

Zeitschrift: SuchtMagazin

Herausgeber: Infodrog

Band: 29 (2003)

Heft: 4

Artikel: Jeder sechste Patient in der Alterspsychiatrie leidet unter Alkoholabhängigkeit

Autor: Krebs-Roubicek, Eva

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-800891>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 29.03.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Jeder sechste Patient in der Alterspsychiatrie leidet unter Alkoholabhängigkeit

Die präventive Auseinandersetzung mit den zu erwartenden Rückschlägen erscheint von vordringlicher Bedeutung. Als Rückschläge werden nicht nur Abstinenzverletzungen, sondern auch gravierende emotionale Krisen verstanden. Diese haben auf Patienten eine zutiefst demoralisierende Wirkung und führen schnell zu Rückfällen, d.h. zum süchtigem Konsum. Zu motivieren bedeutet deshalb, realistische, aber dennoch hoffnungsvolle Perspektiven aufzubauen, die das Ziel einer stabilen Abstinenz erreichbar erscheinen lassen.

EVA KREBS-ROUBICEK*

Die Sucht wird als Zustand psychischer und körperlicher Abhängigkeit von einer oder mehrerer Substanzen beschrieben. Als Sucht wird aber auch ein Phänomen zwischen lustvollem Drang und qualvollem Zwang bezeichnet.

Epidemiologie

2-10% der über 60-jährigen und 2-5% der über 75-jährigen sind alkoholkrank. In stationären Einrichtungen, wie Spitälern und psychiatrischen Kliniken weisen 4 – 23% der über 65-jährigen ein Alkoholproblem auf. In den alterspsychiatrischen Abteilungen der Psychiatrischen Universitätsklinik Basel wurde bei 20% der aufgenommenen Patienten und Patientinnen die Alkoholabhängigkeit als die erste Diagnose festgestellt. In Langzeitinstitutionen, wie Alters- und Pflegeheimen leidet 41% der Männer und 12% der Frauen unter einem Suchtmittelmissbrauch. Die Konsequenzen sind verheerend und können alle Organe des menschlichen Körpers beeinflussen. Da sich die Lebenserwartung verlängert und dadurch die Anzahl der älteren Menschen in der Population wächst, wird ein erhöhter Bedarf an Wissen und therapeutischem Können für diese Problematik bei den über 60-jährigen benötigt. Andererseits konnte gezeigt werden, dass ein niedriger Alkoholkonsum (1-3 Drinks pro Tag) mit einer Abnahme der kardiovaskulären Morbidität und Mortalität (Herz-Kreislauferkrankungen) und des Demenzrisikos bei den über 55-jährigen assoziiert werden kann.

Diagnose

Das Alkoholproblem wird bei älteren Menschen häufig übersehen. Eine we-

sentliche Erklärung für die schwere Identifizierung eines Alkoholmissbrauchs im Alter liegt in dem atypischen Beschwerdebild, das der ältere Mensch beklagt. Die PatientInnen oder auch ihre Angehörigen klagen über unspezifische «geriatrische» Beschwerden. Oft steht bei der Anamneseerhebung eine Neigung zu Stürzen mit Prellungen oder Frakturen im Vordergrund, ferner Diarrhöen, eine allmählich zunehmende Harnblasenschwäche und/oder Zeichen einer Fehlernährung. Zusätzlich wird über fortschreitende Gedächtnisschwäche, eine Vernachlässigung der Körperhygiene, Antriebs- und Interesselosigkeit oder zunehmenden sozialen Rückzug berichtet. Verkannt werden diese unspezifischen Beschwerdebilder nicht selten als beginnende Alzheimerkrankheit, reaktiv-depressive Störung im Rahmen des Alterungsprozesses oder auch als unerwünschte Begleiterscheinung bei Polymedikation. Zusätzlich zu der gezielten Eigen- und Fremd – Anamnese, körperlichen und/oder psychopathologischen Befunden haben sich die Fragen der geriatrischen Version des MAST¹ und die 4 Fragen des CAGE-Interviews (cut down, annoyed, guilty, eye opener) bewährt.

CAGE-INTERVIEW

- Hatten Sie schon das Gefühl, dass Sie Ihren Alkoholkonsum reduzieren sollten?
- Haben Sie sich schon geärgert, wenn andere Leute ihren Alkoholkonsum kritisierten?
- Hatten Sie schon ein schlechtes Gewissen wegen Ihres Alkoholkonsums?
- Haben Sie schon am Morgen Alkohol getrunken, um ihre Nerven zu beruhigen oder um ihren Kater loszuwerden?

