essstörungen, chronischen Schmerzstörungen, Schlafstörungen oder sogar postmenopausalen Hitzewallungen eingesetzt. Weitere Trends sind steigende Verordnungen auch schon bei Jugendlichen und eine zunehmende Dauer der Einnahme mit einem steigenden Prozentsatz von Personen, die Antidepressiva über viele Jahre dauerhaft einnehmen<sup>(2)</sup>.

Die Frage, ob Antidepressiva abhängig machen, ist von großer Bedeutung, da eine Abhängigkeit von einem Medikament die weitere Einnahme auch ohne entsprechende Indikation oder Nutzen für den Betroffenen zur Folge haben kann. Bislang entsprach es der Lehrmeinung, dass Antidepressiva im Gegensatz z.B. zu Benzodiazepinen oder Opiaten nicht abhängig machen. Diese Position wurde immer wieder sehr betont, wenn es darum ging, betroffenen Personen, bei denen ein Antidepressivum eingesetzt werden sollte, entsprechende Ängste zu nehmen.

Nach der gebräuchlichen ICD-10-Klassifikation müssen für die Diagnose eines Abhängigkeitssyndroms mindestens drei der folgenden sechs Kriterien erfüllt sein:

Abhängigkeitssyndrom in der ICD-10-Klassifikation

1. Starker Konsumdrang
2. Kontrollverlust
3. Toleranzentwicklung
4. Körperliche Entzugssymptome
5. Vernachlässigung anderer Interessen zugunsten des Substanzkonsums
6. Anhaltender Substanzkonsum trotz des Nachweises eindeutig schädlicher Folgen

Da bei Antidepressiva aber nur zwei Kriterien (Toleranz und körperliche

Entzugssymptome) erfüllt sind bzw. bei Langzeitanwendung beschrieben sind, wird von den meisten Depressionsexperten und auch in der gerade neu erschienenen revidierten Fassung der S3-Leitlinie Unipolare Depression<sup>(3)</sup> betont, dass Antidepressiva nicht abhängig machen.

Dem ist entgegenzuhalten, dass das zwar im Sinne der Kriterien korrekt ist, es aber für die Betroffenen natürlich sehr relevant ist, ob sie nach länger dauernder Einnahme in der Lage sind, ein Medikament wieder abzusetzen. Nach klinischen Erfahrungen können viele Menschen, darunter leider auch schon viele junge Menschen, Antidepressiva nach jahrelanger Einnahme nicht mehr absetzen. Hier stellt sich nun die Frage, ob der Grund dafür die Erkrankung ist, gegen die das Medikament wirkt und die nach Weglassen des Antidepressivums wiederkehrt, oder weil Entzugssymptome oder Reboundeffekte auftreten, die nicht Ausdruck der Wiederkehr der Erkrankung, sondern Folge der Toleranzentwicklung, d. h. der Gewöhnung und Anpassung des Gehirns an das Medikament sind. Bei Letzterem kann man – auch wenn keine drei Kriterien nach ICD-10 für Abhängigkeit erfüllt sind – diskutieren, ob man von einer körperlichen/neurobiologischen Abhängigkeit sprechen kann.

## Dosissteigerung und Toleranzentwicklung unter Antidepressiva

Dosissteigerung und Toleranzentwicklung beruhen auf Anpassungen biologischer Systeme, wie etwa Veränderungen von Rezeptorsensitivitäten oder -dichten. Das Medikament wirkt dann nicht mehr oder man muss die Dosis erhöhen, um den gleichen Effekt zu erzielen. Systematische wissenschaftliche Studien zu Antidepressiva bei klinischen Populationen sind meines Wissens nicht durchgeführt worden. Viele Psychiater, die über Jahrzehnte Patienten betreut haben, kennen die klinische Erfahrung, dass Antidepressiva bei einer ersten depressiven Phase gut wirken, bei einer zweiten oder dritten depressiven Phase aber nicht mehr die gleiche Wirkung aufweisen wie bei der ersten Phase. Es werden dann oft Kombinationen aus



zwei Psychopharmaka oder höhere Dosen verwendet.

Natürlich sind solche Erfahrungswerte kein Beleg für Toleranzentwicklungen. Man kann hier immer argumentieren, ursächlich für ein schlechteres Ansprechen auf Antidepressiva sei der Krankheitsverlauf selbst und nicht eine mögliche Toleranzentwicklung, und das lässt sich ebenso wie das Gegenteil nicht beweisen.

Es gibt aber Untersuchungen bei Primaten, bei denen bereits ein Jahr nach der Verabreichung von Antidepressiva in deren Adoleszenz Anpassungsvorgänge des Gehirns mit anschließenden Reboundeffekten noch nach einem Jahr beobachtet wurden<sup>(4)</sup>.

Eine Autorengruppe aus Neuseeland und London hat detailliert 180 Patienten befragt, die Antidepressiva seit mindestens drei bis 15 Jahren einnahmen, überwiegend zur Behandlung depressiver Störungen. 43% der Patienten berichteten vom Erleben einer Abhängigkeit und 73,5% von Absetzphänomenen<sup>(5)</sup>.

Solche Untersuchungen kann man im wissenschaftlichen Sinne ebenfalls nicht als Beleg dafür ansehen, dass Antidepressiva abhängig machen, schon allein, weil bei der Wirkung von Medikamenten Placebo- und auch Nocebo-Effekte eine viel stärkere Rolle spielen, als wir bisher gedacht haben. Placebo- und Nocebo-Effekte entsprechen positiven und negativen Erwartungseffekten. Aus der klinischen Erfahrung wissen wir heute, dass viele Betroffene nach mehrjähriger Einnahme große Schwierigkeiten haben, Antidepressiva wieder abzusetzen und oft starke Verschlechterungen ihrer psychischen Störung erleben müssen und dann doch wieder das Antidepressivum einnehmen.

Metaanalysen zu Absetzphänomenen nach Gabe von SSRI und SNRI, der heute am häufigsten verwendeten Antidepressiva<sup>(6, 7)</sup>, zeigten, dass Absetzphänomene sehr häufig auftreten und nicht nur auf einen 14-tägigen Zeitraum nach dem Absetzen beschränkt sind, sondern bis zu einem Jahr persistieren können.

Noch bedeutsamer als unmittelbare Absetzeffekte oder Entzugssymptome sind Reboundeffekte. Reboundeffekte bedeuten, dass sich der psychische Zustand nach Beendigung der medikamentösen Therapie in einem Ausmaß verschlechtert, welches unter dem Niveau vor Beginn der Therapie ist. Mit der Verursachung von Reboundeffekten ist die Befürchtung verbunden, dass

Antidepressiva zwar über kurze Zeiträume Menschen helfen, eventuell aber auf lange Sicht den Verlauf verschlechtern könnten. Fakt ist, dass qualitativ hochwertige kontrollierte Studien, um dies zu prüfen, bisher weltweit nicht durchgeführt wurden, obwohl es methodisch sehr wohl möglich gewesen wäre.

Die einzige aussagekräftige Studie zu Reboundeffekten nach Beendigung einer Antidepressiva-Therapie zeigte einen schlechteren Verlauf, wenn vorher Antidepressiva gegeben wurden, im Vergleich dazu, wenn nur ein Placebo verabreicht wurde<sup>(8)</sup>. Eine einzige Studie reicht natürlich nicht aus, um finale Schlussfolgerungen zu treffen. Es erstaunt mich als Wissenschaftler und Kliniker allerdings schon sehr, dass es trotz 65-jähriger Historie mit Antidepressiva, einer Vielzahl unterschiedlicher Substanzen und einer immensen Zahl von Studien über kurze Zeiträume keine einzige größere randomisierte, kontrollierte Studie gibt, die den Versuch unternommen hat, mögliche Reboundeffekte an einer klinischen Population zu untersuchen.

#### Fazit

Antidepressiva sind nicht vergleichbar mit süchtig machenden Substanzen, bei denen ein Craving neben anderen Symptomen einer Abhängigkeit bekannt ist. Sie induzieren aber wahrscheinlich Adaptationsvorgänge und Toleranz. Eindeutig belegt sind Entzugssymptome nach dem Absetzen. Die noch wichtigere Frage, ob sie Reboundphänomene verursachen können, ist wissenschaftlich noch nicht gut untersucht. Reboundphänomene würden bedeuten, dass Antidepressiva zwar kurzfristig helfen, langfristig den Verlauf einer psychischen Erkrankung aber auch negativ beeinflussen können.

Vor dem Hintergrund dieser Forschungslücke ist die massiv gestiegene Anwendung von Antidepressiva, ganz besonders bei jungen Menschen, vor allem aber die immer häufigere Dauertherapie über Jahre, die oftmals nicht Leitlinienempfehlungen entspricht, kritisch zu sehen.

In der Praxis sollte man dieses Wissen beim Ordnungsverhalten stärker berücksichtigen und insbesondere bei jüngeren Menschen, deren Gehirn noch plastischer ist als bei älteren, die Möglichkeit einer Psychotherapie und anderer Therapien stärker ausschöpfen. Eine Antidepressiva-Therapie sollte gut evaluiert werden und die Einnahmedauer

geplant und regelmäßig überprüft werden. Die Therapie-Entscheidungen sollten im Sinne einer gemeinsamen Entscheidungsfindung bei sehr guter Aufklärung des Patienten getroffen werden.

#### Literatur

1. Schwabe, U., Ludwig, W. D. (2020): Arzneiverordnungs-Report 2020. Berlin, Heidelberg: Springer.
2. Huijbregts, K. M., Hoogendoorn, A., Slottje, P., van Balkom, A. J., Batelaan, N. M. (2017): Long-term and short-term antidepressant use in general practice: data from a large cohort in the Netherlands. *Psychotherapy and psychosomatics*, 86(6), 362–369.
3. Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression. 2. revidierte Fassung 2022. [www.awmf.de](http://www.awmf.de)
4. Shrestha, S. S., Nelson, E. E., Liow, J. S., Gladding, R., Lyoo, C. H., Noble, P. L., Morse, C., Henter, I. D., Kruger, J., Zhang, B., Suomi, S. J., Svenningsson, P., Pike, V. W., Winslow, J. T., Leibenluft, E., Pine, D. S., Innis, R. B. (2014): Fluoxetine administered to juvenile monkeys: effects on the serotonin transporter and behavior. *American Journal of Psychiatry*, 171(3), 323–331.
5. Cartwright, C., Gibson, K., Read, J., Cowan, O., Dehar, T. (2016): Long-term antidepressant use: patient perspectives of benefits and adverse effects. *Patient preference and adherence*, 10, 1401.
6. Fava, G. A., Benasi, G., Lucente, M., Offidani, E., Cosci, F., Guidi, J. (2018): Withdrawal Symptoms after Serotonin-Noradrenaline Reuptake Inhibitor Discontinuation: Systematic Review. *Psychotherapy and psychosomatics*, 87(4), 195–203.
7. Fava, G. A., Gatti, A., Belaise, C., Guidi, J., Offidani, E. (2015): Withdrawal symptoms after selective serotonin reuptake inhibitor discontinuation: a systematic review. *Psychotherapy and psychosomatics*, 84(2), 72–81.
8. Hollon, S. D., DeRubeis, R. J., Shelton, R. C., Amsterdam, J. D., Salomon, R. M., O'Reardon, J. P., Lovett, M. L., Young, P. R., Haman, K. L., Freeman, B. B., Gallop, R. (2005): Prevention of relapse following cognitive therapy vs medications in moderate to severe depression. *Archives of general psychiatry*, 62(4), 417–422.

#### Prof. Dr. Ulrich Voderholzer

Ärztlicher Direktor Schön Klinik Roseneck  
Leiter einer wissenschaftlichen Arbeitsgruppe an der LMU München; Experte für Depression, Angst- und Zwangsstörungen sowie Essstörungen;  
Autor mehrerer Bücher auf dem Gebiet psychischer Erkrankungen; Mehr als 500 wissenschaftliche Veröffentlichungen

# Affektive Erkrankungen, Sucht und Pandemie: eine epidemiologische Bestandsaufnahme



von Jorgos Nikolas Lang

Nina Dalkner, Frederike Fellendorf,  
Alfred Häußl, Melanie Lenger, Martina Platzer,  
Robert Queissner, Tatjana Stross,  
Adelina Tmava-Berisha, Eva Z. Reininghaus

Klinische Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin | Universitätsklinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie | Medizinische Universität Graz

Unipolare und bipolar affektive Störungen zeigen gesamtgesellschaftlich verhältnismäßig hohe Prävalenzen. Häufig sind hierzu auch Suchtproblematiken zu finden. So kann ein depressives Syndrom im Zuge des Leidensdruckes durch Suchterkrankungen entstehen, ebenso aber auch eine Suchtproblematik im Zuge einer affektiven Störung, beispielsweise als Form von nicht adaptivem Coping (Stokes et al., 2017), wobei das Lebenszeitrisiko für eine Diagnose aus dem DSM-Spektrum für Substanzmissbrauch bei Menschen mit einer Bipolar-I-Erkrankung bis zu 5,8-mal höher ausfällt und auch substanzungebundene Abhängigkeiten, wie etwa pathologisches Spielen, erhöhte Prävalenzen im bipolaren Spektrum aufweisen (Stokes et al., 2017). Komorbide Abhängigkeitserkrankungen affektiver Erkrankungen sind daher für den Verlauf und die Prognose (z. B. in Bezug auf Entwöhnungsbehandlungen) wichtige Faktoren und sollten daher in der Diagnostik besondere Beachtung finden. Die Ätiopathogenese dieser Komorbiditäten ist vermutlich multifaktoriell, wobei die Frage der Ätiologie und Kausalität insbesondere bei der bipolar affektiven Störung noch nicht abschließend geklärt ist. Allerdings scheinen genetische

Vulnerabilität, akute Krankheitssymptomatik, Lebensstilfaktoren und das Belohnungssystem eine Rolle zu spielen. Nach Stokes et al. (2017) versuchen Personen mit akuter Krankheitssymptomatik möglicherweise durch Selbstmedikation mit Alkohol oder Drogen eine Regulation von Stimmungsschwankungen oder psychischen Symptomen wie Ängsten oder Schlafstörungen herbeizuführen.

## Unipolare Depression und komorbide Abhängigkeitserkrankungen

Bei unipolarer Depression und Suchterkrankungen werden gemeinsame neurobiologische Mechanismen angenommen, wobei für diese Komorbidität in der Literatur von einer Schlüsselfunktion des Nucleus accumbens ausgegangen wird – jener Gehirnregion, welche für das Belohnungssystem und motivationales Verhalten essenziell ist (Xu et al., 2020). Zusätzlich scheinen im Tiermodell verschiedene Teilaspekte bei der Funktionsweise serotonerger Neuronen bei subjektiv wahrgenommenem Stress einerseits depressive Zustände, andererseits eine erhöhte Bereitschaft für die Wiedereinstellung von Kokainkonsum zu begünstigen (Bruchas et al., 2011). Regulative Faktoren wie Selbstkontrolle scheinen einen modulierenden Effekt auf die Komorbidität zu haben (Geng et al., 2021). Laut denselben Autor\*innen zeigt sich auch bei anderen, verhaltensbezogenen Suchtformen, wie etwa bei Smartphoneabhängigkeit, ein erhöhtes depressives und ängstliches Zustandsbild.

## Bipolar affektive Erkrankungen und Sucht

Während einer akuten manischen Episode erhöhen in etwa 25% der Patient\*innen ihren Alkoholkonsum, während sich dieser in einer akuten depressiven Episode kaum verändert (Stokes et al., 2017). Dies spricht für eine reduzierte Impulskontrolle oder Selbststeuerung während der Manie, welche eng mit Suchterkrankungen in Zusammenhang steht. Laut derselben Arbeit weisen Personen mit bipolarer Erkrankung und zusätzlicher Suchtdiagnose ähnlich hohe Sensibilitäten für Substanzen und »Sensation Seeking«

auf wie Personen, welche ausschließlich eine Suchterkrankung aufweisen. Dabei nutzen beide Gruppen diese Substanzen in ähnlicher Weise, um ihre Stimmung oder Stresserfahrungen zu lindern, wobei die Motivation zum Substanzkonsum überhaupt mit jener der Gesamtbevölkerung vergleichbar ist. Die Autor\*innen erklären sich dies mit einer neurobiologischen Ähnlichkeit bei Betroffenen der bipolar affektiven Störung wie der Suchterkrankung, weshalb es denkbar wäre, dass bestimmte Bedingungen, etwa im dopaminergen Neurotransmittersystem, zumindest eine Vulnerabilität für die komorbide Zusammensetzung von bipolarer Störung und Suchterkrankung ausmachen könnte.

In diesem Kontext weisen Pettorruso et al. (2014) ebenso auf genetische Vorveranlagungen hin, welche die neurobiologischen Effekte für Vulnerabilitäten mitbedingen können. In Bezug darauf liegen erste Indizien zu einer geteilten genetischen Vulnerabilität für die bipolare Störung und Suchterkrankungen vor, wobei unter anderem auch plastizitätsbezogene Effekte in der neuronalen Konnektivität und Effekte in der in den CLOCK-Genen vermittelten Periodizität eine Rolle zu spielen scheinen. Weiters haben Levey et al. (2014) darauf hingewiesen, dass bestimmte Gene (SNCA, GRM3 und MBP) in die neuronale Transduktion und die Transmission neuraler Impulse bei Kokainabhängigkeit involviert sind. Darüber hinaus konnten die Autor\*innen eine statistisch signifikante Überlappung zwischen Genen, die für die Ätiopathogenese von Alkoholismus relevant sind, und Genen, die für die Ätiopathogenese schwerer psychischer Erkrankungen relevant sind (z. B. bipolar affektive Störung oder Schizophrenie), feststellen.

Außerdem sehen Pettorruso et al. (2014) einen möglichen Wirkmechanismus zwischen bipolarer Störung und Sucht in der Dysregulation der Allostase im neuronalen Belohnungssystem. Eine dysregulative Allostase würde auf diese Weise Personen mit bipolarer Störung anfälliger für Suchtproblematiken machen.

Dabei weisen Personen mit bipolar affektiver Störung eine Lebenszeit-



prävalenz von 60,7% für Substanzabusus auf, wobei unter den Substanzen Alkohol die häufigste ist (Frye et al., 2003). Hierbei zeigen sich auch Geschlechterunterschiede: Obwohl mehr Männer mit bipolar affektiver Störung die Kriterien für Alkoholismus erfüllen (49% zu 29%), zeigen Frauen ein höheres Risiko, an Alkoholismus zu erkranken (odds ratio = 7.35 zu 2.77).

### Affektive Erkrankungen und Pandemie

Prognose und Verlauf von affektiven Erkrankungen und etwaigem komorbiden Suchtverhalten werden zu einem beträchtlichen Teil von Umweltfaktoren moduliert. In diesem Kontext ist der Ausbruch der COVID-19-Pandemie zu nennen, im Zuge dessen zur Pandemiebekämpfung und Eindämmung eines medizinischen Notstandes auch Maßnahmen der Kontaktbeschränkungen ergriffen wurden. Die allgemeine Prävalenz von Depression, Angst, Stress, Schlafproblemen und psychologischem Distress hat während dieser Zeit auch in der Gesamtbevölkerung zugenommen (Lakhan et al., 2020).

Durch den Verlust protektiver Faktoren wie sozialem Kontakt bei gleichzeitiger Zunahme von Stressoren im eigenen Alltag (z. B. Ansteckungsangst) konnte während der Pandemie ein Rückgang der Resilienz als starker protektiver Faktor verzeichnet werden (Maget et al., 2022). Da die Pandemie gesamtgesellschaftlich eine hohe Belastung darstellte, wurden auch in nicht klinischen Stichproben vulnerable Effekte festgestellt. So wirkte sich die pandemische Lage etwa auch auf die Schlafqualität aus (Tmava-Berisha et al., 2022). Auf diese Weise war eine generelle Abnahme protektiver Faktoren auf der einen Seite bei gleichzeitiger Zunahme vulnerabler Faktoren auf der anderen Seite zu verzeichnen, welche sich zusätzlich auch in erhöhter Anhedonie bei COVID-bezogenen Ängsten (Maget et al., 2022) sowie in psychosomatischen Beschwerden äußerten (Lenger et al., 2023). Dabei schienen die subjektive Sicherheitswahrnehmung und das Gefühl, informiert zu sein, wichtige protektive Effekte darzustellen.

### Pandemie, Sucht und Depression

Eine erhöhte Prävalenz von Angst, Stress und Depressivität wurde auch in der Gesamtbevölkerung festgestellt. Während der Pandemie konnte bei 9,31% der Befragten eine klinisch relevante

### Während der Pandemie konnte bei 9,31% der Befragten eine klinisch relevante Depression sowie ein deutlicher Anstieg suizidaler Gedanken festgestellt werden

Depression sowie ein deutlicher Anstieg suizidaler Gedanken festgestellt werden (Fountoulakis et al., 2021). Außerdem tritt als neues Störungsbild eine depressive Erkrankung in Form eines Post-COVID-Syndroms zunehmend in den Vordergrund, wobei der Schweregrad der COVID-Erkrankung nicht mit der Häufigkeit depressiver Symptome im Zusammenhang steht (Renaud-Charest et al., 2021). Biomarker-Daten weisen hierbei auf eine ätiologische Relevanz der Inflammations-Hypothese für eine Post-COVID-assoziierte Major Depression hin (Lorkiewicz & Waszkiewicz, 2021).

### Pandemie, Sucht und bipolare Störung

Pandemiebezogene Belastungsfaktoren haben sich auch auf Personen ausgewirkt, bei denen bereits eine affektive oder Suchterkrankung vorlag. Im Rahmen einer an der Klinischen Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin in Graz durchgeführten Multicenterstudie zu den psychosozialen Effekten der COVID-19-Pandemie konnte gezeigt werden, dass sich die pandemische Lage zwar negativ auf das körperliche Profil der Gesamtbevölkerung ausgewirkt hat (z. B. Gewichtszunahme, mehr physische Komorbiditäten, weniger sportliche Aktivität), dieser Effekt allerdings signifikant stärker bei Personen mit bipolar affektiver Störung ausfiel als bei gesunden Kontrollen (Sperling et al., 2021). Ebenso waren Ängste in Bezug auf die Pandemie deutlich stärker in der bipolaren Gruppe vertreten, wobei diese sich tendenziell weniger sozial distanzieren. Vor demselben Hintergrund fielen Depressions-Inventare und Erhebungen zu emotionaler Belastung signifikant höher bei Personen mit bipolarer Erkrankung aus (Ortner et al., 2023). Laut demselben Autor\*innen zeigten bipolar Erkrankte eine Erhöhung kompensatorischen Rauchens. Generell war bei psychiatrischen Patient\*innen ein stärkeres Stresserleben durch die soziale Distanzierungsmaßnahmen zu verzeichnen (Schönthaler et al., 2022). Dies wirkte sich auch auf kognitiver Ebene aus: So konnten bei bipolar Erkrankten negativere Aussagen und Emotionen sowie

eine höhere Inkongruenz zwischen ihren Aussagen und empfundenen Emotionen festgestellt werden, während gesunde Kontrollen positivere Emotionen aufwiesen (Tietz et al., 2022). Dabei konnte schon ein vorhergehendes phobisches Temperament eine geringere Selbstakzeptanz und Akzeptanz gegenüber dem Leben vorhersagen (Fleischmann et al., 2022). In Patient\*innen-Gruppen konnte so ein Anstieg negativerer Lebensstilveränderungen bei gleichzeitig sinkender Compliance festgestellt werden (Dalkner et al., 2022). Generell konnten COVID-19-bezogene Ängste und die Frequenz des Einholens von Informationen über die Pandemie (etwa in Zeitung oder Fernsehen) auch die Schlafqualität von bipolar affektiv Erkrankten erklären (Fellendorf et al., 2021).

### Pandemie und Abhängigkeit

Im Wesentlichen haben die psychosozialen Folgen und das Ansteckungsrisiko mit etwaigen gesundheitlichen Folgen auch Risiken für Suchterkrankungen mit sich gebracht. So sind Personen mit einer Substanzgebrauchsstörung besonders anfällig für eine COVID-19-Ansteckung und leiden ebenso wahrscheinlicher unter der psychosozialen Belastung, welche mit der Pandemie einhergeht (Dubey et al., 2020). Zudem weist dieselbe Patient\*innengruppe ein höheres Risiko für einen schlechteren Infektionsausgang auf, während Entzugsnotfälle und -todesfälle deutlich zugenommen haben. Pandemiebedingte Belastungsfaktoren wie Stress, Ängstlichkeit, Isolation und physische Folgen spielen bei Suchterkrankungen eine ausweisende Rolle in der Zunahme und in der Rückfallrate von Substanzmissbrauch und verhaltensbezogenen Süchten (Columb et al., 2020). Letztere wiesen indes während der Pandemie eine erhöhte Prävalenz auf (Alimoradi et al., 2022), welche auch mit Ängsten und Depression in erhöhtem komorbiden Zusammenhang steht (Karakose et al., 2022; Servidio et al., 2021). Dabei fokussierten sich die empirischen Arbeiten in erster Linie auf Social-Media- und internetbezogene Sucht, insbesondere bei Jugendlichen und Studierenden. In einer Online-Untersuchung konnte auf diese Weise festgestellt werden, dass Studierende, welche höhere Werte in Social-Media-Sucht aufwiesen, mit größerer Wahrscheinlichkeit auch an einer leichten Depression litten, wobei das soziale Umfeld (insbesondere qualitative

→ Seite 19

# Sucht und affektive Störungen



von Tanja Hoff

Sowohl Depressionen als auch alkoholbezogene Störungen gelten in vielen Ländern als die häufigsten psychischen Störungen. Als Komorbidität treten diesen beiden Störungen nicht selten und überzufällig häufig auch gemeinsam auf und zeigen dann meist einen höheren Schweregrad der Symptomatik, eine längere Krankheitsdauer, eine erschwerte Behandlung und eine schlechtere Prognose (zusammenfassend Lassere et al., 2022). Bei angenommenen Komorbiditäten zwischen 20 und 73 Prozent (Lindenmeyer, 2005) weisen Dykieriek und Scheller (2018) auf die hohen Variationen aufgrund methodischer Unterschiede und Stichprobeneffekte hin. Aber auch bipolare Erkrankungen weisen eine häufige Komorbidität mit Substanzstörungen, insbesondere bzgl. Alkohol und Cannabis auf, wobei hiervon sowohl Krankheitsbeginn (früher), Symptomatik (schwerer inklusive höherer Suizidalität) als auch Behandlungcompliance (unzuverlässigere Einnahme der phasenprophylaktischen Medikation) betroffen sind (Grunze et al., 2018).

Umso bedeutender ist in der klinischen Praxis das Screening der jeweils anderen psychischen Störungen, wenn Klient\_innen sich wegen affektiver oder substanzbezogener Störungen in der Diagnostik oder Behandlung befinden. Dabei weist Preuß in der deutschen S3-Diagnostik- und Behandlungsleitlinie für alkoholbezogene Störungen (2020) darauf hin, dass »anders als andere weit verbreitete und chronische psychische Erkrankungen (z.B. Depressionen), (...)

die Alkoholabhängigkeit in der Bevölkerung oft nicht als behandlungsbedürftig angesehen (wird).« Verleugnungs- und Bagatellisierungstendenzen der Betroffenen führen mitunter zur schlechteren Erreichbarkeit, Inanspruchnahme und Aufrechterhaltung von Behandlungen – ein Phänomen, was bei affektiven Störungen ohne Suchtbeteiligung weniger beobachtet wird.

Ähnlich wie bei anderen Komorbiditäten (z.B. Schizophrenie und Sucht, vgl. Gouzoulis-Mayfrank, 2007) werden drei kausale Zusammenhänge der gemeinsam auftretenden Störungsbilder postuliert: a) die Suchterkrankung verursacht sekundär die Entwicklung der affektiven Symptomatik, b) die affektive Störung verursacht die substanzbezogene Störung, u.a. da Suchtmittel zur Selbstmedikation eingesetzt werden und c) beiden gemeinsam auftretenden Störungen liegen dieselben pathogenetischen Ursachen zugrunde (z.B. genetische Veranlagungen, psychosoziale Vulnerabilitäten). Bisher konnte keine der drei Hypothesen eindeutig gegenüber den anderen bestätigt werden, wobei eine aktuelle Studie zum Zusammenhang von Alkohol und Depression anhand von Bevölkerungsdaten stärker für Hypothese a) spricht (Lassere et al., 2022); dabei war das Risiko, an einer Depression zu erkranken, umso höher, je stärker die Alkoholabhängigkeit ausgeprägt war.

Besondere Risikogruppen für die hier diskutierten Komorbiditäten sind vor allem Frauen, während Männer häufigere Komorbiditäten von Sucht- und Persönlichkeitsstörungen aufweisen (Dykieriek, 2018). Aber auch die in den letzten Jahren zunehmend in den Blick genommene Risikogruppe substanzbezogener Störungen der älteren Menschen sind besonders betroffen von einem erhöhten Risiko der Komorbidität von Depression und Sucht. Dem liegt zugrunde, dass besondere Risikofaktoren für depressive Entwicklungen wie auch Substanzabusus mitunter in der physischen wie psychischen Situation Älterer verankert sind: Depressionen im Alter gehen z.B. mit mehr somatischen Symptomen, Konzentrations- und Schlafstörungen wie auch Ängsten einher; psychosoziale Belastungen wie Partnerverlust, Krankheiten und schlechterer Gesundheitszustand, Alleine leben, Verschlechterungen der kognitiven und

Alltagsfunktionen und insgesamt ein Verlust positiver Verstärker treten alterskorreliert häufiger auf. Hier bestehen Gefahren der Selbstmedikation mit Alkohol, aber auch mit Beruhigungs-, Schlaf- und Schmerzmitteln.

Wesentliche Bestandteile des Erkennens und der Behandlung von komorbiden Sucht- und affektiven Störungen sind nach aktuellem Kenntnisstand (u.a. Preuss, 2020; Soyka, 2019):

- > der Einsatz von Screening-Verfahren auf suchtbetragene Störungen bei Patient\_innen mit psychischen Störungen (z.B. AUDIT - Alcohol Use Disorder Identification Test);
- die Festlegung einer Diagnose der affektiven Störung frühestens nach Ende von Intoxikations- oder Entzugssymptomen einer Abhängigkeitserkrankung
- die Intensivierung der Behandlung bei suchtbetragenen Störungen und komorbiden psychischen Erkrankungen, um eine weiter fortschreitende Beeinträchtigung und auch ungünstigere Prognose aufzufangen, ggf. auch unter Einbeziehung stationärer Behandlungen;
- möglichst die integrierte oder gleichzeitige Behandlung beider Störungsbilder in einem Setting und/oder durch ein gemeinsames therapeutisches Team bzw. für beide Störungsbilder ausgewiesene Therapeut\_innen

In den deutschen S3-Leitlinien wird aufgrund der vorhandenen Datenlage als Psychotherapieform bei alkoholbezogenen Störungen und Depression vor allem Kognitive Verhaltenstherapie in Kombination mit motivationaler Gesprächsführung empfohlen. Auch Kombinationstherapien mit Antidepressiva sind je nach Symptonschwere der Depression in Erwägung zu ziehen.

Literatur kann in der Redaktion nachgefragt werden.

## Prof.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> phil. Dipl.-Psych.<sup>in</sup> Tanja Hoff

Professorin für Klinische und Beratungspsychologie an der KatHO NRW, Fachbereich Sozialwesen, Abt. Köln. Approbierte Psychologische Psychotherapeutin (Verhaltenstherapie im Erwachsenenalter), im Weiteren u.a. Gruppenpsychotherapeutin, zertifiziert für Psychologische Gesundheitsförderung und Prävention (BDP). Langjährige Forschung u.a. zu Sucht im Alter, Beratungspsychologie, Evidenzbasierung in der Suchtprävention, Kinder psychisch kranker Eltern. URL: <https://katho-nrw.de/hoff-tanja-prof-dr-phil-dipl-psych>



# Alkohol und Depression



von Renate Clemens-Marinschek

Die Kombination Alkoholmissbrauch bzw. -abhängigkeit und depressive Störung zählt zu den häufigsten psychischen Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Bei Patienten in Behandlung einer Alkoholkonsumstörung bzw. einer depressiven Störung gehört die Doppeldiagnose beider Krankheitsbilder zu den am häufigsten gestellten Doppeldiagnosen. Bei Vorhandensein einer der beiden Störungen erhöht sich das Risiko, an der anderen zu erkranken, um das Zwei- bis Dreifache. Je ausgeprägter die depressive Symptomatik, umso wahrscheinlicher findet sich eine Alkoholkonsumstörung, je schwerer die Alkoholkrankung ist, umso wahrscheinlicher ist die Entwicklung einer zusätzlichen depressiven Störung, woraus sich ein erhöhtes Suizidrisiko ergeben kann.

## Warum treten die beiden Störungsbilder so häufig gemeinsam auf?

Psychiatrische Erkrankungen beruhen zum Teil auf einer genetischen Prädisposition.

Bei Personen mit einem früh einsetzenden Alkoholmissbrauch fand sich eine serotonerge Funktionsstörung aufgrund früher sozialer Stresserfahrungen mit den Symptomen erhöhter Reizbarkeit, erhöhter Alkoholtoleranz sowie erhöhten Depressionswerten und langfristig erhöhtem Rückfallrisiko (Chassin et al., 2002).

Belastende Umwelteinflüsse, wie z.B. frühkindlicher Missbrauch oder Vernachlässigung, erhöhen das Risiko sowohl für eine psychiatrische Erkrankung als auch für eine Suchterkrankung.

Die beiden Erkrankungen induzieren sich gegenseitig, d. h., Alkohol in größeren Mengen hat eine stimmungssenkende Wirkung.

Risikofaktoren wie soziale Isolation und Einsamkeit, aber auch chronische Belastungs- und Überforderungssituationen können für die Entstehung einer depressiven Störung bzw. eines erhöhten Alkoholkonsums verantwortlich sein.

In einer Stichprobe unter alkoholabhängigen Personen wurde für affektive Störungen eine Lebenszeitprävalenz von 33,8% erhoben (Hasegawa et al.), 28,3% traten vor und 71,7% nach dem Auftreten der alkoholbezogenen Störung auf. Daraus ergibt sich, dass alkoholbezogene Störungen ein Risikofaktor für die Entstehung einer affektiven Störung sind. Allerdings bestand bei Frauen in 50,4% eine primär bestehende affektive Störung, bei Männern eher eine substanzinduzierte Depression, welche sich im Allgemeinen nach einer Abstinenzzeit von ca. vier bis fünf Wochen besserte und keiner medikamentösen Depressionsbehandlung mehr bedurfte.

Bei einer vorbestehenden bipolar affektiven Störung besteht ein sechsfach erhöhtes Risiko für einen Alkoholmissbrauch, wobei ein stark erhöhter Alkoholkonsum vor allem in manischen Episoden stattfindet (Helzer & Pryzbeck). Eine bipolar affektive Störung implementiert die höchste Wahrscheinlichkeit einer komorbiden Suchterkrankung unter allen psychischen Erkrankungen und birgt in dieser Kombination ein sehr hohes Suizidrisiko bis zu 50% (Regier et al., 1990).

## Therapie und Verlauf

In der Therapie komorbider depressiver Syndrome bedarf es nach der qualifizierten Entzugsbehandlung einer Kombination aus medikamentöser Therapie mit psychoedukativen und kognitiv-verhaltenstherapeutischen Interventionen, motivierender Gesprächsführung, Kontingenzmanagement und Achtsamkeitstraining. Zur medikamentösen Anwendung kommen vor allem moderne Antidepressiva, wie z.B. SSRIs oder SNRIs, eventuell in Kombination mit Anticravingsubstanzen, wobei bei vorhandener Depressivität Naltrexon laut einer Studie aus den USA einen besseren

Effekt zeigte als Acamprosat. Zu beachten ist hierbei, dass bei Patienten nach einem Alkoholentzug oft eine verringerte Toleranz auf Medikamentennebenwirkungen bzw. eine erniedrigte Krampfschwelle bestehen kann. Ferner müssen oft vorhandene somatische Folgeschäden, wie z. B. Leberschäden, eine Cardiomyopathie, Diabetes mellitus etc. in der Medikamentenauswahl und in der Dosierung beachtet werden. Die Metabolisierung von vielen antidepressiven Medikamenten findet über die Leber und das Cytochrom P450 statt, was bei oft vorhandener Leberschädigung Beachtung finden muss.

Unter adäquater Therapie beider Störungsbilder zeigten Patienten mit der Doppeldiagnose depressive Störung und Alkoholkonsumstörung in einer Drei-Jahres-Studie einen sehr guten Therapieerfolg mit Reduktion der Rückfallrate und Verbesserung der depressiven Symptomatik, insbesondere bei Frauen. Laut einer Untersuchung in deutschen Suchttherapieeinrichtungen wurde bei affektiv komorbiden Patienten keine erhöhte Abbruchrate gefunden, bei Entlassung zeigten 63–79% keine depressive Symptomatik mehr, nur 13–25% wurden mit der Zusatzdiagnose Depression entlassen.

In Allgemeinkrankenhäusern leiden ca. 25% der Patienten an einer alkoholbezogenen Störung, wobei davon nur ca. die Hälfte darauf angesprochen und diagnostiziert wird. Ebenso verhält es sich bei somatisch erkrankten Patienten mit einer ängstlichen bzw. depressiven Symptomatik. In beiden Fällen entsteht oft eine Chronifizierung des jeweiligen Krankheitsbildes, wobei es auch zur Entstehung der Kombination Alkoholabhängigkeit und depressive Störung kommen kann. Bei frühzeitiger Diagnostik und Behandlung sowohl der Suchterkrankung als auch der depressiven Störung können wiederholte stationäre Aufnahmen vermieden und die Patienten in einem ambulanten Setting weiterbetreut werden.