Auch die häufig gravierenden Auswirkungen eines Alkoholmissbrauchs mit

* Eva Krebs-Roubicek, Dr.med. Leitende Ärztin Alterspsychiatrie, PUK Basel, Wilhelm Kleinstrasse 27, CH-4025 Basel, Email: eva.krebs-roubicek@pukbasel.ch

nur geringen Mengen Alkohols auf den Organismus werden von ärztlicher Seite nach wie vor noch unterschätzt. In der Diagnose weisen die im Kasten aufgeführten Verhaltensauffälligkeiten bedeutsame Hinweise auf einen vorliegenden Alkoholmissbrauch auf.

VERHALTENS-AUFFÄLLIGKEITEN, DIE AUF EINE ALKOHOLKRANKHEIT IM ALTER HINWEISEN:

- Nachlassen der kognitiven Funktionen
- Rezidivierende (wiederauftretend) Verwirrheitszustände
- Zunehmende Interesselosigkeit, sozialer Rückzug
- Persönlichkeitsfremde Muster, wie z.B. nicht bekannte Taktlosigkeit oder vermehrte Reizbarkeit
- Vernachlässigung der Körperhygiene oder neu auftretende Inkontinenz
- Fehlernährung mit Gewichtsabnahme
- Fluktuierende Gangunsicherheit oder wiederholte Stürze
- Schlafstörungen mit Tagesmüdigkeit
- Wiederholte Klagen über Angst oder Vorkommen von postoperativen Verwirrheitszuständen als Entzugssymptome

In der internistisch-neurologischen Untersuchung sollte klinischen Zeichen von Alkoholfolgekrankheiten nachgegangen werden, z.B. Spider naevi², Aszites³, Ataxie⁴ oder Aufmerksamkeitschwäche. Zu den wichtigsten Laborparametern gehören: Anstieg der Transaminasen⁵, Erhöhung des mittleren Erythrozytenvolumens⁶ und eine verstärkte Bildung von CDT (Carbohydrate deficient transferrin). Des weiteren können wir Alkoholfolge-schäden wie Alkoholentzugssyndrom mit Delirium tremens, Wernicke-Korsakow-Syndrom, psychotische Störungen, wie Alkoholhalluzinose oder Eifersuchtswahn, alkoholinduzierte Persönlichkeitsstörungen oder alkoholbedingte Demenz feststellen.

Pathogenese

Risikofaktoren – für das Neuauf-treten eines abhängigen Verhaltens kommen folgende Faktoren allein oder in Kombination in Frage.

Zu vorwiegend somatischen Faktoren zählen wir Schmerzen, das Wohlbefinden störende Krankheiten, Schlafstörungen verschiedenster Genese und Vergesslichkeit.

Die vorwiegend psychosozialen Faktoren sind Funktions- und Aktivitätsverlust, Kontaktverlust, Verlust der Autonomie, Verlust der Perspektive und der Verlust an Lusterlebnissen wie auch erhöhte traurige, gereizte Stimmung und Depressionen.

Das Risiko zu erkranken wird um so grösser, je mehr derartige Faktoren zusammentreffen und je einfacher die Beschaffung der, die Abhängigkeit erzeugende, Substanz ist.

Psychodynamik der Sucht

Der Sucht liegt keine einheitliche Persönlichkeitsstruktur zugrunde. Es muss davon ausgegangen werden, dass die so oft so uniform erscheinende manifeste Abhängigkeit die gemeinsame Endstrecke eher heterogener ätiopathogenetischer Prozesse (Entstehungsweise) darstellt. Diese Uniformität ist wesentlich bedingt durch die Pharmakologie des Suchtmittels, durch neurophysiologische Mechanismen, den Zwang zur Vermeidung von Entzugssymptomen, biologisch bedingtes Suchtmittelverlangen und nicht zuletzt auch durch die soziale Stigmatisierung und Tabuisierung des Suchtmittelkonsums. Diese Aussage hat weitreichende Konsequenzen für einen störungsspezifischen Therapieansatz des Alkoholismus. Einen Ausweg zeigen neue Ansätze, in denen weniger auf strukturelle Gemeinsamkeiten in der frühen Lebensgeschichte und auf die unbewusste symbolische Bedeutung des Suchtmittels fokussiert wird, sondern mehr auf die pharmakologische Wirkung der Substanz und deren psychische Funktion. Somit wird der Substanzgebrauch als Versuch verstanden, schwere Beeinträchtigungen des innerpsychischen Gleichgewichts – als Folge dysfunktionaler intrapsychischer und interpersonaler Regulation – psychopharmakologisch auszugleichen, so dass ein erträglicher Zustand erreicht wird.

Situation der Pflegenden

Die persönliche Einstellung der Pflegenden zur Sucht beeinflussen den Umgang mit Abhängigen. Toleranz gegenüber Suchtverhalten im Alter ist häufig anzutreffen. Hinter dieser Haltung versteckt sich oft Gleichgültigkeit, Resignation oder eine falsch verstandene Auffassung der Lebensqualität.

Die Pflegenden können sich bei der Betreuung der älteren Alkoholkranken Menschen verschiedene Fragen zur Selbstwahrnehmung stellen:

Wo habe ich meine abhängigen Anteile? Wo hat der/die Alkoholkranke seine/ihre Stärken? Gestaltet der/die Alkoholkranke seine/ihre Beziehungen zu mir so, dass er/sie von mir abhängig wird? Glaube ich, nur ich könnte ihn/sie verstehen?

Alkohol sollte ich als eine Ersatzbefriedigung sehen, als Ersatz für eine mitmenschliche Begegnung und entsprechend handeln.

Die Beziehungsgestaltung ist von mir abhängig und beeinflussbar, ob ich ihn oder sie wohlwollend akzeptiere oder ermahne, beschäme oder ihnen sogar Vorwürfe mache. Ich kann Alkoholkranken helfen einen Sinn zu suchen, sich selbst zu bestätigen und zu genießen. Ich kann sie führen, verständnisvoll aber konsequent, nicht mit Drohungen, aber mit Unterstützung.

Strukturen schaffen

Für den weiteren Verlauf hilft eine klare Struktur, zunächst für den nächsten Tag, später für die kommende Woche um Alkoholkranken an die tägliche Abläufe gewöhnen.

Die therapeutische Unterstützung kann entweder in Einzelgesprächen oder in verschiedenen Gruppen angeboten werden. Die Pflegenden können im stationären oder ambulanten Rahmen an Gruppensitzungen von Betroffenen teilnehmen oder diese leiten. Dabei muss beachtet werden, dass in den diagnostisch gemischten Gruppen, die Teilnehmenden die Alkoholkranken ernst nehmen und akzeptieren. In der Gruppe kann sich der ältere alkoholkranken Mensch selbst wahrnehmen und neue mitmenschliche Beziehungen anknüpfen. In einer Gestaltungsgruppe und/oder Beschäftigungsgruppe können Alkoholkonsumierende sich selbst entfalten, oder mit den gestellten Arbeitsaufgaben sich besser an die Grenzen des eigenen Handlungsspielraumes anpassen und mit den gestellten Arbeitsaufgaben den eigenen Handlungsspielraum erweitern um mit ihren Lebensumständen besser fertig zu werden.

Nach erreichter Abstinenz werden ältere alkoholkranken Menschen eine Gemeinschaft benötigen, in der sie rückhaltlos über ihre Probleme sprechen

können und in der sie sich verstanden fühlen. Sie brauchen ein Gemeinschaftsleben, dass die heute üblichen Trinksitten nicht pflegt. Manchmal muss sogar eine neue Wohnung vermittelt werden um nicht mit den alten Vorurteilen konfrontiert zu werden.

Beschämende Themen

Im stationären Setting, manchmal in abgeschwächter Form auch im ambulanten Rahmen, treten folgende Probleme auf:

- Häufig verlangen drängende soziale Fragen auch nach aussen den klärenden, schützenden und strukturierenden Einsatz der Betreuenden.
- Manchmal gibt es auch die, von beiden Seiten – TherapeutInnen und PatientInnen – als beschämend erlebten Auseinandersetzungen um basale Themen wie Hygiene und andere Grundvoraussetzungen sozialen Zusammenlebens.

Angesichts dieser Belastungsfaktoren bei oft schlechter personeller Ausstattung besteht auf vielen Ebenen die Gefahr, dass das Team ins Agieren gerät und die Rettung in der rigiden Durchsetzung von Ordnungsprinzipien sucht oder eine unangemessene Laissez-faire-Haltung einnimmt. Eine weitere Gefahr liegt in inadäquatem, aktionistischem Handeln als Abwehr der regressiv-symbiotisch-verstrickten Beziehungsmuster vieler Abhängiger, welche die Ich-Grenzen der Betreuenden bedrohen. Diese symbiotischen Verstrickungen werden in der Gegenübertragung häufig als resignative Lustlosigkeit wahrgenommen.