### Dr.<sup>in</sup> Renate Clemens-Marinschek

Oberärztin für Psychiatrie und Neurologie, Abt. für Neurologie und Psychosomatik LKH Villach  
Krankenhaus de La Tour - Ärztliche Leitung Spielsuchtambulanz de La Tour und Ambulanz de La Tour - Ärztliche Leitung - bis Ende 2021

# Umgang mit affektiven Erkrankungen in den Therapieeinrichtungen des Grünen Kreises



von Leonidas Lemonis

Wenn man der Pandemie etwas Positives abgewinnen kann, dann ist es die Bereitschaft der Bevölkerung, über die psychischen Folgen offener zu reden und den Stellenwert der psychischen Gesundheit neu zu definieren.

Die Internationale Statistische Klassifikation der Krankheiten (bekannter als ICD) stellt für das Fachpersonal immer mehr eine Orientierungshilfe dar, wenn es darum geht, anhand der Historie der Patient\*innen, der angegebenen Symptomatik und der vorhandenen Befunde die richtige Diagnose zu stellen.

**Affektive Störungen** sind – im Regelfall – durch eine nennenswerte Veränderung der Stimmung charakterisiert. Hauptsymptome bei **Depressionen** sind traurige Verstimmung, Hemmung der Gedankengänge sowie Antriebsminderung. Hingegen ist die **Manie** durch Selbstüberschätzung, gesteigerten Antrieb sowie stark gehobene Stimmungslage gekennzeichnet.

Bipolare affektive Störung ist die unter den F30-F39-Diagnosen (affektive Störungen) am meisten diagnostizierte. Die Bezeichnung bipolar-affektiv wird – nach wie vor – in Fachkreisen

verwendet; Betroffene bezeichnen sich als manisch-depressiv.

Ein mutlos-trauriger Gemütszustand wird am besten durch den Begriff **Melancholie** wiedergegeben; dabei wissen die wenigsten, dass Melancholie Schwarzgalligkeit bedeutet und schon im fünften Jahrhundert vor Christus im Rahmen der Vier-Säfte-Lehre (Blut, gelbe Galle, schwarze Galle sowie Schleim) als Begriff verwendet wurde.

Zum therapeutischen Alltag in einer der Therapie-Einrichtungen des Grünen Kreises: Oft wird eine affektive Erkrankung erst dann festgestellt, wenn durch die längeren konsumfreien Phasen die zugrunde liegende Problematik erkannt werden kann. Suchtmittel (auch legale) tragen dazu bei, dass Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen viel öfter im Vorfeld diagnostiziert werden und Betroffene sich erst im Rahmen der stationären Entwöhnungstherapie mit ihren Affekten konfrontieren können; umso wichtiger ist somit eine (auch zeitlich) adäquate Behandlung nach einem stationären Entzug.

Psychodiagnostik ist eine große Hilfe bei diesem Prozess; Betroffene erkennen dadurch viele ihrer Verhaltensmuster und sind, durch die dokumentierten Hinweise bedingt, oft das erste Mal in der Lage, sich mit der Verdachtsdiagnose konstruktiv auseinanderzusetzen.

Die Begriffe Hinweise und Verdachtsdiagnose sind bewusst gewählt; auch wenn (noch immer) der Verwaltungsapparat einige Minuten nach der stationären Aufnahme eine Diagnose »benötigt« und nicht so selten Betroffene auch dazu drängen, ist (und bleibt) der Prozess, bis die richtige Diagnose gestellt werden kann, ein langwieriger. Zu diesem Prozess gehören mehrere Gespräche mit Fachpersonal, das Studium aller vorhandenen Unterlagen, die Beobachtung der Interaktionen im therapeutischen Setting und die potenziellen Veränderungen (zum Positiven hin) nach einer (falls erforderlich) medikamentösen Behandlung.

Sich selbst einzugestehen, dass man depressiv ist, stellt oft, trotz der Bemühung um eine Entstigmatisierung von

psychischen Erkrankungen, eine Hürde dar; die Benennung der Problematik trägt, wenn es so weit ist, zur wesentlichen Entlastung der Betroffenen bei. Jedoch ist der Weg dorthin ein langer, wenn man bedenkt, dass bis zu 50% der Depressionen auch von Fachleuten im ambulanten Setting nicht erkannt werden.

Der Alltag in der Therapeutischen Gemeinschaft erleichtert, dank der sinnvollen Strukturierung, der fachärztlichen Behandlung, der Sitzungen im Einzel- und Gruppensetting sowie der Auseinandersetzung mit den anderen Betroffenen, die Akzeptanz einer psychiatrischen Diagnose für sich und den Rest der Gemeinschaft.

Wenn man der Pandemie etwas Positives abgewinnen kann, dann ist es die Bereitschaft der Bevölkerung, über die psychischen Folgen infolge der medialen Berichterstattung und der durch viele Maßnahmen entstandenen Isolation offener zu reden und den Stellenwert der psychischen Gesundheit neu zu definieren.

Dass ambulante Therapie nicht der einzige gangbare Weg ist, gerade wenn es sich um drogeninduzierte Erkrankungen handelt, zeigt die äußerst positive Erfahrung der (oft aufgrund von fehlenden Alternativen während der von Covid-19 dominierten Zeit) Verlängerung von stationären Therapien in den Suchttherapieeinrichtungen.

Mehr Einsicht, psychische Stabilität, Reduktion des Suchtdruckes sowie bessere Motivation zur Aufrechterhaltung der Abstinenz und Einnahme der erforderlichen Medikation sind einige der positiven Folgen eines längeren konstruktiven Miteinanders; dass diese Energieinvestition nur dann Sinn macht, wenn eine engmaschige Nachbetreuung folgt, ist eine alte Erfahrung. Es bleibt zu hoffen, dass nicht nur die Betroffenen sich darum bemühen, sondern auch die politisch Verantwortlichen für die erforderlichen Strukturen sorgen.

**Prim. Dr. Leonidas Lemonis**

Arzt für Allgemeinmedizin, Facharzt für Psychiatrie  
Ärztlicher Leiter im Verein Grüner Kreis



# Sucht und affektive Erkrankungen



von Michael Willis

Langfristiger Konsum von Alkohol oder Drogen führt oftmals zu einer substanzinduzierten depressiven Stimmungslage.

Mit einer Lebenszeitprävalenz von bis zu 20% der Bevölkerung zählen die verschiedenen Ausformungen der Depressionen zu den häufigsten psychiatrischen Krankheitsbildern. Neben der gedrückten Stimmungslage führt eine Antriebsminderung und Interessenlosigkeit je nach Schweregrad der Erkrankung zu einer deutlichen Beeinträchtigung der Lebensführung (Leitlinie Depression, AWMF). Bis zu ein Viertel der Patienten mit affektiven Erkrankungen und Angsterkrankungen nutzen Drogen und Alkohol zur Selbstmedikation (Turner et al., 2017). Die Einnahme führt jedoch allenfalls zu einer kurzfristigen Symptomreduktion und Erleichterung, die Grundsymptome der affektiven Erkrankung bleiben weiterhin unbehandelt. Mit Fortdauer der Einnahme kommt es bei allen Substanzen zu Gewöhnungseffekten, die erhoffte Wirkung wird nur mehr bei höheren Konsummengen wahrgenommen. Patienten mit einer genetischen Prädisposition für Suchterkrankungen können eine Abhängigkeit entwickeln. Es konnte gezeigt werden, dass eine Depression zu einer Alkoholabhängigkeit führen kann, umgekehrt konnte die Entwicklung einer eigenständigen Depression auf Grundlage

einer Alkoholabhängigkeit nicht gezeigt werden (Polimanti et al., 2019). Langfristiger Konsum von Alkohol oder Drogen führt oftmals zu einer substanzinduzierten depressiven Stimmungslage. Das Leben wird zunehmend auf den Substanzkonsum ausgerichtet, es kommt zu einem Verlust sonstiger Interessen. Die oftmals tristen Lebensumstände werden als gegeben hingenommen, die Patienten geben sich oftmals selbst die Schuld an der Erkrankung. Dies führt dazu, dass sich die Patienten nicht oder sehr spät in eine Behandlung begeben. Die Fortführung des Konsums bei depressiver Stimmungslage ist mit einer deutlich erhöhten Suizidrate vergesellschaftet. So ist die Suizidrate unter Menschen mit Alkoholabhängigkeit deutlich erhöht, in den USA wurde bis zu ein Drittel aller letalen Intoxikationen mit Opioiden auf Suizide zurückgeführt (Oquendo et al., 2018). Die Kombination von Suchterkrankung mit einer depressiven Erkrankung zeigte die höchsten Suizidraten (Onaemo et al., 2022).

Beiden Erkrankungen, der Suchterkrankung und der Depression, gemein ist die Entwicklung einer Anhedonie, einer Unfähigkeit, Freude zu empfinden (Destoop et al., 2019). Der Konsum von Drogen führt auch zu einer emotionalen Abschirmung, im positiven wie auch im negativen Sinne. Belastende Ereignisse werden leichter ertragen, es werden aber auch aufgrund der emotionalen Abflachung und Kritikminderung Handlungen gesetzt, welche die betroffene Person im nüchternen Zustand so nicht durchführen würde. Nicht zu vergessen ist auch der Umstand, dass viele traumatisierende Ereignisse unter Drogeneinfluss stattfinden, Menschen die Kontrolle über ihr Handeln verlieren, sich und anderen Menschen Schaden zuführen (Nutt et al., 2010). Gerade in Zeiten aktiven Konsums können diese und andere depressive Symptome auftreten, eine Abgrenzung zu einer eigenständigen affektiven Erkrankung ist im Querschnitt oftmals nicht möglich. Für die Diagnose einer eigenständigen affektiven Erkrankung müssen depressive Symptome in konsumfreien Intervallen über einen längeren

Zeitraum vorhanden sein. Daher ist das vordergründige Ziel der Behandlung depressiver Symptome bei Abhängigkeitserkrankungen die Konsumfreiheit. Das Erreichen und die Aufrechterhaltung dieser ist jedoch durch die depressive Symptomatik deutlich erschwert. Ob eine zusätzliche medikamentöse antidepressive Therapie bei substanzinduzierten depressiven Symptomen zu einer Verbesserung des Behandlungserfolgs führt, ist unklar (Agabio et al., 2018). Sollten die affektiven Symptome durch den Substanzkonsum bedingt sein, ist von einer Reduktion der depressiven Symptomatik bei Abstinenz auszugehen, analog zu anderen substanzinduzierten Störungen.

## Literatur

- Agabio, Roberta, Trogu, Emanuela, Pani, Pier Paolo** (2018). Antidepressants for the treatment of people with co-occurring depression and alcohol dependence. Cochrane database of systematic reviews, 4.
- Destoop, Marianne et al.** (2019). Addiction, anhedonia, and comorbid mood disorder. A narrative review. *Frontiers in psychiatry*, 10, 311.
- Nutt, David J., King, Leslie A., Phillips, Lawrence D.** (2010). Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. *The Lancet*, 376(9752), 1558-1565.
- Onaemo, Vivian N., Fawehinmi, Timothy O., D'Arcy, Carl** (2022). Risk of suicide ideation in comorbid substance use disorder and major depression. *Plos one*, 17(12), e0265287.
- Oquendo, Maria A., Volkow, Nora D.** (2018). Suicide: a silent contributor to opioid-overdose deaths. *New England journal of medicine*, 378(17), 1567-1569.
- Polimanti, Renato et al.** (2019). Evidence of causal effect of major depression on alcohol dependence: findings from the psychiatric genomics consortium. *Psychological medicine*, 49(7), 1218-1226.
- Turner, Sarah et al.** (2018). Self-medication with alcohol or drugs for mood and anxiety disorders: A narrative review of the epidemiological literature. *Depression and anxiety*, 35(9), 851-860.

## Priv.-Doz. Dr. Michael Willis

Leiter der Spezialsprechstunde für Abhängigkeitserkrankungen der Universitätsklinik für Psychiatrie Innsbruck

# Unser Betreu

## Prävention

Suchtprävention ist dem *Grünen Kreis* ein besonderes Anliegen. Die Abteilung für Suchtprävention entwickelt individuell zugeschnittene, präventive Konzepte für öffentliche und private Unternehmen sowie Schulen, um dort zu helfen, wo im Vorfeld der Weg in die Sucht verhindert werden kann. Wir konzipieren suchtpreventive Maßnahmen zur Sensibilisierung der Mitarbeiter\*innen und zeigen Strategien für einen konstruktiven Umgang mit Suchtproblemen. Das Repertoire in diesem Bereich ist vielfältig und individuell zugleich, abgestimmt auf die Nöte und Anforderungen des jeweiligen Unternehmens und seiner Mitarbeiter\*innen.

### In Betrieben

Unsere betriebliche Suchtprävention hilft, Lernprozesse in Gang zu bringen. Sie will den Blick schärfen, um Krankheitsrisiken frühzeitig zu erkennen, und mithelfen, sinnvolle innerbetriebliche Lösungsansätze zu erarbeiten. Der Erwerb von Wissen und Handlungskompetenz, die Schulung von Lehrlingen, Mitarbeiter\*innen und Führungskräften sind vor diesem Hintergrund entscheidende Maßnahmen.

### In Schulen

Während der Schulzeit durchlaufen Kinder und Jugendliche häufig krisenhafte Entwicklungsphasen. Schulische Suchtprävention kann dazu beitragen, Jugendliche zu stützen, Entlastung zu schaffen, sie in die Lage zu versetzen, auf Krisensituationen kompetent zu reagieren und ein suchtförderndes Verhalten zu vermeiden.

## Beratung

Im Rahmen der ambulanten Abklärung erhalten Betroffene individuelle Unterstützung und Begleitung durch Mitarbeiter\*innen des Beratungs- & Betreuungsteams. Unsere Berater\*innen sind in ganz Österreich für Betroffene unterwegs. Gespräche können in Krankenhäusern, Justizanstalten, Einrichtungen der Sozialen Arbeit, in den Beratungszentren des Vereins *Grüner Kreis* und überall dort stattfinden, wo sich Hilfesuchende aufhalten.

### Unser Angebot richtet sich an

- Menschen mit substanzgebundenen Suchterkrankungen (legal und illegal)
- Menschen mit nicht substanzgebundenen Suchterkrankungen (z.B. pathologisches Glücksspiel)
- suchtkranke Erwachsene und Jugendliche
- ältere Suchtkranke
- suchtkranke Eltern und Mütter mit ihren Kindern
- Menschen mit komorbiden Erkrankungen
- Klient\*innen aus Wien, die einen körperlichen Teil- oder Vollentzug absolvieren möchten
- Klient\*innen aus Wien, die eine Alkoholrehabilitation absolvieren möchten
- Menschen mit einer richterlichen Weisung (§35 und § 39 SMG, § 50/51 StGB, § 173 StPO, § 179 StVG)
- Angehörige

## Stationäre Kurzzeittherapie

Die stationäre Kurzzeittherapie ist gedacht für erwachsene Suchtkranke die einer kurzfristigen stationären Intervention bedürfen, die rasch stabilisiert werden können und in einer weiterführenden ambulanten Therapie behandelt werden können. Idealerweise sind diese Klient\*innen in ihrem persönlichen Umfeld noch sozial integriert. Eine abgeschlossene Ausbildung oder eine Arbeitsstelle ist vorhanden bzw. es kann wieder rasch ein Arbeitsplatz gefunden werden.

Aufnahme finden auch Klient\*innen mit einer Weisung zu einer gesundheitsbezogenen Maßnahme (»Therapie statt Strafe« nach §35 und § 39 SMG, § 50/51 StGB, § 173 StPO, § 179 StVG), da der Bund die stationären Behandlungskosten nur bis zu einem Ausmaß von 6 Monaten übernimmt.

Im Rahmen der stationären Kurzzeittherapie findet auch die Alkoholentwöhnung/-rehabilitation für Wiener Klient\*innen statt. Sie haben die Möglichkeit, sich nach einem körperlichen Teil- oder Vollentzug, einer stationären Reha-Entwöhnung in der Dauer von 1 bis 3 Monaten im Sonderkrankenhaus Marienhof zu unterziehen. Mit »Alkohol. Leben können.« gibt es neue Möglichkeiten für die Betreuung, welche ganz auf die individuelle Situation der/des Betroffenen zugeschnitten ist.

## Stationäre Langzeittherapie

Die stationäre Langzeittherapie ist gedacht für jugendliche und erwachsene Suchtkranke, Paare oder Mütter mit Kindern, Multimorbiditätsklient\*innen und Menschen die ihr Leben und sich selbst neu organisieren und neu orientieren müssen. Sie ist für Menschen geeignet, die über einen sehr langen Zeitraum eine Vielzahl von Suchtmitteln missbrauchten (Polytoxikomanie), bei Abhängigen mit psychiatrischen Diagnosen, Persönlichkeits- und/oder Sozialisationsstörungen, psychischen oder physischen Folgeerkrankungen sowie psychosozialen Auffälligkeiten.

Therapieziel ist das Erleben von stützenden, zwischenmenschlichen Beziehungen und das Erkennen und Verstehen von Zusammenhängen zwischen Suchterkrankung und eigener Lebensgeschichte.

Ziel ist die nachhaltige Rehabilitation und Integration der Klient\*innen. Gewöhnung an ein abstinent oder substituiertes, ohne Beikonsum, zu führendes, geregeltes Arbeitsleben, gesicherte Wohnsituation, finanzielle Absicherung, Finden und Förderung von Ressourcen, Berufsfindung und -ausbildung stehen im Vordergrund.



# Leistungsangebot

## Ambulante Behandlung/Rehabilitation

Ambulante Betreuung und Behandlung/Rehabilitation bedeutet die Begleitung von Betroffenen unter Beibehaltung ihrer aktuellen Lebensumstände. Das heißt, die Behandlung wird in den persönlichen Alltag der\*des Betroffenen integriert. In unseren sechs ambulanten Beratungs- und Betreuungszentren in Wien, Graz, Linz, Klagenfurt und Wr. Neustadt, bieten wir ein breites Beratungs- und Behandlungsspektrum an.

Für **Wiener Klient\*innen** wird die Ambulante Therapie/Rehabilitation in vier Intensitätsmodulen zwischen 3 und 24 Monaten angeboten. Sie ist sowohl für nicht substituierte Klient\*innen (Drogen, Alkohol etc.) als auch für substituierte Klient\*innen und für Klient\*innen mit einer substanzgebundenen (Drogen, Alkohol etc.) sowie für Klient\*innen mit einer nicht substanzgebundenen Suchterkrankung (z.B. Spielsucht) sowohl für Jugendliche als auch Erwachsene geeignet.