Gefahren der Gegenübertragung

Viele alkoholkrankte PatientInnen leiden an den Folgen massiver Traumatisierungen, an Bindungsstörungen und an komorbiden Persönlichkeitsstörungen mit dissozialen Zügen. Deshalb kommt es oft zu destruktivem oder autodestruktivem Agieren. Die PatientInnen reinszenieren dabei frühe Erfahrungen der Abschiebung, der emotionalen Ablehnung und Vernachlässigung, der Verwahrlosung, aber auch konkreter physischer Gewalt in unterschiedlichen Formen. Diese Muster interpersonaler Destruktivität können sich leicht auf die ganze Gruppe ausdehnen und dabei besonders heftige Gegenübertragungsgefühle aus-



lösen, u.a. Gefühle der therapeutischen Insuffizienz, der Ohnmacht, des Aufgesogenwerdens, des sinnlosen therapeutischen Handelns, der Entwertung und Wut. Gleichzeitig benötigen gerade diese PatientInnen in besonderem Masse Wohlwollen, Geduld und ein freundlich-zugewandtes und gleichzeitig klar strukturierendes Verhalten. Wenn die Ressourcen des behandelnden Teams nicht ausreichen, kann es leicht zu destruktivem und offen oder versteckt entwertendem Agieren gegenüber den PatientInnen kommen. In dieser Situation ist die Wahrscheinlichkeit gross, dass die betroffenen PatientInnen diese extreme Bedrohung ihres narzisstischen Gleichgewichts in Form direkter und indirekter Entwertung der TherapeutInnen abwehren, wodurch sich wiederum das Team in Frage gestellt sieht. Das kann dazu führen, dass es zwischen PatientInnen und Team zum Phänomen der rotierenden Schamaffekte kommt und die Situation in einem sich aufschaukelnden wechselseitigen Entwertungszyklus kulminieren kann.

Professionelle Begleitung des Personals

Die genannten Schwierigkeiten sind in der Regel nur durch ein ausreichend personell ausgestattetes, geschultes und supervidiertes Behandlungsteam beherrschbar.

Bei der Wahl der direkten Betreuenden spielen persönliche Sympathie, länger dauernde Verfügbarkeit und persönlicher Einsatz die Hauptrolle. Laien helfende ohne systematische Unterstützung durch engagierte Ärzte/innen, Sozialarbeitende oder eine Institution der Suchtbehandlung sind meist schnell überfordert. Dies führt oft zum Betreuungsabbruch mit möglicher sekundärer Suchtverstärkung.

Ursachen der Rückfälle stellen häufig eine unveränderte Lebenssituation, unbewältigte familiäre Konflikte, mangelnde mitmenschliche Kontakte und das Gefühl, auch bei Abstinenz verachtet zu bleiben, dar. Rückfälle werden aber auch durch alkoholhaltige Medikamente oder Pralinen ausgelöst. Gerade bei den Rückfällen braucht der ältere Mensch mit Alkoholproblemen mitmenschlichen Kontakt und eine feste Bezugsperson, die die individuelle Schwäche akzeptiert und die ältere Person nicht verurteilt.

Phasen	Besonderheiten im Alter
1. Prävention	
2. Kontaktaufnahme	Sorgfältige Diagnose unter Einschluss der Familien- und Sozialanamnese, eingehende Information und Aufklärung
3. Entgiftung	Unter engmaschiger stationärer Überwachung auf vorbestehende Diuretika ⁷ Medikation achten, Kontrolle des Flüssigkeits- und Elektrolytenhaushaltes, erhöhte Nebenwirkungsrate von Medikamenten, Vitamine
4. Entwöhnung	Altersspezifische Behandlungskonzepte wenig etabliert, auf Einsamkeit, Verlust von sozialer Stellung, von Bezugspersonen achten, sinnvolle Strukturierung des Alltags erarbeiten, soziale Kontaktmöglichkeiten schaffen, Kennen lernen von Kontaktpersonen für die Nachsorgephase, medikamentöse Unterstützung
5. Nachsorge	Behutsamer, eingehend vorbereiteter Wechsel in die Nachsorge, engmaschige ambulante Betreuung, Teilnahme an Selbsthilfegruppen, Unterstützung der Angehörigen, Behandlung von zusätzlich bestehenden psychischen Störungen

Tabelle 1

Therapeutische Überlegungen

Suchtmittelkonsum dient im fortgeschrittenem Alter oft dem Ziel, Schmerz, Krankheit, missliche Lebenslage, Verlusterlebnisse etc. erträglicher zu machen. Oft verhelfen Suchtmittel zu seltener gewordenen Lusterlebnissen. Nutzen und Schaden einer festgestellten Suchtentwicklung sind deshalb ebenso sorgfältig abzuwägen wie ein möglicher Nutzen und Schaden einer therapeutischen Massnahme. Schadensminderung ist das oberste Ziel. Insbesondere ist die Verhältnismässigkeit einer therapeutischen Intervention zu prüfen. Bei jahrzehntelangem Suchtverlauf ist die Chance einer grundlegenden Änderung anders einzuschätzen, als bei einer erlebnisbedingten, erst im Alter entstandenen Sucht. Persönlichkeitsbedingte Suchtgewohnheiten sind schwieriger zu beeinflussen als situationsbedingte. Dabei muss abgeklärt werden, ob überhaupt eine therapiebedürftige Sucht vorliegt; wichtige soziale Folgen einer Suchtentwicklung entfallen im Alter (z.B. Erwerbseinbusen etc.).

Wird die Lebensqualität bei Betroffenen durch die Suchtgewohnheiten beeinträchtigt oder gesteigert? Die subjektive Lebensqualität der Betroffenen entscheidet in der Regel über die Therapiebedürftigkeit. Therapeutische Interventionen dürfen nicht zu einer Verminderung der Lebensqualität führen. Dabei ist die Rolle gravierender Auswirkungen auf das Umfeld sowie das

Vorhandensein anderer schwerwiegender Risiken (z.B. Unfallgefahr) angemessen zu berücksichtigen.

Welche Risikofaktoren unterhalten die Sucht?

Sind die Risikofaktoren beeinflussbar? Vor allem bei symptomatischer Suchtentwicklung ist nach alternativen Möglichkeiten der Symptombekämpfung zu forschen. Als Beispiele können Bekämpfung von Schlafproblemen, Schmerzlinderung, Depressionsbehandlung, Aktivierung, Kontaktförderung mit anderen Menschen angeführt werden.

Die wesentlichen Therapieziele umfassen die Behebung oder Kompensation der körperlichen und psychosozialen Schäden, sowie die erneute Entwicklung von sozialer Selbständigkeit und Beziehungsfähigkeit. Absolute Alkoholabstinenz ist hierfür unabdingbare Voraussetzung. Die fünf Phasen der Therapie mit Kontaktaufnahme, Entgiftung, Entwöhnung und Nachsorge bestimmen auch im Alter das therapeutische Vorgehen. Allerdings sollten bestimmte Faktoren berücksichtigt werden (siehe Tab. 1).

Soziale Kompetenzen stärken

Das heilende Agens sind dabei die therapeutische Beziehung und die durch sie ermöglichten korrigierenden Neuerfahrungen im zwischenmenschlichen Kontext. Die Therapieangebote unterstützen die PatientInnen vor allem in

der Durcharbeitung innerpsychischer und interpersonaler Konflikte, die in der Regel einen erheblichen Teil des Leidensdrucks bedingen. Sinnvoll ergänzt werden sie durch Techniken des Rollenspiels, des sozialen Kompetenztrainings und des Psychodramas sowie durch averbale Ansätze wie Musiktherapie, körpertherapeutische Methoden, Bewegungstherapie, Gestalttherapie und vergleichbare Methoden. Als sinnvolle Behandlungsergänzung haben sich insbesondere Paar- und Familiengespräche erwiesen. Sie erweitern, korrigieren und vertiefen die Problemsicht häufig erheblich. Ausserdem erweist es sich oft als notwendig, dass vergangene familiäre Belastungen von Abhängigen aufgearbeitet werden um das zukünftige Zusammenleben ohne Alkohol vorzubereiten. Einzelbetreuung kann die Integration der, in Gruppen aufgeworfenen Themen fördern und Steuerung und Fokussierung des psychotherapeutischen Prozesses verbessern. Ausserdem hilft sie, stark schambehaftete Themen durchzuarbeiten und sozial ängstlichen Patienten den Einstieg in die Gruppe zu erleichtern.

Leiden mit Selbstmedikamentation lindern

Bei co-morbiden Störungen (Persönlichkeitsstörungen, affektiven und Angststörungen, psychotischen Zuständen und posttraumatischen Belastungsstörungen) hat Alkohol oft die Funktion, den durch diese Störung bedingten Leidenszustand in Form einer Selbstmedikation zu lindern. Wichtig ist zu eruieren, welche Faktoren den Substanzkonsum ausgelöst haben, um dann im zweiten Schritt die zugrunde liegenden Konflikte, Störungen des Selbst und der Objekte herauszuarbeiten.