Für **KlientInnen aller übrigen Bundesländer** beträgt die ambulante Behandlung/Rehabilitation 6 bis 18 Monate. Am Ende dieser Behandlung/Rehabilitation sollten Klient\*innen in der Lage sein, ihr Leben selbstbestimmt führen zu können, die nötigen Hilfskontakte und -ressourcen zur Hand zu haben, sozial integriert und finanziell abgesichert zu sein, sich in einer zufriedenstellenden Wohnsituation und im Idealfall in einem Arbeits- oder Ausbildungsverhältnis zu befinden.

## Stationäre Dauerbetreuung

Die stationäre Dauerbetreuung mit und ohne dislozierter Wohnform bietet Betroffenen nach Abschluss der stationären Behandlungsphase ein Folgebetreuungs- und Folgebehandlungsmodell. Auf diese Weise können Schritte zur größtmöglichen Selbständigkeit erprobt und umgesetzt werden. Zudem können die Strukturen der *Therapeutischen Gemeinschaft* weiterhin genutzt werden.

Die langjährigen Erfahrungen des Vereins *Grüner Kreis* mit Menschen mit vorliegender Komorbidität zeigen die dringende Notwendigkeit einer möglichen Weiterbetreuung und -behandlung/Rehabilitation nach abgeschlossener stationärer Therapie (über 18 Monate hinaus).

Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, entweder in einer integrierten Wohneinheit der *Therapeutischen Gemeinschaft* oder in einer nahe gelegenen, vom Verein *Grüner Kreis* angemieteten, Wohnung autonom zu leben. Die entsprechende dazugehörige Betreuung erfolgt nach einem gemeinsam und individuell entwickelten Behandlungs-/Rehabilitations- und Betreuungsplan.

## Stationärer Vollentzug & Teilentzug

Klient\*innen mit Hauptwohnsitz in Wien haben die Möglichkeit eines stationären körperlichen Teil- oder Vollentzugs im Sonderkrankenhaus Marienhof. Die Dauer der Behandlung beträgt bei Alkohol und illegalen Substanzen 4 Wochen.

Eine weitere notwendige Behandlung/Rehabilitation muss im Anschluss an den Voll- bzw. Teilentzug erfolgen, da an den Entzug immer zumindest ein kurzes stationäres Modul (1 Monat) oder ein längeres (min. 3 Monate) stationäres und danach ein ambulantes Modul (3 bis 24 Monate) anschließen muss.

Beim Vollentzug ist das Ziel naturgemäß der vollständige körperliche Entzug von legalen oder/und illegalen Substanzen.

Beim Teilentzug werden alle legalen/illegalen Substanzen unter Beibehaltung eines Substitutionsmittels entzogen. Der Teil- oder Vollentzug wird immer mit besonderem Augenmerk auf die Bedürfnisse der einzelnen Klient\*innen durchgeführt. Basis dafür ist eine allgemeinmedizinische und psychiatrische Anamnese, aus der sich die Behandlungsnotwendigkeiten ergeben.

## AMS-NÖ Beschäftigungsprojekt

Im Rahmen des Gemeinnützigen Beschäftigungsprojektes wird Klient\*innen, die das stationäre Langzeittherapieprogramm erfolgreich abgeschlossen haben, die Möglichkeit geboten, einen vom AMS Niederösterreich geförderten Arbeitsplatz auf Zeit (1 Jahr, Möglichkeit der Verlängerung auf 1 1/2 Jahre) zu erhalten. Die Transitmitarbeiter\*innen sind in den verschiedensten Arbeitsbereichen (Landwirtschaft, Bau und Renovierung, Tischlerei, Fuhrpark, Seminarhotel, Kreativwerkstätten, Schlosserei, Büro, Catering, Lager etc.) eingesetzt und werden von qualifiziertem Fachpersonal angeleitet. Zusätzlich zu den geförderten Arbeitsplätzen auf Zeit werden Klient\*innen und Exklient\*innen bei Umschulungen, Lehrlingsausbildungen und spezifischen Facharbeiter\*innenausbildungen entsprechend ihrer individuellen Interessen unterstützt. Durch dieses Programm konnte die Therapieerfolgsquote deutlich gesteigert und die anschließende Reintegration in den freien Arbeitsmarkt entscheidend verbessert werden. Bei entsprechender Weiterentwicklung und Berufsausbildung der Klient\*innen ist nach Beendigung der Transitmitarbeiter\*innenphase auch eine Übernahme in ein reguläres Beschäftigungsverhältnis beim Verein *Grüner Kreis* möglich.



# Sucht und Selbstregulation



von Human-Friedrich Unterrainer

Neuere Ansätze verstehen Suchterkrankungen als Ausdruck defizitärer Beziehungserfahrungen mit nahen Bezugspersonen, welche meist in der frühen Kindheit stattgefunden haben und im späteren Erwachsenenleben kompensiert werden müssen.

Es gibt die verschiedensten Ansätze zur Erklärung, warum ein Mensch süchtig wird. Das möglicherweise etablierteste Modell begreift das Phänomen Sucht als das Ergebnis einer Interaktion verschiedener bio-psycho-sozial bedingter Einflussgrößen. Das menschliche Individuum mit seinen speziellen Anlagen und Interessen, welches permanent im Austausch mit seiner Umwelt steht, kommt im Laufe seiner Entwicklung ständig in Kontakt mit Rausch bringenden Substanzen. Oftmals sind es die Übergänge zwischen bestimmten Lebensphasen (z.B. die Pubertät), die Menschen dazu verleiten, Drogen zu konsumieren. In den meisten Fällen bleibt es beim Gebrauch oder beim Missbrauch – in eher seltenen Fällen werden Menschen suchtkrank oder abhängig von einer Droge.

Grundsätzlich gibt es in der Suchtpsychologie zwei mögliche Perspektiven zur Entstehung einer Suchterkrankung – »top down« (von oben nach unten) versus »bottom up« (von unten nach oben). Auf der einen Seite haben wir die Lerntheorien (»top down«). Sucht basiert hier auf Verstärkungslernen. Person XY macht die Erfahrung, dass es ihr auf einem gesellschaftlichen Anlass viel leichter fällt, mit anderen Menschen ins Gespräch zu kommen, wenn sie etwas Alkohol getrunken hat. Diese Erfahrung wird gelernt bzw. gespeichert und im Sinne der klassischen bzw. operanten Konditionierung auf andere Situationen generalisiert. Person XY greift in weiterer Folge immer häufiger zur Flasche, auch wenn es sich nicht um soziale Anlässe handelt – es findet sich immer öfter ein Grund, sich durch die Substanz Erleichterung zu verschaffen. Auf der anderen Seite gehen psychoanalytische Theorien u.a. von einer Störung in der Persönlichkeitsentwicklung aus (»bottom up«). Im psychoanalytischen Modell wird die Droge zur Entlastung defizitär ausgebildeter Ich-Strukturen angewandt – Bedürfnisse des Es und Ansprüche des (oftmals überstrengen) Über-Ichs werden so für den Moment scheinbar in Einklang gebracht. Doch der Schein trügt - das Erwachen am nächsten Morgen kommt bestimmt und die am Vorabend in Watte

gepackten, weil in Alkohol getränkt und betäubten Über-Ich Instanzen nehmen gnadenlos Rache. Dieses wenig funktionale Wechselspiel zwischen Es und Über-Ich lässt den Menschen nach immer kürzer werdenden Regenerationsphasen dann immer öfter zur Flasche greifen – die Abwärtsspirale der Sucht ist in Gang gesetzt.

Darüber hinaus erscheint es mir an dieser Stelle wichtig, zwischen einer physischen und/oder psychischen Abhängigkeit zu unterscheiden. So kann es zum Beispiel beim Alkoholismus zu starken bis hin zu lebensbedrohlichen Zuständen (etwa in Form eines Delirs während eines Alkoholentzugs) bedingt durch die physische Abhängigkeit kommen. Dem entsprechend ist das Auftreten von physischen Begleiterscheinungen bei stoffgebundener Sucht generell häufig. Vor allem bei den stoffungebundenen Suchterkrankungen (wie zum Beispiel der Spielsucht) kommt es zu einer verstärkten psychischen Abhängigkeit. So wird der Mensch vom Glücksspiel in erster Linie auf psychologischer Ebene abhängig, die körperlichen Folgeschäden sind in den meisten Fällen vernachlässigbar. Allerdings, es gibt Berichte von Glücksspielabhängigen, die im Spielrausch jegliche Nahrungsaufnahme über längere Zeit ausgeblendet haben und beinahe verhungert oder verdurstet sind. Des Weiteren lässt sich zwischen der Abhängigkeit von einer bestimmten Droge oder Substanz (zum Beispiel dem Alkohol) und der Abhängigkeit von mehreren Substanzen (Polytoxikomanie) unterscheiden, wobei letztere als Form des chaotischen Mischkonsums erstens klinisch sehr häufig zu beobachten und zweitens in den meisten Fällen als prognostisch ungünstiger für die Therapie zu bewerten ist.

Im Einklang mit den klassischen Ansätzen zur Beschreibung und Erklärung von Suchterkrankungen stellen neuere Suchttheorien oftmals den Beziehungs- bzw. Bindungsaspekt in den Vordergrund. So verstehen neuere psychodynamisch orientierte, bindungstheoretische Ansätze Suchterkrankungen als Ausdruck defizitärer Beziehungserfahrungen mit nahen Bezugspersonen (sehr oft

die Eltern), welche meist in der frühen Kindheit stattgefunden haben und im späteren Erwachsenenleben kompensiert werden müssen. Damit in Einklang stehend stellen systemische Theorien die Dynamik und die Beziehung zwischen den Familienmitgliedern in den Mittelpunkt. Dem entsprechend verweisen die empirischen Ergebnisse unserer Gruppe, als auch anderer ForscherInnen weltweit, auf den Zusammenhang zwischen unsicheren Bindungsmustern und süchtigem Verhalten.

Der unsicher gebundene Mensch steht im Allgemeinen öfter als der sicher gebundene Mensch unter Stress, vor allem hinsichtlich der Verfügbarkeit bzw. der Verlässlichkeit seiner ihm wichtigen Bezugspersonen. Es erscheint ihm schwerer möglich, seine Emotionen zu regulieren, d.h. zum Beispiel hilfreiche psychische Instanzen abzurufen. So beruhen diese inneren Arbeitsmodelle ebenfalls auf Erfahrungen in der frühen Kindheit und betreffen vor allem die individuelle Erwartungshaltung hinsichtlich des Verlaufs von sozialen Interaktionen. Unsicher gebundenen Menschen fällt es schwerer, soziale Situationen richtig einzuschätzen – oftmals wird die Haltung des Umfelds als deutlich kritischer eingeschätzt, als sie eigentlich ist. Durch die Droge kann der emotionale Haushalt für eine bestimmte Zeit stabilisiert bzw. substituiert werden. Dem entsprechend ist das eigentliche Substitutionsmittel, welches ja häufig im Rahmen einer Suchtbehandlung als Medikament zur Anwendung kommt, aus psychodynamischer bzw. bindungstheoretischer

Perspektive teils kritisch zu betrachten. Möglicherweise werden unsichere Bindungsmuster durch das Substitut artifizial von »unsicher« auf »sicher« geschaltet, was sich dann negativ auf eine mögliche Nachreifung der Persönlichkeit auswirken könnte.

Der suchtkranke Mensch versucht, sein brüchiges Selbst-Erleben durch den Drogenkonsum zu stabilisieren und scheitert meist kläglich. Dem entsprechend kann der Substanzkonsum auch als dysfunktionale Form der Selbstmedikation verstanden werden. Gefühle von Angst und Depression sollen durch die Drogeneinnahme unterdrückt werden und werden am Ende dann doch verstärkt. Hier findet sich oftmals eine Huhn-Ei-Problematik als Antwort auf die Frage, was nun eigentlich zuerst da gewesen ist: Die Drogenabhängigkeit oder eine unabhängig davon auftretende psychische Erkrankung. Die Psychiatrie kennt hier den Begriff der Komorbidität. Dem entsprechend lässt sich zusammenfassen, dass sowohl alle neurotischen als auch psychotischen Störungsbilder mit einem erhöhten Ausmaß an Suchterkrankungen einher gehen. Oftmals kommen noch körperliche Gebrechen hinzu, womit dann von einem multimorbiden Zustandsbild gesprochen werden kann.

Die Corona-Pandemie brachte viele Menschen, auch solche, die sich eigentlich als psychisch robust beschreiben würden, an ihre Grenzen. Das Erleben von Einsamkeit und Isolation kann jeden Menschen treffen und hat per se einmal nichts mit einer psychischen Erkrankung zu tun. Es

ist fast schon unnötig, zu erwähnen, dass der Konsum von Rauschdrogen in der Pandemie zugenommen hat – ob er nach Pandemie-Ende wieder abnimmt, bleibt abzuwarten. Sicher ist: Wir leben in einer unsicheren Welt, die im besonderen Maß dazu verleitet, das Selbst-Erleben durch Substanzkonsum auf »sicher« zu schalten.

### Weiterführende Literatur

**Fuchshuber, J., & Unterrainer, H. F. (2020).** Childhood trauma, personality, and substance use disorder: The development of a neuropsychanalytic addiction model. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 531.

**Rummel, C. & Gaßmann, R. (2019).** Sucht: biopsych-sozial: Die ganzheitliche Sicht auf Suchtfragen-Perspektiven aus Sozialer Arbeit, Psychologie und Medizin. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.

**Khantzian, E. J. (2013).** Addiction as a self-regulation disorder and the role of self-medication. *Addiction*, 108(4), 668-669.

**Unterrainer, H. F., Hiebler-Ragger, M., Roggen, L., & Kapfhammer, H. P. (2018).** Sucht als Bindungsstörung. *Der Nervenarzt*, 89(9), 1043-8.

**Walter, M., Sollberger, D., & Euler, S. (2022).** Persönlichkeitsstörung und Sucht. Kohlhammer Verlag.

### Univ.-Prof. PD mult. Dr.Dr. Human-Friedrich Unterrainer

Professor für Psychotherapiewissenschaft an der Sigmund Freud PrivatUniversität Wien  
Privatdozent an der Uni Wien, Med Uni Graz und Karl-Franzens-Uni Graz

Wissenschaftlicher Leiter des Zentrums für Integrative Suchtforschung (CIAR) im Verein Grüner Kreis  
Klinischer und Gesundheitspsychologe; Psychotherapeut; Lehrtherapeut

Beziehungen zu den Eltern) und Glaubensprozesse (z. B. Religiosität) als protektive Faktoren fungierten (Sujarwoto et al., 2023). Die Gesamtprävalenz verhaltensbezogener Süchte während der Pandemie wurde in einer Metaanalyse mit 11,1% ermittelt (Alimoradi et al., 2022).

### Conclusio

Insgesamt stellt die Komorbidität affektiver Erkrankungen mit Suchterkrankungen einen wesentlichen Risikofaktor für Ausgang und Verlauf des Krankheitsbildes dar, dessen Prävalenz durch äußere psychosoziale Veränderungen während einer pandemischen Lage sowie durch prädisponierende, neurobiologische Faktoren moduliert wird. Da durch neurobiologische und psychologische Disponenten

ein Aufkommen der Komorbidität beider Störungsbereiche zumindest begünstigt aufzutreten scheint, scheint deren Beachtung während der COVID-19-Pandemie von besonderem Interesse zu sein. Dies erklärt sich einerseits durch den Entzug jener Faktoren, welche die individuelle Resilienz stärken und aufrechterhalten können (z. B. ein soziales Umfeld), andererseits aber auch durch den Anstieg von pandemiebedingten Stressoren und Vulnerabilitätsfaktoren (z. B. Ansteckungsangst oder finanzielle Sorgen). Zudem scheinen Personen mit Suchterkrankungen auch einem höheren COVID-19-Ansteckungsrisiko ausgesetzt zu sein. Allgemein scheint eine angemessene, multimodale psychische Betreuung von Personen, die bereits von einer psychischen Erkrankung betroffen sind, sowie

präventiv in der Allgemeinbevölkerung ein Schlüsselfaktor zur Vermeidung komplexerer, komorbider Krankheitsverläufe zu sein. Zukünftige Interventions- und Präventionsprogramme könnten hierbei konkret an den jeweils diskutierten Push- und Pullfaktoren ansetzen.

### Jorgos Nikolas Lang, BSc

Masterstudium der Psychologie, ist als Wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Klinischen Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin der Medizinischen Universität Graz tätig. In seinen Publikationen als Koautor setzte er sich zuletzt mit psychischen Folgen und Vulnerabilitäten der Pandemie auseinander. Aktuell beschäftigt er sich mit der Risikoabschätzung möglicher Folgen von Mikroplastikbelastung im Körper auf die Psyche im Rahmen des Forschungsprojektes »Umwelt und Psyche«.

# Spurensuche

## Mein Leben mit der Depression

Es fällt mir sehr schwer, über meine Depression zu sprechen. Ich wurde als Kind schon gehänselt und dachte mir, ich bin nicht normal. Ich wurde sehr jähzornig und dachte mir, ich bin nicht normal mit Gewalt zu kompensieren. Zum anderen wuchsen die ersten Suizidgedanken in mir heran. Diese versprachen mir Ruhe und Frieden. Mit 14 wurden diese Gedanken immer konkreter, ich fing an, mich zu schneiden. Mit 17 versuchte ich, mich vor ein Auto zu werfen. Ich wollte einfach einen Schlussstrich ziehen. Meine Jugendzeit war voller Ängste und Unsicherheiten. Das förderte mein Suchtverhalten schon in der Jugend. Ich griff immer mehr zum Alkohol, es wurde zur Normalität. Drogen spielten nur eine Nebenrolle, aber waren schon ein Thema, sie begleiteten mich doch ein paar Jahre. Sie förderten meine Ängste und Unsicherheiten massiv zutage. Mit 20 schaffte ich den Absprung von den Drogen ohne fremde Hilfe. Doch das Problem mit dem Alkohol bestand weiterhin, das führte mich in eine ausweglose Situation. Ich verlor alles, was ich mir aufgebaut hatte. Ich betäubte mich, brach alle sozialen Kontakte ab, vergrub mich in meinem Zimmer. Meine Suizidgedanken wurden immer stärker von Tag zu Tag, bis ich wieder mehrere Versuche hinter mir hatte. Doch die Erlösung war in weiter Ferne, es schien mir ausweglos.

Ich brauchte dringend Hilfe, die ich mir nicht zugestand. In meiner Verzweiflung rief ich meinen Bruder an, der alarmierte die Rettung. So kam ich in eine geschlossene Anstalt. Die ersten Tage waren sehr hart, ich konnte es kaum glauben, wo ich mich befand. Meine Gedanken kreisten. Ich bin doch ein Versager, wo bin ich nur gelandet, so weit hat es kommen müssen. Ich hatte sehr starke Entzugserscheinungen, psychisch wie körperlich, mein Selbstbewusstsein war praktisch nicht mehr vorhanden, ich war am Boden zerstört. Nun fing ich wieder von null an, Tag für Tag, Stück für Stück, mit Hilfe der Ärzte und Pfleger. Ich bekam die Chance, hier im Grünen Kreis meine Therapie fortzusetzen. Es ist ein langer Weg zur Genesung, doch es hat sich schon sehr gelohnt. Meine körperliche und seelische Verfassung ist derzeit sehr stabil. Jeder Tag in dieser Einrichtung festigt mein Selbstbewusstsein.

Bernhard



### Der Nebel der Depression

Alles hat einen Anfang, und die Depression beginnt mit einer subtilen Prise. Kaum wahrnehmbar zu Beginn. Sie kann durch ein Ereignis oder einen einzelnen Gedanken ausgelöst werden. Oder einfach als Antwort auf Ebbe und Flut, wie sie das Leben so bringt, entstehen. Sie schleicht sich langsam in unser Leben, wie ein Nebel, der deine Sicht verdunkelt und deine Wahrnehmung der Realität verwischt.

Am Anfang mag es noch einfach sein, die Gefühle von Trauer, Hoffnungslosigkeit und Leere zu überstreichen. Du sagst dir selbst, dass es nur eine Phase ist, die vorübergehen wird. Du sagst es dir immer wieder. Doch die Depression verweilt wie ein hartnäckiger Fleck, der sich weigert, zu verbleichen. Je mehr Zeit vergeht, desto stärker wird die Depression, sie übernimmt dein Leben wie ein tobender Sturm. Es wird schwerer und schwerer, Freude zu finden in den Dingen, die dich früher erfüllt haben. Du fühlst keine Verbindung mehr zu der Welt, da du in einer anderen Realität lebst als die anderen Menschen. Die Tage werden zu Wochen und die Wochen werden zu Monaten. Dir fehlt selbst die Kraft, dass du morgens aus dem Bett kommst, um dich dem Tag zu stellen. Das Gewicht der Depression zieht dich runter und erstickt dich mit seinem endlosen Rad an negativen Gedanken und Emotionen. Egal, wie hart man versucht, dagegen anzukämpfen, die Depression ist uns immer einen Schritt voraus und wartet darauf, uns runter in die Dunkelheit zu ziehen. Es ist ein ständiger Kampf, zu versuchen, den Kopf über Wasser zu halten. Du versuchst alles, um dich vom Griff der Depression zu befreien, aber es ist, als ob du versuchen würdest, einen Berg mit einem gebrochenen Bein zu erklimmen. Es ist ein langer steiniger Weg, dessen Ende für dich unerreichbar erscheint.

Am Ende fühlt sich die Depression an wie eine lebenslange Freiheitsstrafe, ein niemals endender Zyklus von Schmerz und Verzweiflung, aus dem man nicht entkommen kann. Man fühlt sich gefangen in einem Gefängnis, das man selber geschaffen hat, ohne jede Hoffnung, jemals den Schlüssel zur Freiheit zu finden. Du hoffst, dass sich der Nebel irgendwann legt. Aber nichts passiert. Du hoffst, dass sich der Sturm irgendwann beruhigt. Aber nichts passiert. Da ist kein Glimmern von Hoffnungen, keine Sonne. Da ist nichts. Da ist kein Licht am Ende des Tunnels. Da ist nichts.

Stefan G.

# Alkoholabhängigkeit und Scham



von Hannes Felber

Scham ist ein möglicher Auslöser für den Konsum von Alkohol und die damit verbundene Wirkung ist als eine Art Selbstmedikation für belastende Gefühlszustände zu sehen, denen der Betroffene hilflos gegenübersteht.

**B**is heute zählt unter allen psychischen Erkrankungen die Alkoholabhängigkeit neben anderen Substanzabhängigkeiten zu den am höchsten stigmatisierten. Regelmäßiger Alkoholkonsum wird meist als normal angesehen – Alkohol tue gut oder Alkohol sei reine Privatsache (Lindenmeyer, 2005). Bei Alkoholkranken ist oftmals die Rede von willensschwachen, dem lustvollen und ausschweifenden Lebensstil frönenden, aggressiven, unberechenbaren, bagatellisierenden oder verlogenen Individuen, welche ohnehin unheilbar seien. Die Tatsache, dass die Veränderungsmotivation für gesundheitsförderliche Maßnahmen bei Diabetes mellitus Typ 2 oder Bluthochdruck in keiner Weise häufiger ist, bringt das Klischee der Willensschwäche rasch ins Wanken (Schomerus, 2011).

Der wahre Hintergrund für die Entstehung einer Alkoholabhängigkeit wird im Allgemeinen selten hinterfragt. Das biopsychosoziale Modell bietet hier eine fundierte Erklärung zur Entstehung von Abhängigkeitserkrankungen, die, wie alle psychischen Erkrankungen, multikausal determiniert sind. Biologische, entwicklungspsychologische, sozialpsychologische und juristisch-sozialrechtliche Anteile ergeben ein wertneutrales Krankheitsmodell.

In einigen dieser Anteile und den damit verbundenen individuellen Kontexten kann Scham eine Rolle spielen. Scham ist somit ein möglicher Auslöser für den Konsum von Alkohol, und die damit verbundene, als positiv erlebte Wirkung ist als eine Art Selbstmedikation bzw. als ein Regulativ für unangenehme, äußerst belastende Gefühlszustände, denen der Betroffene hilflos gegenübersteht, zu sehen. Scham als Ursache für den Konsum wird als primäre Scham bezeichnet.

Die eventuellen Nebenwirkungen des Rausches wie beispielsweise Distanzlosigkeit, verbale Entgleisungen oder aggressives Verhalten und das Bewusstsein, vom Alkohol abhängig zu sein, lösen wiederum Scham aus, und um dieses Verhalten bzw. das Wissen um die Abhängigkeit abwehren zu können, wird wiederum konsumiert. Diese Form wird als sekundäre Scham bezeichnet (Tiedemann, 2019).

Scham als subjektives Gefühl ist ein Affekt mit hohem Bezug zu Anteilen des Selbst und zum anderen und findet daher immer auf einer zwischenmenschlichen Ebene statt (Wheeler, 2006). Prägend für die Entwicklung von Scham ist somit, wie ein Kind innerhalb seiner Entwicklung mit all den damit verbundenen negativen Affekten und Unzulänglichkeiten von seinen Bezugspersonen angenommen wurde.

Der Mangel dieses Angenommenwerdens ruft meist eine fehlende Integrität des Selbst und ein damit verbundenes instabiles Selbstwertgefühl hervor.

Scham ist jedoch nicht ausschließlich negativ: Rost (1987) bezeichnet Scham und Schuldgefühle als Komponenten der Moral, die in ihrer Verbindlichkeit

zur Regulierung unserer Gefühle innerhalb sozialer Beziehungen dienen. Unser Gehirn ist außerdem evolutionspsychologisch gesehen auf sozialen Zusammenhalt angewiesen, in dem das Fehlen der Zugehörigkeit zur (urzeitlichen) Gruppe ein Überleben unmöglich gemacht hätte.

In Anbetracht der neurobiologischen Vorgänge bei Demütigung oder sozialer Ausgrenzung, welche zeigen, dass dabei ein ähnliches Schmerzempfinden ausgelöst wird wie bei körperlichem Schmerz (Cozolino, 2007), kommt der therapeutischen Haltung gegenüber beschämten Personen eine besondere Bedeutung zu. Primärer Bestandteil sind demnach nicht Methoden, Techniken oder eine Konfrontation auf kognitiver Ebene, sondern zuallererst die uneingeschränkte, vollumfassende Anerkennung der Patient\*innen in ihrer Verfasstheit in dem Wissen, dass Scham und Empfänglichkeit für Scham Teil des menschlichen Daseins sind.

Dabei muss sich der/die Therapeut\*in dessen bewusst sein, dass es unmöglich ist, über Scham zu sprechen, ohne dass Scham herbeigeführt wird. Durch den ansteckenden Charakter der Scham kommt der Umgang des Therapeuten/der Therapeutin mit der eigenen Scham ein hoher Stellenwert zu (Wheeler, 2006). Der Vorgang zur Verortung von Scham in der Biografie geht oftmals mit Gefühlen der Verzweiflung, Hilflosigkeit, Traurigkeit oder Isolation der Patient\*innen einher. Die Herstellung einer vertrauensvollen, therapeutischen Beziehung ohne moralische Beurteilung oder Bewertung und der in weiterer Folge aktive Austausch über die Inhalte der Scham und die damit verbundenen bzw. zugrunde liegenden Gefühle, Impulse und Gedanken geht über das bloße Zuhören und Sichmitteilen hinaus. Nach Buber (1995), der die Begriffe der Umfassung und der Einfühlung unterscheidet, ist nur wirkliche Umfassung, das heißt, sich nicht nur in den anderen einzufühlen und damit das Eigene aufzugeben, sondern als Therapeut\*in sowohl bei sich selbst als auch beim Gegenüber zu sein. Vorstellbar ist dies als Pendelbewegung, die es ermöglicht,



Die Nebenwirkungen des Rausches lösen wiederum Scham aus

konkrete Vorstellungen und Fantasien vom Denken und Fühlen des Klienten/der Klientin zu erfahren, ohne mit der Gedanken- und Gefühlswelt des Patienten/der Patientin zu verschmelzen.

In der Therapie ist es aufgrund möglicher Bagatellisierung oder Verleugnung von Rückfällen, Distanzlosigkeit oder Unzuverlässigkeit bei Einhaltung von Terminen mitunter schwierig, diese wertschätzende Haltung beizubehalten. Gerade hier ist es wichtig, sich als Therapeut\*in der Übertragungs- und Gegenübertragungsgefühle gewahr zu sein, um den Klienten/die Klientin in seiner/ihrer momentanen Verfasstheit zu respektieren.

Durch einen gelungenen therapeutischen Prozess wird eine Veränderung der Sicht des Patienten/der Patientin auf seine/ihre in der Biografie begründete Scham möglich gemacht und ein Bewusstsein über die aus Angst vor Zurückweisung und Herabwürdigung verdrängten Gefühle und Affekte geschaffen. Der/die Patient\*in sieht sich selbst nun im »wahren Licht« und kann sich als Individuum akzeptieren.

Die anfangs beruhigende, angstlösende, wärmende und ein menschliches Gegenüber ersetzende Komponente des Alkohols wäre hilflos und der/die

Patient\*in ist in der Lage, seine/ihre Affekte selbst zu regulieren.

Was sich hier in der kurzen Darstellung so einfach anhört, ist in der Theorie und Praxis in vielerlei Hinsicht komplex und heikel. Ausgespart wurde, neben der Vorstellung einiger möglicher Interventionen, Techniken und Übungen in der Therapie, auch eine Erläuterung der Bedeutung der Einbeziehung des Umfelds des Patienten/der Patientin im Sinne eines multimodalen, multidimensionalen Therapieansatzes (Brownell, Schulthess, 2016). Weiters ist zu erwähnen, dass es Zusammenhänge zwischen Scham und affektiven Störungen wie beispielsweise einer depressiven Symptomatik, einer sozialen Phobie, einer narzisstischen Störung oder einer posttraumatischen Belastungsstörung zu beachten gibt (Tiedemann, 2007). Mögliche psychiatrische Komorbiditäten im Rahmen einer Alkoholabhängigkeit ergeben einen weiteren Aspekt in der Therapie- und Behandlungsplanung.

#### Literatur

**Buber, Martin** (1995). *Ich und Du*. Stuttgart: Reclam.

**Brownell, Philip, Schulthess, Peter** (2016). *Abhängiges Verhalten*. In: Francesetti, Gianni,

Gecele, Michela, Roubal, Jan (Hrsg.). *Gestalttherapie in der klinischen Praxis*. Gevelsberg: Verlag Andreas Kohlhaage.

**Cozolino, Louis** (2007). *Die Neurobiologie menschlicher Beziehungen*. Kirchzarten: VAK Verlags GmbH.

**Lindemeyer, Johannes** (2005). *Lieber schlau als blau*. Weinheim: Beltz, Psychologie Verlags Union.

Rost, Wolfgang (1987). *Scham & Schuldgefühl*. In: *Die Gefühle. Leben und Gesundheit*. Basel: Birkhäuser.

**Rummel, Christina, Gaßmann, Raphael** (Hrsg.) (2020). *Sucht: bio-psycho-sozial*. Stuttgart: W. Kohlhammer.

**Stammler, Frank-M.** (2009). *Das Geheimnis des Anderen – Empathie in der Psychotherapie*. Stuttgart: J.G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger.

**Tiedemann, Jens L.** (2019). *Scham*. Gießen: Psychosozial Verlag.

**Wheeler, Gordon** (2006). *Jenseits des Individualismus*. Köln: Peter Hammer Verlag.

**Internetressource:** [https://refubium.fu-berlin.de/bitstream/handle/fub188/4758/13\\_Dritter-Teil\\_Kapitel\\_11.pdf?sequence=14&isAllowed=y](https://refubium.fu-berlin.de/bitstream/handle/fub188/4758/13_Dritter-Teil_Kapitel_11.pdf?sequence=14&isAllowed=y) [aufgerufen am 14.04.2023].

#### Hannes Felber, DGKP, LSB

Psychotherapeut in Ausbildung unter Supervision (Integrative Gestalttherapie) in der b.a.s. [betrifft abhangigkeit und sucht], Steirische Gesellschaft fur Suchtfragen. [www.bas.at](http://www.bas.at)



# Alkoholkonsumstörungen und Suizidalität



von Ulrich W. Preuss  
Jessica Wei Mooi Wong  
Friedrich M. Wurst

## Einführung

Epidemiologische und klinische Studien weisen seit vielen Jahren darauf hin, dass Personen mit Alkoholkonsumstörungen (Alkoholabhängigkeit und schädlicher Gebrauch) ein hohes Risiko für Suizide, Suizidversuche und suizidale Ideationen aufweisen [1–10].

Die Lebenszeitprävalenz von Suiziden bei alkoholabhängigen Personen variiert über die Studien zwischen 7 und 15% [2, 3]. Retrospektive Postmortem-Studien (psychologische Autopsie) zeigen zudem, dass 25 bis 35% der Suizide von Personen mit einer Alkoholkonsumstörung begangen werden [4–9]. Auch das Risiko von Suizidgedanken und -versuchen ist signifikant erhöht [10–12]. Klinisch ist eine Unterscheidung zwischen Suiziden und Suizidversuchen wichtig, da sich zwar die Stichproben der Betroffenen überlappen, allerdings geschlechtsspezifische Unterschiede für die Risikofaktoren und Methoden für Suizide und Suizidversuche bestehen.

Beispielsweise ist in den USA die Rate an Suizidversuchen bei jüngeren Frauen häufiger anzutreffen, während ältere Männer die höchsten Raten von Suiziden aufweisen [13, 14], ein Muster, das in den meisten westlichen Gesellschaften zu beobachten ist.

Ziel dieser Übersicht ist es, epidemiologische Ergebnisse der Häufigkeit von suizidalen Ideationen und Verhaltensweisen zu berichten, Risikofaktoren zu benennen, die Rolle der Alkoholintoxikation bei Suizidalität zu bewerten

sowie Hinweise zur Diagnostik und zu (integrierten) Behandlungsstrategien aufzuzeigen.

Diese Übersicht stellt außerdem den Zusammenhang zwischen Alkoholabhängigkeit und Suizidalität stärker in den Vordergrund als mögliche Assoziationen mit schädlichem Alkoholkonsum. Retrospektive Studien zeigen auf, dass eine große Mehrheit der Suizidenten mit Alkoholkonsumstörungen die Kriterien für eine Alkoholabhängigkeit (und nicht des schädlichen Gebrauchs) erfüllen [15]. Diese Unterscheidung wurde im aktuellen US-amerikanischen Diagnosesystem DSM-5 aufgegeben. Dort werden Störungen durch den Gebrauch von Alkohol in der Kategorie »Alkoholkonsumstörungen« zusammengefasst. In der ICD-10 und im ICD-11 wird weiterhin zwischen den Diagnosen »schädlicher Konsum« und »Alkoholabhängigkeit« unterschieden.

## Epidemiologische Studien über Suizidgedanken und -verhalten sowie Alkoholkonsumstörungen

Laut einer Metaanalyse von Mortalitätsstudien liegt das Lebenszeitrisiko für Suizid bei etwa 8% bei Alkoholabhängigkeit. Im Gegensatz zu anderen psychiatrischen Erkrankungen blieb das Suizidrisiko bei Alkoholkonsumstörungen konstant hoch [2]. Alkoholkonsumstörungen waren mit einem stark erhöhten Suizidrisiko verbunden, wie weitere Meta-Analysen [1, 16] und eine große dänische psychiatrische Fallregisterstudie mit einer Nachbeobachtung von bis zu 20 Jahren [17] zeigten. In ihren Meta-Analysen mit einer Nachbeobachtungszeit von bis zu 30 Jahren, die eine Bevölkerung von 45.000 Menschen (90% Männer) in 32 Studien in 11 Ländern (Europa, Nordamerika, Japan) umfassten, wurde ein etwa 6-mal höheres Suizidrisiko bei Alkoholkonsumstörungen (DSMIII-R) im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung berichtet [1]. Die Mehrheit der Untersuchungen zeigte eine Übersterblichkeit durch Suizide bei Alkoholkonsumstörungen zwischen 5 und 10 bei Männern und etwa 20 bei Frauen [1]. Bei Alkoholkonsumstörungen lag das Sterberisiko für Frauen etwa 4,91 (95% CI=4,51–5,33 [18]) höher und bei Männern um den Faktor 18,18 (95% CI= 14,0–23,23 [18]) höher.

Eine vor ca. 10 Jahren publizierte große bevölkerungsbezogene dänische

Kohortenstudie hat gezeigt, dass Personen mit Alkoholkonsumstörungen ein deutlich erhöhtes Suizidrisiko haben, mit einer groben Hazard Ratio (HR) von 7,98 (95% CI = 5,27–12,07 [19]) im Vergleich zu Personen ohne Alkoholkonsumstörungen.

Im dänischen psychiatrischen Fallregister wurden standardisierte Sterblichkeitsraten (SMR) für »Alkoholismus« (ICD8) bei Männern (SMR = 10,64, 95% CI = 10,05–11,25) und bei Frauen (SMR = 15,86, 95% CI = 14,25–17,64) ermittelt [17].

In psychologischen Autopsiestudien, die alle Altersgruppen und beide Geschlechter umfassen, litten zwischen 15 und 61% aller Suizidenten unter Alkoholkonsumstörungen [20]. In Fall-Kontroll Studien unter Verwendung der psychologischen Autopsie wurden alkoholbedingte Störungen trotz unterschiedlicher Diagnosemethoden, Altersgruppen und Männeranteile wiederholt als Risikofaktoren für Suizidalität identifiziert [Übersicht in 20]. Das Suizidrisiko ist durch schädlichen Alkoholkonsum erhöht und steigt besonders stark durch eine Alkoholabhängigkeit, dann um das bis zu 11-Fache für einen Suizid. Das Risiko im Zusammenhang mit Alkoholkonsumstörungen war besonders hoch bei Männern mittleren Alters [21] mit einer chronischen Alkoholkonsumstörung, die zahlreiche psychosoziale, gesundheitliche und persönliche Verluste in ihrer Vorgeschichte erlitten hatten [15].