Den Aufnahmeanlass stellen oft depressive Reaktionen auf Objektverluste in Verbindung mit hochambivalenten Autonomiekonflikten dar. Eine Auflösung dieser Konflikte, während der relativ kurzen stationären Therapie, ist nur in Einzelfällen möglich. Im Zentrum stehen daher die Förderung der Autonomiebestrebungen und die Klärung der oft diffus verstrickten, symbolischen Beziehungsmuster und die Funktion des Alkoholgebrauchs. Bei Borderline Patienten bilden dagegen das defizitäre Vermö-

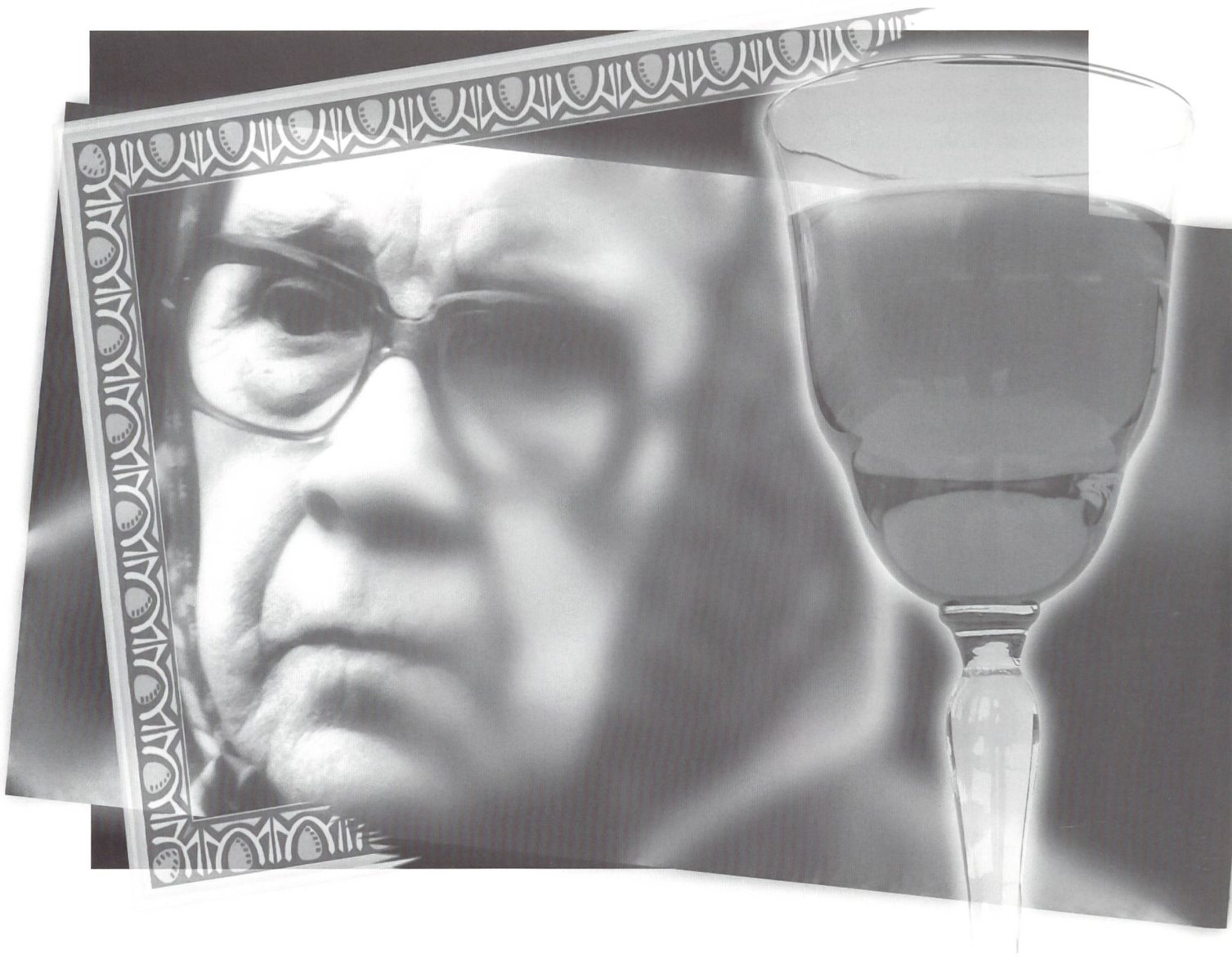


gen für eine adäquate differenzierte Wahrnehmung und Regulation der eigenen Affekte einen wesentlichen Fokus. Von besonderer Bedeutung sind dabei Zustände unerträglicher Leere und chronischer Wut, die einen häufigen Auslöser für Alkoholrückfälle darstellen. Da Alkohol sehr wirksam Angst, Alpträume und andere traumatisch bedingte Symptome zu unterdrücken vermag, finden wir unter Alkoholkranken eine hohe Anzahl von Opfern schwerer lebensgeschichtlicher Realtraumatisierungen. Bei diesen PatientInnen haben sich gezielte Stabilisierungsübungen mit imaginativen Techniken bewährt.

Unterstützung der Abstinenz

Alkoholkranken nehmen therapeutische Hilfe in der Regel nicht freiwillig in Anspruch, auslösend ist der Druck von Angehörigen, das Auftreten somatischer Suchtfolgekrankheiten oder der drohende soziale Abstieg. Diese Konstellation verstärkt noch die, mit der Aufnahme jeder Psychotherapie verbundene, narzisstische Kränkung und damit oft die, zur Wahrung des Selbstwertgefühls eingesetzten, Abwehrmechanismen.

Gleichzeitig wird Alkoholkranken mit der Verpflichtung zur Abstinenz der Verzicht auf ein in unserer Kultur ubi-



quitäres (überall vorkommendes) Genussmittel und eine wirksame Möglichkeit zur Selbstmedikation auferlegt, ohne dass ihnen unmittelbar ein gleichwertiger Ersatz für diesen Verlust zur Verfügung gestellt würde. Dabei ist die präventive Auseinandersetzung mit den zu erwartenden Rückschlägen von vordringlicher Bedeutung. Als Rückschläge werden nicht nur Abstinenzverletzungen, sondern