## Risikofaktoren für Suizide und Suizidversuche

Auch bei kokain- und opioidabhängigen Personen sind die Raten suizidaler Ideationen und Verhaltensweisen erhöht. Mit Ausnahme von Cannabis und Halluzinogenen erhöhen nicht nur der Alkoholkonsum, sondern auch weitere Drogenkonsumstörungen das Risiko für Suizidideen und -versuche [15].

Aktuell alkoholabhängige Personen unterscheiden sich möglicherweise von anderen Stichproben mit Suizidalität, sowohl in demografischen als auch in klinischen Merkmalen (z.B. mehr Frauen, ethnische Minderheiten, mehr Drogenkonsum, höhere Rate von Persönlichkeitsstörungen) [22, 23]. Im Allgemeinen treten Suizide bei alkoholabhängigen Personen am wahrscheinlichsten

im Zusammenhang mit schwerem und chronischem Verlauf der Abhängigkeit und zahlreichen persönlichen und psychosozialen Verlusterlebnissen auf, die während einer langen Alkoholkrankheit auftreten. Bei Personen mit Drogenkonsumstörungen, die sich suizidieren, sind häufiger Jugendliche oder junge Erwachsene betroffen [15].

Erste Studien über den Zusammenhang zwischen Alkoholabhängigkeit und Suizidalität bestanden weitgehend aus retrospektiven Analysen der vollendeten Suizide [1, 2]. Die zeitlich folgende Forschung unternahm prospektive Studien und konzentrierte sich auf die Suizidversuche [24]. Suizidgedanken und Suizidversuche (oder deren Vorgeschichte) sind ein häufig auftretendes klinisches Problem und gleichzeitig ein signifikanter Prädiktor für einen nachfolgenden Suizid [24].

Alkoholabhängige Personen, die selbstmörderisches Verhalten zeigen, scheinen sich in einer Reihe von klinischen Merkmalen von alkoholabhängigen Personen zu unterscheiden, die keine Suizidalität aufweisen. Eine Analyse von Daten aus der COGA-Familienstichprobe (Collaborative Studies on the Genetics of Alcoholism), die umfangreich Suizidalität und Komorbidität psychischer Erkrankungen erfasste, verglich  $n = 3190$  alkoholabhängige Personen mit und ohne eine Vorgeschichte von Suizidversuchen [22]. In dieser Datenauswertung waren alkoholabhängige Personen mit einer Vorgeschichte von Suizidversuchen eher weiblich, durch ein früheres Auftreten und einen stärkeren Verlauf der Alkoholabhängigkeit (größere Anzahl von Abhängigkeitskriterien) gekennzeichnet als Individuen ohne einen Suizidversuch. Insbesondere erhielt dieser Personenkreis häufigere und mehr Behandlungen aufgrund der Alkoholabhängigkeit, wies mehr alkoholbedingte körperliche Probleme und häufigere Episoden alkoholbedingter Gewalt auf als die Vergleichsgruppe.

Personen mit einer Vorgeschichte von Suizidversuchen unterschieden sich darüber hinaus signifikant gegenüber der Vergleichsgruppe durch einen höheren Anteil an komorbidem Drogenkonsum und psychischen Störungen, insbesondere Panikerkrankungen, soziale Phobien und affektive Labilität. Die Prävalenz der Suizidversuche war bei den Verwandten ersten Grades der Personen mit Suizidversuch fast doppelt so hoch wie bei den Personen ohne Suizidalität.

Ebenfalls wurde in dieser Stichprobe ein Vergleich der Personen mit und ohne Suizidversuch über einen Zeitraum von 5 Jahren an  $n = 1237$  Alkoholabhängigen unternommen [24]. Die Studienteilnehmer wurden mit semistrukturierten Interviews sowohl zu Beginn der Studie als auch nach 5 Jahren bewertet. Dabei wiesen alkoholabhängige Personen mit Suizidversuchen in der Vorgeschichte ( $n = 56$ ) ein signifikant erhöhtes Risiko auf, erneut einen Versuch zu unternehmen, als die Vergleichsgruppe ( $n = 1181$ ). Ebenfalls wiesen Personen mit Suizidversuchen während der 5 Jahre deutlich mehr Eigenschaften der Alkoholabhängigkeit, mehr komorbide psychische Erkrankungen und substanzinduzierte psychische Störungen auf. Obwohl in dieser Analyse keine Geschlechterunterschiede festgestellt wurden, waren Personen mit Suizidversuchen eher jünger und lebten häufiger getrennt oder geschieden.

Interessanterweise zeigten zusätzliche Auswertungen zur Charakterisierung von Suizidversuchen unter alkoholabhängigen Personen mittels Querschnittsuntersuchungen, dass gerade junge Frauen mit einer positiven Familienanamnese von suizidalem Verhalten, Kindheitstraumata und Einnahme von Antidepressiva ein signifikant höheres Risiko für Suizidversuche aufwiesen als Personen in der Kontrollgruppe [25]. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass das Ausmaß der Alkoholabhängigkeit, eine positive Anamnese von Suizidversuchen, ein komorbider Drogenkonsum und weitere psychische Störungen wie Angst- und affektive Erkrankungen eng mit dem suizidalen Verhalten sowie Suizidhandlungen alkoholabhängiger Personen assoziiert sind. Neben der Vorgeschichte von Suizidversuchen ist die Komorbidität mit affektiven Erkrankungen, insbesondere Depressionen, einer der wichtigsten Prädiktoren für Suizidalität bei Alkoholabhängigkeit [22, 24].

In diesen Stichproben können depressive Störungen aber auch mit chronischem und regelmäßigem, über viele Jahre bestehendem Alkoholkonsum zusammenhängen. Bei einem Teil der Betroffenen bessern sich die depressiven Symptome mit dem Absetzen des Alkohols oder nach einem Alkoholentzugssyndrom und können völlig sistieren [52]. Deshalb ist die Unterscheidung zwischen alkoholinduzierten und davon »unabhängigen« Depressionen aufgrund des Verlaufes und der folgenden Therapieindikation wichtig [26].

In einer ersten großen Studie ( $n = 2945$ ), die sich mit diesem Thema beschäftigte [26], wurden sowohl unabhängige als auch alkoholinduzierte Depressionen mit suizidalen Verhaltensweisen in Verbindung gebracht. Personen mit unabhängiger Depression (Beginn vor der Alkoholabhängigkeit oder in längeren Phasen der Abstinenz) hatten jedoch eine signifikant höhere Rate von Suizidversuchen (30,3%) als Personen mit alkoholinduzierten Depressionen (24,8%).

Werden Personen mit unterschiedlichen Subtypen der Depression hinsichtlich ihrer Vorgeschichte von Suizidversuchen betrachtet, wiesen Studienteilnehmer mit einer unabhängigen Depression und Suizidversuchen in der Anamnese insgesamt eine höhere Zahl von Suizidversuchen sowie mehr impulsives Verhalten auf [27]. Demgegenüber waren Personen mit induzierter Depression und positiver Anamnese häufiger während ihres schwersten Suizidversuches durch Alkohol oder Drogen intoxikiert und wiesen auch eine schwerere Alkoholabhängigkeit auf. Somit sind Personen mit (unabhängigen) depressiven Störungen sowie vermehrt impulsiven Verhaltensweisen als besondere Risikogruppe für Suizidversuche anzusehen [27]. Die besondere Rolle von impulsiven Verhaltensweisen bei interpersonellen Konflikten und Suizidalität wurde auch aus nachfolgenden Untersuchungen und Analysen berichtet [28]. Suizide waren unabhängig vom Vorhandensein von komorbiden Persönlichkeitsstörungen mit impulsiven Verhaltensweisen assoziiert.

Vor nahezu zwei Jahrzehnten wurde bereits ein Modell suizidalen Verhaltens vorgeschlagen, das zum Verständnis von zwischenmenschlichen Konflikten und impulsiver Aggression in Verbindung mit Suizidalität bei Abhängigkeitserkrankungen beitragen könnte [13]. Nach diesem Modell sind eine schwere Alkoholabhängigkeit, vermehrt impulshafte Aggression und zahlreiche Lebenssituationen mit Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit wichtige prädisponierende Faktoren für Suizidalität.

Personen mit schwerer Alkoholabhängigkeit und spezifischen Persönlichkeitsmerkmalen (Feindseligkeit und impulsiver Aggressivität) neigen dazu, in Beziehungen vermehrt zu interpersonellen Konflikten (z.B. häusliche Gewalt, aggressives Verhalten bis hin zu Schlägereien in der Öffentlichkeit) zu neigen, die oftmals den Verlust wertvoller und

→ Seite 26

sinngebender Beziehungen zur Folge hat. Folglich wirken schwere depressive Episoden und belastende Ereignisse, insbesondere der Verlust enger Bezugspersonen, als Auslöser für suizidale Verhaltensweisen und Handlungen zusammen.

Somit können viele (aber sicherlich nicht alle) Suizidversuche bei alkoholabhängigen Personen als impulsive aggressive Handlungen inmitten intensiver Verzweiflung, Dysphorie und Hoffnungslosigkeit ausgelegt werden. In einer klinischen Stichprobe alkoholabhängiger Personen wurden mehrere Persönlichkeitsstörungen, insbesondere die Borderline-Persönlichkeitsstörung (emotional instabile Persönlichkeitsstörung), mit der Vorgeschichte von Suizidversuchen in Verbindung gebracht [29]. Menschen, die emotional instabil sind, leiden nicht nur unter Stimmungsschwankungen, sondern auch unter Identitätsproblemen, vermehrten interaktionellen Problemen mit wichtigen Bezugspersonen, Impulsivität, Alkohol und Substanzkonsumproblemen, Depressionen, Angstzuständen, Spannungen, Nervosität und nicht zuletzt Suizidgedanken, Selbstverletzung und suizidalem Verhalten.

#### **Die Rolle von Alkoholintoxikationen bei suizidalen Ideationen und Handlungen**

Wie erläutert, kann suizidales Verhalten bei Alkoholkranken einen impulsiven Charakter aufweisen [20]. Über den akuten Einfluss von Alkohol auf suizidales Verhalten existieren nur wenige und sehr uneinheitliche Studienergebnisse. In einer Übersichtsarbeit wird der Anteil der Alkoholintoxikationen bei Suiziden mit 10 bis 69%, bei Suizidversuchen mit 10 bis 73% angegeben [30]. In diesem Review wurden  $n = 37$  Studien bewertet, die Daten über akuten Alkoholkonsum und Suizide enthielten. Die durchschnittliche Rate der akuten Alkoholintoxikation bei Suiziden lag demnach bei 37%, und die Spannweite bei 10 bis 69%. Eine Alkoholintoxikation wird im Zusammenhang mit suizidalen Verhaltensweisen oftmals beobachtet. Die dahinterstehenden Motive sind u. a., Hemmungen für suizidale Handlungen selbst abzubauen oder erwartete Nebenwirkungen (z. B. Schmerzen, Angst) vor und während des Suizidversuches abzuschwächen [32]. Darüber hinaus sind impulsive Verhaltensweisen, einschließlich impulsiven suizidalen Verhaltens, unter dem Einfluss von Alkohol wahrscheinlich signifikant häufiger [33].

Obwohl nicht alle Studien angaben, wie hoch die Rate von Alkoholintoxikationen bei Suiziden waren, gab es doch Unterschiede in Abhängigkeit von der Suizidmethode, Geschlecht und Alter. In allen Studien reichten die Prozentsätze der Alkoholvergiftung von mindestens 7 bis 16% für Suizide durch Stichwunden oder Schnittverletzungen bis hin zu 43 bis 67% für selbstzugefügte Verbrennungen, Selbstverbrennungen und Stromschläge [30].

In stationärer psychiatrischer Behandlung befinden sich signifikant häufiger schwerer kranke Personen mit einer erhöhten Rate an somatischer oder psychischer Komorbidität als in anderen Behandlungssettings. Dementsprechend zeigte die Forschung in Notaufnahmen (Emergency Departments) oder toxikologischen Stationen und Akutaufnahmen psychiatrischer Krankenhäuser einen signifikanten Zusammenhang zwischen Alkoholintoxikationen und suizidalen Handlungen. Allerdings liegen nur wenige Studien zu diesem Themenbereich vor. Eine retrospektive Analyse von Daten des »National Comorbidity Survey (NCS)« [31] wies auf die temporäre Beziehung von Suizidalität mit Alkohol und Drogenkonsum hin. Der Konsum war mit nachfolgendem Risiko für Suizidversuche signifikant assoziiert, auch nach statistischer Kontrolle für soziodemografische Faktoren und Komorbidität mit psychischen Störungen. Damit kommt der Intoxikation eine wahrscheinlich signifikante Rolle bei der Entstehung von suizidalen Handlungen zu, zusammen mit längerfristigen Risikofaktoren wie etwa der Komorbidität von psychischen Störungen.

Kompliziert wird die Beurteilung, ob Intoxikationen durch Alkohol »absichtlich« oder »zufällig« vorgenommen werden. Dann nehmen Personen absichtlich Alkohol in hohen Dosen zu sich, um sich das Leben zu nehmen. Andernfalls wird z. B. im Rahmen eines Kontrollverlustes zu viel Alkohol konsumiert und damit eine lebensbedrohliche Situation herbeigeführt [32].

Eine Übersichtsarbeit aus dem Jahre 2013 [33] nahm 16 Studien zu diesem Thema in ihre Analyse auf. Insgesamt 12 dieser Studien berichteten über spezifische Methoden der Intoxikation, während weitere 6 Studien sich gezielt mit der Selbstintoxikation beschäftigten. Die Rate der Komorbidität mit psychischen Störungen über die Studien war insgesamt hoch, im Durchschnitt bestanden

2 zusätzliche psychische Erkrankungen pro Person. Am häufigsten waren neben anderen Abhängigkeitserkrankungen Anpassungsstörungen, affektive Erkrankungen, Persönlichkeitsstörungen und schizophrene Psychosen. Bei 54,3% der Personen in Notfallsettings konnte eine Alkoholintoxikation ( $BAK > 1 \text{ g/l}$ ) festgestellt werden. Allerdings war die Unterscheidung zwischen intentionaler und akzidentieller Intoxikation sehr schwierig, da hohe Alkoholmengen selbst zur Suizidalität, etwa durch die Förderung impulsiven Verhaltens beitragen. So kann eine Alkoholintoxikation gerade bei Personen mit affektiven Störungen selbst und spontan zu suizidalen Handlungen beitragen, sodass ein ursprünglich akzidentieller Alkoholkonsum in einer suizidalen Handlung resultiert. Insgesamt waren unter den Aufnahmen mit suizidalem Verhalten Männer signifikant häufiger alkoholisiert als Frauen (70,4 vs. 43,5%;  $p < 0,001$ ). Auch die ein paar Jahre früher publizierte Übersichtsarbeit [30] stellte fest, dass es eine Herausforderung ist, im Einzelfall zwischen Selbstintoxikation im Rahmen der Alkoholabhängigkeit mit lebensbedrohlichen Folgen und intentionalem Alkoholgebrauch zur Vorbereitung oder Durchführung einer suizidalen Handlung zu unterscheiden, da der Überlappungsbereich mutmaßlich sehr groß ist.

Insgesamt liegt eine Reihe von Studien vor, die den Zusammenhang von akutem Alkoholkonsum oder akuter Intoxikation mit suizidalem Verhalten wie Suizide und Suizidversuche untersuchten. Querschnittsstudien sind das häufigste Studiendesign. Die Methoden der Erfassung des Alkoholkonsums variieren stark über die Untersuchungen und umfassen sowohl toxikologische Messungen der BAK oder der Atemalkoholkonzentration wie auch die selbstberichteten Alkoholkonsummengen [30]. Die Raten von Intoxikation und Selbstvergiftung variieren auch in den einzelnen Studien. In den meisten Untersuchungen weist allerdings ein bedeutender Prozentsatz der Personen mit suizidalen Verhaltensweisen vor und während ihrer suizidalen Handlung eine Alkoholintoxikation auf. Da ein großer Überlappungsbereich besteht, ist die Unterscheidung von intentionalen und akzidentiellen Alkoholintoxikationen bei Suizidalität schwierig, da Alkoholintoxikationen selbst ein gewichtiger Faktor sind, suizidale Handlungen zu befördern.



## Neurobiologische Faktoren

Wie bereits erwähnt, stehen impulsives und anderes externalisierendes Verhalten mit Suizidalität in Zusammenhang [13]. Tritt beides in Personen gemeinsam auf, ist das Risiko für suizidale Verhaltensweisen am höchsten [34]. Aktuelle genetische Untersuchungen weisen auf vielfältige dispositionelle Überlappungen zwischen externalisierenden Eigenschaften, zahlreichen psychischen Erkrankungen und auch Suizidversuchen hin [63].

Was die möglichen gemeinsamen neurobiologischen Grundlagen von Aggression, Impulsivität, Depression, Suizidalität und wahrscheinlich Alkoholabhängigkeit betrifft, so stammen viele der Belege aus einer Reihe von Forschungsansätzen inklusive neurochemischen und funktionell neuroanatomischen Studien. Darin finden sich wiederholt Hinweise auf eine veränderte Neurotransmission des zentralnervösen serotonergen Systems (Überblick bei [37]). Eine verminderte serotoninvermittelte Hirnaktivität bei Suizid ist wahrscheinlich nicht nur ein Korrelat affektiver Störungen, sondern eine wahrscheinlich überdauernde dispositionelle Eigenschaft, die auch nach Kontrolle von psychischen Erkrankungen sowie Alkohol und Substanzmittelkonsumstörungen einen signifikanten Einfluss aufweist [36].

Obwohl dieses neurobiologische Modell die Rolle der Intoxikation bei suizidalen Handlungen nicht ausreichend berücksichtigt, ist es dennoch ein wichtiger Schritt zum Verständnis der Prädisposition und Präzipitation suizidaler Verhaltensweisen. In diesem Modell wird angenommen, dass eine verminderte serotonerge Neurotransmission mit einer erhöhten Aggressivität und Impulsivität assoziiert ist und das Risiko für Suizidalität erhöht [36, 37]. Allerdings ist anzunehmen, dass weitere neurobiologische und neurochemische Mechanismen beteiligt sind, wie etwa Veränderungen im noradrenergen Neurotransmittersystem [35].

So haben die meisten, aber nicht alle Studien an Suizidenten [37] eine Verringerung der Bindung von Serotonin-Transportern (SERT) im Vergleich zu Kontrollen festgestellt. Weitere Untersuchungen fanden eine verminderte SERT-Bindung im ventrolateralen präfrontalen Kortex (PFC) [38] bei Suizidenten, was möglicherweise zu einer Dysfunktion und zu verminderter kortikaler Kontrolle bei problematischen Verhaltensweisen führen könnte [38].

Obwohl mehrere Studien zu genetischen Varianten von Kandidatengenen zur Suizidalität bei Abhängigkeitserkrankungen publiziert wurden, waren die Ergebnisse aber uneinheitlich. Im Allgemeinen konzentrierten sich die veröffentlichten Assoziationsstudien auf Varianten unterschiedlicher Kandidatengene, vorzugsweise aus dem serotonergen Neurotransmittersystem.

Eine erste Studie berichtete einen Zusammenhang zwischen dem TPH A779C Allel und Suizidalität, »schweren« Suizidversuchen und Alkoholkonsumstörungen bei einer großen Stichprobe von gewalttätigen und alkoholkranken finnischen Straftätern [40, 41].

Mindestens zwei Studien mit Alkoholabhängigen europäischer Abstammung zeigten einen Zusammenhang zwischen Suizidversuchen und einer vielfach untersuchten Variante des Serotonintransportergens (5HTTLPR S Allel) [43, 44]. Diese Ergebnisse haben zwar noch keinen Einfluss auf die klinische Behandlung von Betroffenen, bieten aber vielversprechende Möglichkeiten, die Kenntnisse zum Zusammenhang zwischen Alkoholabhängigkeit und Suizidversuchen zu erweitern. Da es wahrscheinlich ist, dass zahlreiche genetische Varianten zu suizidalen Verhaltensweisen beitragen, ist es nicht erstaunlich, dass die Ergebnisse von Assoziationsstudien über spezifische Stichproben variieren und jeweils unterschiedliche Varianten identifizieren [41].

Zusammengenommen deuten zahlreiche Hinweise aus neurobiologischen Studien darauf hin, dass eine geringere Serotonin(SHT)Aktivität mit erhöhter impulsiver Aggression, suizidalem Verhalten, verminderter präfrontaler kortikaler Funktion und Alkoholabhängigkeit verbunden ist [41].

Nach unserer Kenntnis wurde bisher keine genomweite Assoziationsstudie (GWA) durchgeführt, um den möglichen gemeinsamen genetischen Hintergrund von Suizidalität und Alkoholkonsumstörungen zu untersuchen. Allerdings liegen mehrere GWAs über Suizide und Suizidversuche wie auch genomweite Untersuchungen von assoziierten Phänotypen wie Depressionen und Alkoholkonsumstörungen vor [45–47]. Aktuelle Studien weisen jedoch auf eine mögliche genetische Überlappung von Suizidalität und Alkohol- und Substanzkonsumstörungen hin [42].

## Besonderheiten bei der Diagnostik

Mehrere Studien deuten darauf hin, dass die positive Anamnese von Suizidversuchen bei Personen mit Alkoholkonsumstörungen auf ein erhöhtes Risiko für weitere Suizidalität hinweist. Darüber hinaus bedeuten Suizidversuche in der Vorgeschichte aber auch eine schlechtere Prognose und eine höhere Rückfallwahrscheinlichkeit der Alkoholabhängigkeit [48]. Außerdem hängen sie mit einer signifikant höheren Rate komorbider psychischer Störungen zusammen [22, 24], insbesondere affektiver Erkrankungen, Angst- [22], Persönlichkeits [49] und anderer Drogenkonsumstörungen [50]. Darauf ist in der Diagnostik von Personen mit Alkoholkonsumstörungen mit Suizidversuchen in der Anamnese besonders zu achten. Für die Akuität der Suizidalität ist dabei zwischen suizidalen Intentionen (sehr häufig, gerade unter Alkohol- oder Drogeneinfluss) und suizidalen Handlungen (Intoxikation, Selbstverletzung etwa mittels Pulsaderschnitt, Erhängen oder anderen »gewaltsamen« Methoden) zu unterscheiden. Eine psychiatrische Diagnostik und Behandlung sind gerade bei (akuten oder kurzfristig stattgehabten) suizidalen Handlungen indiziert.

Patienten mit Alkoholkonsumstörungen sollten besonders dann nach suizidalen Ideationen befragt werden, wenn sie signifikante depressive Symptome aufweisen, wenn sie einen akuten Rückfall in den Alkohol oder Drogenkonsum depressiv und schambehaftet berichten oder wenn sie kürzlich einen zwischenmenschlichen Verlust oder einen Verlust der Wohnung oder Arbeit erlebt haben.

Suizidale Ideationen und andere depressive Symptome werden in Aufnahmesituationen bei alkoholabhängigen Personen oft übersehen, weil sowohl die Alkoholkrankheit als auch die Suizidalität durchaus für die Individuen stigmatisierend sind und nicht vordergründig und von selbst berichtet werden [51]. Patienten, die alkoholabhängig sind und zunächst keine suizidalen Ideationen berichten oder andere prädisponierende Risikofaktoren für Suizidalität erwähnen, sollten im weiteren Behandlungsverlauf auf Suizidgedanken, Intentionen, Pläne und andere belastende psychische Symptome oder psychosoziale Bedingungen in ihrer Lebensumwelt (z.B. Hoffnungslosigkeit, Ausweglosigkeit) exploriert werden. Schuld und Schamgefühle, insbesondere nach Rückfällen, als subjektives Zeichen des »Versagens« gegenüber der

→ Seite 28

Krankheit, aber auch Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung gelten als wichtige präzipitierende Faktoren für nachfolgende Suizidalität [52].

Der Arzt sollte die Schwere der Suizidalität und anderer depressiver Anzeichen und Symptome systematisch bewerten und nicht automatisch solche Symptome als typische Folgen des Alkoholismus einordnen. Somit ist es bedeutsam, in der Diagnostik zu Beginn und im Verlauf einer Behandlung sowohl verschiedene Stufen suizidaler Ideationen, etwa Lebensüberdruß, konkrete Suizidgedanken, Suizidpläne, als auch möglicherweise früher stattgehabte Suizidversuche zu eruieren. Bei komorbiden Depressionen ist ebenfalls die Erfassung der Suizidalität relevant.

Ein nicht geringer Anteil von Patienten, die im Laufe ihrer Behandlung Suizidgedanken angaben, begeht in der Folgezeit Suizid. Ebenso hatte die Mehrheit der alkoholabhängigen Probanden (77%) ihre Suizidgedanken vor dem Suizid ihrem Behandler mitgeteilt, während die Mehrheit der Betroffenen die Ernsthaftigkeit ihrer Absichten gerade nicht preisgibt [53]. Weitere Forschungsarbeiten sind erforderlich, um optimale Interviewansätze (z.B. häufige psychiatrische Untersuchungen) zu eruieren, um die Intentionalität für einen bevorstehenden Suizid besser zu identifizieren und dann auch intervenieren und behandeln zu können.

## Behandlungs und Therapiestrategien

Trotz der klinischen Bedeutung von suizidalen Ideationen und Verhaltensweisen bei alkoholabhängigen Personen gibt es nur wenige empirische Hinweise, aus denen sich spezifische Interventionen für diesen Personenkreis mit Alkoholkonsumstörungen, Suizidalität und psychischer Komorbidität empfehlen. Allerdings ist die integrierte Behandlung der Alkoholabhängigkeit und komorbider psychischer Symptome für diese Patienten indiziert, wie auch die direkte Ansprache und Therapie der Suizidalität. Es sollten alle Anstrengungen unternommen werden, um eine Beziehung mit den Betroffenen aufzubauen und einen Plan zur Minderung des akuten Suizidrisikos zu erstellen. Der Plan soll sowohl das Versorgungssetting als auch psychosoziale und pharmakologische Maßnahmen umfassen [15]. Darüber hinaus ist auch bei akuter Suizidalität, Aggressivität, häufig im Kontext von Alkoholintoxikationen, eine Hospitalisierung auch gegen den

Willen der Betroffenen empfehlenswert. Diese Maßnahmen sind auch bei konkreten Suizidplänen oder intentionen zu bedenken. Dies gilt gerade bei Personen mit einer positiven Anamnese von suizidalen Handlungen (Suizidversuchen) in der Vorgeschichte und hoher Impulsivität und Aggressivität sowie schweren depressiven Episoden mit und ohne psychotische Symptome. In einem stationären Setting lässt sich eine kontinuierliche Überwachung sowie eine rasche und gezielte Behandlung der psychischen Symptome schneller und wirkungsvoller gewährleisten [15]. Wichtig ist, bei der ambulanten Behandlung von Risikopersonen sicherzustellen, dass der Zugang zu riskanten Gegenständen wie Schusswaffen, Giften oder gefährlichen Medikamenten möglichst limitiert ist [15]. Akute pharmakologische Interventionen, etwa der medikamenten- und scoregestützte Entzug von Alkohol (also mittels Entzugsskalen wie der Alkoholentzugsskala AES), können suizidfördernde Symptome wie Angst, Panik, Agitation, Unruhe, depressive Verstimmungen bessern helfen [54].

Eine aktuelle Meta-Analyse weist darauf hin, dass Interventionen, die auf eine Reduktion des schädlichen Alkoholkonsums abzielen, die Rate von Suizidversuchen und Selbstverletzungen reduzieren [39].

Idealerweise werden komorbide psychische Erkrankungen, wie weiter oben erläutert, in einem integrierten Setting therapiert. Ein integriertes Behandlungssetting umfasst folgende Elemente:

1. Motivierende Interventionen, insbesondere Motivational Interviewing, die den Patienten helfen, Behandlungsziele zu finden, sich zur Zielerreichung für die Veränderung von Problemverhalten zu entscheiden und die Verhaltensveränderung auch umzusetzen. Motivational Interviewing scheint für beide Komorbiditätsstörungen hilfreich zu sein.

2. Kognitive Verhaltenstherapie ist wirksam, wenn sie mit Motivational Interviewing kombiniert wird und störungsspezifische Interventionen zur Verfügung stellt.

3. Rückfallprävention und Kontingenzmanagement sind vielversprechende Ansätze und manchmal ebenso wirksam wie integrative Behandlungsprogramme, wenn es ihnen gelingt, den Substanzkonsum der Patienten so weit zu stabilisieren und reduzieren, dass eine Behandlung der psychischen Störung möglich wird.

4. Familieninterventionen scheinen eine sehr wertvolle Intervention für

Doppeldiagnosepatienten zu sein, wenn noch Beziehungen zur Familie oder auch Bezugspersonen bestehen.

5. Störungsspezifische Interventionen scheinen auch für Doppeldiagnosepatienten wirksam zu sein. Es ist nicht notwendig, neue Behandlungsformen für Doppeldiagnosepatienten zu entwickeln, aber die wirksamen störungsspezifischen Interventionen innerhalb eines patientenzentrierten Behandlungsplans zu integrieren. Bestimmte Interventionen scheinen sich auch positiv auf jene Störung auszuwirken, für die sie nicht entwickelt wurden (z.B. Motivational Interviewing, Rückfallprävention oder Kontingenzmanagement).

6. Störungsspezifische Kombinationsbehandlung: Die erfolgversprechendste Behandlung lässt sich aus den vielen – wenn auch nicht allen – Studien ableiten, die jeweils störungsspezifisch psychopharmakologische und psychotherapeutische Interventionen kombinierten [55].

Im ersten Schritt soll mit den Betroffenen eine motivationale Grundlage für die Behandlung geschaffen werden. Die Wirksamkeit der motivationalen Gesprächsführung wurde in zahlreichen Studien bei Alkoholkranken belegt und wird in den aktuellen S3-Leitlinien Alkoholbezogene Störungen [56] empfohlen.

Ebenfalls wird in den Leitlinien die Wirksamkeit der kognitiven Therapie (kognitive Verhaltenstherapie KVT) nicht nur zur Behandlung der Alkoholabhängigkeit selbst, sondern auch der von komorbiden Störungsbildern [57] dargestellt.

Wie bereits weiter oben erwähnt, ist es angesichts der signifikanten Zusammenhänge zwischen suizidalem Verhalten und komorbiden affektiven Störungen [22, 24] unerlässlich, solche Begleiterkrankungen zu diagnostizieren und zu behandeln. Während im akuten Fall eine substanzinduzierte Depression klinisch einer unabhängigen Depression symptomatisch ähnlich sein kann, kann letztere dem Beginn der Alkoholabhängigkeit zeitlich vorausgehen und erfordert in der Regel eine langfristige psychotherapeutische und pharmakologische Strategie [57].

Bislang liegt unserer Kenntnis nach noch keine kontrollierte Studie über einen spezifischen psychotherapeutischen Ansatz für suizidale und alkoholabhängige Personen vor. Die kognitive Verhaltenstherapie (KVT) bietet einen psychotherapeutischen

Interventionsansatz, die kognitive Einengung, Selbstabwertung, Gefühle der Wertlosigkeit, der Hoffnungslosigkeit und suizidale Ideationen zu erfragen und zu behandeln [58, 59].

Eine weitere Therapiestrategie, die für die Behandlung dieser Personengruppe in Frage kommt, ist die dialektische Verhaltenstherapie (DBT). Diese ist eigentlich für Personen mit emotional instabiler Persönlichkeit entwickelt worden, kann aber auch bei der Untergruppe von alkoholabhängigen Personen mit hoher impulsiver Aggression sinnvoll sein. DBT konzentriert sich auf das Management affektiver Instabilität und den Erwerb von Fähigkeiten zur Notfalltoleranz affektiver Schwankungen wie auch problematischen Verhaltens wie Suizidalität, Selbstverletzung oder Alkohol und Substanzmittelkonsum. Studien zeigten wiederholt vielversprechende Ergebnisse bei der Behandlung der Hauptsymptome der BPD wie Impulsivität und Suizidalität [60, 61].

Während sich bisher keine Studien für alkoholabhängige Personen mit emotional instabiler Persönlichkeit finden lassen, so sprechen erste Hinweise dafür, dass sie auch bei Stichproben von Betroffenen mit ähnlich dysfunktionalen Verhaltensweisen, etwa komorbiden Alkoholabhängigen mit Suizidalität, eingesetzt werden könnte [61, 62]. In einer 52-wöchigen, randomisierten klinischen Studie wurden die Auswirkungen von DBT vs. TAU bei  $n = 58$  BPD-Patientinnen mit ( $n = 31$ ) und ohne ( $n = 27$ ) Substanzmittelkonsumstörungen untersucht [67]. Patienten, die DBT erhielten, zeigten signifikant niedrigere Werte des Alkoholkonsums sowie impulsiver und parasuizidaler Verhaltensweisen als die Kontrollgruppe.

Die im 3. Schritt genannten Rückfall- und Kontingenzmanagementstrategien sind ebenfalls integraler Bestandteil von integrierten Therapieprogrammen. Dementsprechend werden diese Strategien, zusammen mit integrierten Programmen, auch durch die aktuellen S3-Leitlinien Alkoholbezogene Störungen empfohlen [56, 57]. In diesem Zusammenhang ist nicht nur die Rückfallprophylaxe der Alkoholkonsumstörungen, sondern auch der komorbiden psychischen Erkrankungen und der Suizidalität zusammen zu behandeln und zu integrieren. Dafür ist eine Einbeziehung von Familienangehörigen, etwa im Rahmen von speziellen Angehörigen- oder sogar Angehörigenvisiten, wie im 4. Schritt erläutert, zu empfehlen.

Weitere störungsspezifische Behandlungen umfassen auch pharmakologische Interventionen. Bei überdauernden und komorbiden psychischen Erkrankungen, die das Risiko für Suizidalität erhöhen, etwa bei Depressionen, kann es indiziert sein, kurz nach einer Entzugsbehandlung von Alkohol mit einer pharmakologischen antidepressiven Therapie zu beginnen.

Unter den Studien zur Behandlung komorbider Depressionen und Alkoholkonsumstörungen wurde die Wirksamkeit des SSRI (Selektiver Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer) Fluoxetin bei suizidalen, depressiven und alkoholabhängigen Personen evaluiert. In einer ersten offenen Pilotstudie ( $n = 12$ ) berichteten alle Teilnehmer (zu Studienbeginn) über signifikante Suizidgedanken und mindestens einen Suizidversuch in der Vorgeschichte. Die Hälfte der Personen hatte kürzlich einen Suizidversuch mit ernsthafter Selbsttötungsabsicht unternommen [58].

Die Teilnehmer berichteten über eine signifikante Verringerung der depressiven Symptome, der suizidalen Ideationen und des Alkoholkonsums. Am Ende der 8-wöchigen Studie verblieben jedoch erhebliche residuale depressive Symptome und ein weiterer Alkoholkonsum bestehen. In einer anschließenden doppelblinden, placebo-kontrollierten 12-wöchigen Studie ( $n = 51$ ) wurden bei allen Probanden komorbide Alkoholabhängigkeit und schwere depressive Störungen diagnostiziert und die meisten zeigten eine signifikante Suizidalität [59].

Eine weitere Einzelstudie deutet darauf hin, dass depressive Alkoholranke auch von einer Therapie mit Antidepressiva in Kombination mit Medikamenten zur Rückfallprävention (Naltrexon) profitieren könnten [56, 57]. Allerdings wurde die Studie bisher nicht repliziert.

Wichtig ist abschließend, dass alle diese Therapieelemente zusammen, idealerweise auch zusammen durch ein Behandlungsteam angeboten werden. Ebenfalls ist wichtig, eine Koordination der verschiedenen Therapieelemente (motivationale Gesprächsführung, Psycho- und Pharmakotherapie, Angehörigenarbeit) in einem therapeutischen Gesamtkonzept anzubieten. Diese Integration wird im 6. Abschnitt der Therapieelemente der integrierten Behandlung erwähnt.

Die Wirksamkeit des Therapieansatzes ist allerdings bislang noch nicht ausreichend belegt (S3-Leitlinien

Alkoholbezogene Störungen), so dieser Therapieansatz zwar empfohlen wird, weitere Therapiestudien aber indiziert sind, um die Passung der integrierten Therapie bei verschiedenen komorbiden Patientengruppen mit Suizidalität in Zukunft besser beurteilen zu können.