auch gravierende, emotionale Krisen verstanden. Diese haben auf den Patienten eine zutiefst demoralisierende Wirkung und führen schnell zu Rückfällen von süchtigem Konsum. Zu motivieren bedeutet deshalb, realistische, aber dennoch hoffnungsvolle Perspektiven aufzubauen, die das Ziel einer stabilen Abstinenz erreichbar erscheinen lassen.

Rückfälle und...

Charakteristisch für die Arbeit mit Abhängigkeitserkrankungen ist das situa-

tive Auftauchen heftiger Trinkwünsche. Dies erschreckt die PatientInnen häufig sehr und lässt sie am Fortschritt und Erfolg der Therapie zweifeln. Andererseits bieten gerade diese Zustände sehr hilfreiche Hinweise auf die spezifischen Schwierigkeiten und Konflikte der PatientInnen und können das Fokussieren der therapeutischen Intervention erleichtern. Vor noch größeren Schwierigkeiten werden die TherapeutInnen durch tatsächliche Rückfälle gestellt: Meist sind Rückfälle für die PatientInnen stark schambehaftet und begleitet von Zügen des Selbsthasses und akuter Verzweiflung, Resignation oder Suizidalität. Zunächst muss deshalb in stützender Weise die schwere narzisstische Kränkung durch den Rückfall bearbeitet werden. Grundsätzlich ist es wichtig, sorgfältig den Ablauf, die Begleitumstände und die kognitiven und affektiven Vorgänge, die dem Rückfall vorausgingen, zu explorieren, um mehr über die grundlegenden Konflikte und

emotionalen Begleiterscheinungen, die für die PatientInnen noch nicht handhabbar sind, zu erfahren. Ein zweites Problem besteht darin, dass durch die Notwendigkeit, weiterhin therapeutische Hilfe zu benötigen, abwehrbedingte illusionäre Vorstellungen eigener Autonomie in Frage gestellt werden, was zu kaum erträglichen Ängsten völliger Abhängigkeit von TherapeutInnen führen kann. Hier ist es wichtig, einerseits die PatientInnen darin zu unterstützen, die Realität seiner vorübergehenden Hilfsbedürftigkeit zu akzeptieren und zu integrieren, und andererseits ihre Autonomiebestrebungen zu fördern, u.a. durch eine ressourcenorientierte Arbeitsweise.