### Fazit für die Praxis

Zusammenfassend sind Ansätze zur Behandlung alkoholabhängiger Personen mit suizidalen Ideationen und Verhaltensweisen noch eher spärlich. In der Diagnose sollten Personen mit einer Vorgeschichte von Suizidversuchen immer auf eine Komorbidität von Depression und Angststörungen untersucht werden. Aufgrund der erhöhten Rate an depressiven und ängstlichen Symptomen während des Entzugs sollte die Diagnose einer affektiven Störung günstigerweise erst nach Abschluss des Alkoholentzuges gestellt werden. Die Komorbidität mit Persönlichkeits- und Substanzmittelkonsumstörungen sollte berücksichtigt werden. Die integrierte Behandlung ist der bevorzugte Rahmen für die Therapie der Komorbidität und Suizidalität. Die integrierten Therapieprogramme umfassen sechs wichtige Elemente:

1. Motivierende Interventionen, insbesondere Motivational Interviewing
2. Kognitive Verhaltenstherapie
3. Rückfallprävention und Kontingenzmanagement
4. Familieninterventionen für Doppel-diagnosepatienten
5. Störungsspezifische Interventionen und
6. Störungsspezifische Kombinationsbehandlung aus allen Elementen, günstigerweise durch ein Behandlungsteam angeboten

### Literatur

- [1] Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome of mental disorders. Br J Psychiatry 1997; 170: 205-208
- [2] Inskip HM, Harris EC, Barraclough B. Lifetime risk of suicide for affective disorder, alcoholism and schizophrenia. Br J Psychiatry 1998; 172: 35-37
- [3] Murphy GE, Wetzel RD, Robins E et al. Multiple risk factors predict suicide in alcoholism. Arch Gen Psychiatry 1992; 49: 459-463
- [4] Cheng ATA. Mental illness and suicide. Br J Psychiatry 1995; 170: 441-446
- [5] Foster T, Gillespie K, McClelland R et al. Risk factors for suicide independent of DSM-III-R axis I disorder. Br J Psychiatry 1999; 175: 175-179
- [6] Henriksson MM, Aro HM, Martunen MJ et

→ Seite 30



- al. Mental disorders and comorbidity in suicide. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 935–940
- [7] **Murphy GE, Wetzel RD.** The lifetime risk of suicide in alcoholism. *Arch Gen Psychiatry* 1990; 20: 499–517
- [8] **Pirkola SP, Isometsa ET, Heikkinen ME et al.** Suicides of alcohol misusers and nonmisusers in a nationwide population. *Alcohol no misusers* 2000; 35: 70–75
- [9] **Tondo L, Baldessarini RJ, Hennen J et al.** Suicide attempts in major affective disorder patients with comorbid substance use disorders. *J Clin Psychiatry* 1999; 60 (Suppl 2): 63–69
- [10] **Borges G, Walters EE, Kessler RC.** Associations of substance use, abuse, and dependence with subsequent suicidal behavior. *Am J Epidemiol* 2000; 151: 781–789
- [11] **Kessler RC, Borges G, Walters EE.** Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 56: 617–625
- [12] **Statham DJ, Heath AC, Madden PF et al.** Suicidal behaviour: an epidemiological and genetic study. *Psychol Med* 1998; 28: 839–855
- [13] **Conner KR, Duberstein PR.** Predisposing and precipitating factors for suicide among alcoholics: empirical review and conceptual integration. *Alcohol Clin Exp Res* 2004; 28 (5 suppl): 65–175
- [14] **Silverman MM, Berman AL, Sanddal ND et al.** Rebuilding the tower of Babel: a revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors. Part 2: Suiciderelated ideations, communications, and behaviors. *Suicide Life Threat Behav* 2007; 37: 264–277
- [15] **ModestoLowe V, Brooks D, Ghani M.** Alcohol dependence and suicidal behavior: from research to clinical challenges. *Harv Rev Psychiatry* 2006; 14: 241–248
- [16] **Wilcox HC, Conner KR, Caine ED.** Association of alcohol and drug use disorders and completed suicide: An empirical review of cohort studies. *Drug and Alcohol Dependence* 2004; 76 (Suppl): S11–S19
- [17] **Hiroeh U, Appleby L, Mortensen PB.** Death by homicide, suicide, and other unnatural causes in people with mental illness: A populationbased study. *The Lancet* 2001; 358: 2110–2112
- [18] **Harris EC, Barraclough B.** Excess mortality of mental disorder. *The British Journal of Psychiatry* 1998; 173: 11–53
- [19] **FlensburgMadsen T, Knop J, Mortensen EL et al.** Alcohol use disorders increase the risk of completed suicide – Irrespective of other psychiatric disorders. A longitudinal cohort study. *Psychiatry Research* 2009; 167: 123–130
- [20] **Schneider B.** Substance Use Disorders and Risk for Completed Suicide. *Archives of Suicide Research* 2009; 13: 303–316
- [21] **Kölves K, Várnik A, Tooding LM et al.** The role of alcohol in suicide: a casecontrol psychological autopsy study. *Psychol Med* 2006; 36: 923–930
- [22] **Preuss UW, Schuckit MA, Smith TL et al.** Comparison of 3190 alcoholdependent individuals with and without suicide attempts. *Alcohol Clin Exp Res* 2002; 26: 471–477
- [23] **Wilsnack SC, Wilsnack RW, Kristjanson AF et al.** Alcohol use and suicidal behavior in women: longitudinal patterns in a U.S. national sample. *Alcohol Clin Exp Res* 2004; 28 (Suppl 5): 385–475
- [24] **Preuss UW, Schuckit MA, Smith TL et al.** Predictors and correlates of suicide attempts over 5 years in 1,237 alcoholdependent men and women. *Am J Psychiatry* 2003; 160: 56–63
- [25] **Roy A.** Distal factors for suicidal behavior in alcoholics: replications and new findings. *J Affect Disord* 2003; 77: 267–271
- [26] **Schuckit MA, Tripp JE, Bergman M et al.** Comparison of induced and independent major depressive disorders in 2,945 alcoholics. *Am J Psychiatry* 1997; 154: 948–957
- [27] **Preuss UW, Schuckit MA, Smith TL et al.** A comparison of alcoholinduced and independent depression in alcoholics with histories of suicide attempts. *J Stud Alcohol* 2002; 63: 498–502
- [28] **Conner KR, Hesselbrock VM, Schuckit MA et al.** Precontemplated and impulsive suicide attempts among individuals with alcohol dependence. *J Stud Alcohol* 2006; 67: 95–101
- [29] **Preuss UW, Koller G, Barnow S et al.** Suicidal behavior in alcoholdependent subjects: the role of personality disorders. *Alcohol Clin Exp Res* 2006; 30: 866–877
- [30] **Cherpitel CJ, Borges GL, Wilcox HC.** Acute alcohol use and suicidal behavior: a review of the literature. *Alcohol Clin Exp Res* 2004; 28 (Suppl 5): 185–285
- [31] **Borges G, Walters EE, Kessler RC.** Associations of substance use, abuse, and dependence with subsequent suicidal behavior. *Am J Epidemiol* 2000; 151: 781–789
- [32] **Preuss UW, Wurst FM, Ridinger M et al.** Association of functional DBH genetic variants with alcohol dependence risk and related depression and suicide attempt phenotypes: results from a large multicenter association study. *Drug Alcohol Depend* 2013; 133: 459–467
- [33] **Wetterling T, Schneider B.** Alcohol intoxication and suicidality. *Psychiatr Prax* 2013; 40: 259–263
- [34] **Koller G, Preuss UW, Bottlender M et al.** Impulsivity and aggression as predictors of suicide attempts in alcoholics. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2002; 252: 155–160
- [35] **Underwood MD, Mann JJ, Arango V.** Serotonergic and noradrenergic neurobiology of alcoholic suicide. *Alcohol Clin Exp Res* 2004; 28 (5 Suppl): 575–695
- [36] **Mann JJ, Waternaux C, Haas GL et al.** Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 181–189
- [37] **Mann JJ, Brent DA, Arango V.** The neurobiology and genetics of suicide and attempted suicide: a focus on the serotonergic system. *Neuropsychopharmacology* 2001; 24: 467–477
- [38] **Mann JJ, Huang YY, Underwood MD et al.** A serotonin transporter gene promoter polymorphism (5HTTLPR) and prefrontal cortical binding in major depression and suicide. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57: 729–738
- [39] **Witt K, Chitty KM, Wardhani R, et al.** Effect of alcohol interventions on suicidal ideation and behaviour: A systematic review and meta-analysis. *Drug Alcohol Depend* 2021; 226: 108885.
- [40] **Nielsen DA, Virkkunen M, Lappalainen J et al.** A tryptophan hydroxylase gene marker for suicidality and alcoholism. *Arch Gen Psychiatr* 1998; 55: 593–602
- [41] **Hesselbrock V, Dick D, Hesselbrock M et al.** The search for genetic risk factors associated with suicidal behavior. *Alcohol Clin Exp Res* 2004; 28 (Suppl 5): 705–765
- [42] **Colbert SMC, Hatoum AS, Shabalin A, et al.** Exploring the genetic overlap of suicide-related behaviors and substance use disorders. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet.* 2021; 186(8): 445–455
- [43] **Preuss UW, Koller G, Sokya M et al.** Association between suicide attempts and 5HTTLPR S allele in alcoholdependent and control subjects: further evidence for a German alcoholdependent inpatient sample. *Biol Psychiatry* 2001; 50: 636–639
- [44] **Gorwood P, Batel P, Ades J et al.** Serotonin transporter gene polymorphisms, alcoholism, and suicidal behavior. *Biol Psychiatry* 2000; 48: 259–264
- [45] **Galfalvy H, Haghghi F, Hodgkinson C et al.** A genomewide association study of suicidal behavior. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet* 2015; 168: 557–563
- [46] **Gross JA, Bureau A, Croteau J et al.** A genomewide copy number variant study of suicidal behavior. *PLoS One* 2015; 10: e0128369
- [47] **Kuo PH, Neale MC, Walsh D et al.** Genomewide linkage scans for major depression in individuals with alcohol dependence. *J Psychiatr Res* 2010; 44: 616–619
- [48] **Preuss UW, Zimmermann J, Schultz G et al.** Risk profiles of treatment noncompletion for inpatients and outpatients undergoing alcohol disorder rehabilitation treatment. *Subst Abuse Rehabil* 2012; 3: 35–42
- [49] **Preuss UW, Koller G, Barnow S et al.** Suicidal behavior in alcoholdependent subjects: the role of personality disorders. *Alcohol Clin Exp Res* 2006; 30: 866–877
- [50] **Preuss UW, Koller G, Bottlender M et al.** Suicide attempts in alcohol dependents: clinical characteristics and differentiation of the applied methods. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2006; 74: 77–84
- [51] **Cornelius JR, Clark DB, Salloum IM et al.** Interventions in suicidal alcoholics. *Alcohol Clin Exp Res* 2004; 28 (5 Suppl): 895–965
- [52] **Preuss UW, GouzoulisMayfrank E, HavemannReinecke U et al.** Psychiatric comorbidity in alcohol use disorders: results from the German S3 guidelines. *Eur Arch*



Die Niederösterreichische Versicherung AG, eine langjährige Unterstützerin des Vereins Grüner Kreis, feierte ihr 100-Jahr-Jubiläum. Im Bild (v. li.): Vorstandsdirektor Christian Freibauer, Vorstandsdirektor Bernhard Lackner, Dir. Alfred Rohrhofer (Grüner Kreis), Generaldirektor Stefan Jauk

Psychiatry Clin Neurosci 2018; 268: 219–229

[53] **Isometsä ET, Heikkinen ME, Marttunen MJ et al.** The last appointment before suicide: is suicide intent communicated? Am J Psychiatry 1995; 152: 919–922

[54] **Busch KA, Fawcett J.** A fine-grained study of inpatients who commit suicide. Psychiatr Ann 2004; 34: 357–364

[55] **Moggi F, Preuss UW (2019).** Suchterkrankungen und komorbide psychische Störungen. In: Soyka M, Batra A, Heinz A, Moggi F, Walter M. (Hrsg.), Suchtmedizin. Urban & Fischer in Elsevier Verlag.

[56] **Kiefer F, Batra A, Petersen KU, Ardern IS, Tananska D, Bischof G, Funke W, Lindenmeyer J, Mueller S, Preuss UW, Schäfer M, Thomasius R, Veltrup C, Weissinger V, Wodarz N, Wurst FM;** Guideline Group AUD; Hoffmann S. German Guidelines on Screening, Diagnosis, and Treatment of Alcohol Use Disorders: Update 2021. Eur Addict Res. 2022; 28(4): 309–322

[57] **Preuss UW, Gouzoulis-Mayfrank E, Havemann-Reinecke U, Schäfer I, Beutel M, Hoch E, Mann KF.** Psychiatric comorbidity in alcohol use disorders: results from the German S3 guidelines. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2018 Apr; 268(3): 219–229

[58] **Manhapa A, Chakraborty A, Arias AJ.** Topiramate Pharmacotherapy for Alcohol Use Disorder and Other Addictions: A Narrative Review. J Addict Med 2019; 13: 7–22

[59] **Sylvia LG, Gold AK, Stange JP et al. A**

randomized, placebocontrolled proof of concept trial of adjunctive topiramate for alcohol use disorders in bipolar disorder. Am J Addict 2016; 25: 94–98

[60] **McQuillan A, Nicasastro R, Guenet F et al.** Intensive dialectical behavior therapy for outpatients with borderline personality disorder who are in crisis. Psychiatr Serv 2005; 56: 193–197

[61] **Linehan M, Dimeff LA, Reynolds SK et al.** Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. Drug Alcohol Depend 2002; 167: 13–26

[62] **Van Den Bosch LM, Verheul R, Schippers GM et al.** Dialectical behavior therapy of borderline patients with and without substance use problems. Implementation and long-term effects. Addict Behav 2002; 27: 911–923

[63] **Karlsson Linnér R, Mallard TT, Barr PB, Sanchez-Roige S, Madole JW, Driver MN, Poore HE, de Vlaming R, Grotzinger AD, Tielbeek JJ, Johnson EC, Liu M, Rosenthal SB, Ideker T, Zhou H, Kember RL, Pasman JA, Verweij KJH, Liu DJ, Vrieze S;** COGA Collaborators; Kranzler HR, Gelernter J, Harris KM, Tucker-Drob EM, Waldman ID, Palmer AA, Harden KP, Koellinger PD, Dick DM. Multivariate analysis of 1.5 million people identifies genetic associations with traits related to self-regulation and addiction. Nat Neurosci. 2021 Oct; 24(10): 1367–1376

#### **Prof. Dr. med. Ulrich W. Preuss**

ist Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und Klinikdirektor der RKH Ludwigsburg, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin, Ludwigsburg. Er beschäftigt sich seit vielen Jahren mit der Forschung, Diagnostik und Behandlung von substanzgebundenen Abhängigkeitserkrankungen und ist Koautor zahlreicher Publikationen und mehrerer Leitlinien zur Diagnostik und Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen.

#### **Dr. med. Jessica Wei Mooi Wong**

ist Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie. Sie ist als leitende Oberärztin in einer Klinik für psychosomatische Rehabilitation tätig.

#### **Prof. (Univ. Basel) Dr. med. Friedrich M. Wurst**

ist Professor für Psychiatrie und Psychotherapie an der Universität Basel sowie in eigener Praxis tätig. Vormalig Primararzt und Klinikvorstand, Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie II, Paracelsus Medizinische Privatuniversität Salzburg und SALK. Schwerpunkte seiner Tätigkeit sind Abhängigkeitserkrankungen, Suizidologie und ÄrztInnengesundheit. Er ist Mitglied im Vorstand verschiedener nationaler und internationaler Gesellschaften, hat über 100 wissenschaftliche Publikationen sowie Buchbeiträge veröffentlicht und ist bei der Leitlinienerstellung tätig.





## Genießen mit Gewissen

Fleisch von Rindern und Schweinen aus den Landwirtschaftsbetrieben des Vereins Grüner Kreis  
Ganzjährige Freilandhaltung **bio-rind@gruenerkreis.at** beste Bio-Qualität

### Beratungs- & Betreuungsteam

Leitung: Mag.<sup>a</sup> Mirjam Ohr

#### Wien

Mag.<sup>a</sup> Mirjam Ohr MA (W)

Tel.: +43 (0)664 8111021

mail: mirjam.ohr@gruenerkreis.at

Walter Clementi (W, WU, NÖ, B)

Tel.: +43 (0)664 3840827

mail: walter.clementi@gruenerkreis.at

DSA Birgit Handler-Puhl, MA (Justiz Wien)

Tel.: +43 (0)664 811 1665

mail: birgit.handler-puhl@gruenerkreis.at

Lisa Kläring, BA

Tel.: +43 (0)664 811 1018

mail: lisa.klaering@gruenerkreis.at

Reinhard Krainer, BA

Tel.: +43 (0)664 180 97 09

mail: reinhard.krainer@gruenerkreis.at

#### Niederösterreich, Burgenland

Marianne Weigl, DSA (Most-, Wald- und Weinviertel)

Tel.: +43 (0)664 2305312

mail: marianne.weigl@gruenerkreis.at

Gabriele Stumpf (NÖ, B)

Tel.: +43 (0)664 8111676

mail: gabriele.stumpf@gruenerkreis.at

#### Oberösterreich

Elisabeth Schnitzer, BA

Tel.: +43 (0) 664 811 1024

elisabeth.schnitzer@gruenerkreis.at

Armin Hickl, BA

Tel.: +43 (0) 664 811 1007

mail: armin.hickl@gruenerkreis.at

#### Steiermark

Anna-Maria Ranftl, MA

Tel.: +43 (0)664 811 1023

Mail: anna-maria.ranftl@gruenerkreis.at

Sarah Maria Koberg MA

Tel.: +43 (0) 664 811 1041

mail: sarah.koberg@gruenerkreis.at

#### Kärnten, Osttirol

Dipl. Päd. Marcel Kogler BA

Tel.: +43 (0)664 384 0280

mail: marcel.kogler@gruenerkreis.at

#### Salzburg

Armin Hickl, BA

Tel.: +43 (0) 664 811 1007

mail: armin.hickl@gruenerkreis.at

#### Tirol, Vorarlberg

Susanne Fessler-Rojkowski, DSA

Tel.: +43 (0)664 8111675

mail: susanne.fessler@gruenerkreis.at

Elisabeth Schnitzer, BA

Tel.: +43 (0) 664 811 1024

elisabeth.schnitzer@gruenerkreis.at

#### Ambulante Beratungs- & Betreuungszentren Wien

1110 Wien, Simmeringer Hauptstraße 101-103

Tel.: +43 (0)1 5269489 | Fax: +43 (0)1 5269489-40

mail: ambulanzen.wien@gruenerkreis.at

1030 Wien, Radetzkystraße 31/Top 8+11

Tel.: +43 (0)1 710 74 44 | Fax: +43 (0)1 710 74 44-22

mail: bzwienn3@gruenerkreis.at

#### Wiener Neustadt

2700 Wiener Neustadt, Grazer Straße 53/14

Tel.: +43 (0)664 8111676 | Fax: +43 (0)2622 61721

mail: ambulanzen.wienerneustadt@gruenerkreis.at

#### Graz

8020 Graz, Sterngasse 12

Tel.: +43 (0)316 760196 | Fax: +43 (0)316 760196-40

mail: ambulanzen.graz@gruenerkreis.at

#### Klagenfurt

9020 Klagenfurt, Feldmarschall Conrad-Platz 3

Tel.: +43 (0)664 384 0280 | Fax: +43 (0)463 590127

mail: ambulanzen.klagenfurt@gruenerkreis.at

#### Linz

4020 Linz, Sandgasse 11

Tel.: +43 (0)664 8111024 | Fax: +43 (0)732 650275-40

mail: ambulanzen.linz@gruenerkreis.at

## Beratung & Hilfe

Retouren an Postfach 555, 1008 Wien

Grüner Kreis, Verein zur Rehabilitation und Integration suchtkranker Menschen | [www.gruenerkreis.at](http://www.gruenerkreis.at)