...Behandelnde

Bei den TherapeutInnen können Rückfälle heftige narzisstische Kränkungen auslösen; sie wecken oft Zweifel an der eigenen Kompetenz oder werden als

verräterischer Bruch der Arbeitsbeziehung erlebt. Dies kann leicht dazu führen, dass der Rückfall vorschnell als nicht bearbeitbare negative therapeutische Reaktion interpretiert wird, oder dass PatientInnen latent oder offen abgewertet werden, um die eigene Kränkung abzuwehren. Dies kann einen Kreislauf wechselseitigen Agierens in Gang setzen.

Die Sucht als fortlaufender Versuch, gravierende interpersonale und intrapsychische Regulationsdefizite psychopharmakologisch zu kompensieren, verlangt von therapeutischer Seite neben Klärung und Interpretation ganz wesentlich die supportive und empathische Förderung und Nachreifung basaler Ich-Funktionen. Für Betreuende wie TherapeutInnen ist es deswegen sehr wichtig, individuelle Fehlregulationen und Verwundbarkeiten, wie sie sich im Gruppengeschehen abbilden, empathisch zu erfassen und therapeutisch korrekt zu adressieren.

Mögliche Probleme im Umfeld

Ältere Menschen mit Alkoholproblemen haben fast nie die Einsicht, dass sie krank sind, besonders dann, wenn kognitive Einschränkungen vorliegen. Auch nach einer langjährigen Abstinenz besteht eine Rückfallgefahr, wenn sie glauben, Alkohol könnte zur Entspannung beitragen.

Angehörige und Bekannte stören häufig die Behandlung, weil sie älteren alkoholkranken Menschen nichts mehr zutrauen, sie sogar verachten, ihnen immer Vorwürfe machen, weil sie dem Ansehen der Familie geschadet haben. In manchen Familien gibt es auch «stumme Helfende» oder Verbindungsleute, die den Alkoholkranken heimlich Alkohol beschaffen, manchmal nur damit sie wieder etwas zum Lachen oder eine Abwechslung haben. Manche Pflegenden und Sozialarbeitende bzw. ÄrztInnen resignieren und scheuen einen weiteren Zeitaufwand, da ältere Menschen uneinsichtig und reizbar bleiben. Ein anderer Grund könnte aber auch darin liegen, dass das Angebot der Helfenden nicht wahrgenommen wurde und sie in ihrer Hilfe-rolle nicht bestätigt wurden.

Zusammenfassung

Suchtprävention hat zum Ziel, echten Genuss zu fördern, Lebensqualität zu

verbessern und an einer Gesellschaft mitzuwirken, aus der wir nicht auszuweichen brauchen. Bei der Suchtprophylaxe möchten wir den Ursachen entgegenwirken. Da die Belastungen im Alter häufig zu Suchtverhalten führen, ist eine psychiatrische/psychotherapeutische Unterstützung notwendig.

Therapie der Abhängigkeit bei älteren Menschen zeigt meistens eine bessere Prognose und weniger vorzeitige Abbrüche als bei den Jüngeren. Dies trifft insbesondere dann zu, wenn die Behandlung durch das Team getragen, in altershomogenen Gruppen angeboten und durch ein Nachsorgeprogramm ergänzt wird.

Durch die zunehmend höhere Lebenserwartung steht diese Altersgruppe vor einer komplexen Aufgabe – ein Viertel ihres Lebens neu zu gestalten, ohne auf Erfahrungen und Vorbilder früherer Generationen zurückgreifen zu können. Wenn alte Menschen diese Aufgaben nicht lösen können, so kann es sein, dass sie zu Genussmitteln greifen, um durch die Gefühle der Nutzlosigkeit und der Überflüssigkeit nicht überwältigt zu werden. ■

Literatur

- **Atkinson, RM. 2000:** Substance abuse, in Textbook of Geriatric Neuropsychiatry. 2nd Edition. Coffey, CE; (Cummings, JL. Eds.) Washington, DC, American Psychiatric Press, pp 367-400
- **Atkinson, RM. 2002:** Alcohol Use in Later Life. Am J Geriatr Psychiatry, 10:6, 649-652
- **Gache, P.; Sekera, E.; Stalder, H. 2003:** Problèmes d'alcool. Primary Care 3:270-275
- **Grond, E. 1982:** Der alte Alkoholiker. In: Praxis der psychischen Altenpflege. Werk-Verlag Dr.Edmund Banaschewski, München-Gräfelfing, 130-137
- **Haupt, M.; Kretschmar, Chr. 2002:** Missbrauch von Psychopharmaka und Alkohol im Alter. In: Gaebel, W.; Müller-Spahn, F. (Hrsg.) Diagnostik und Therapie psychischer Störungen. Kohlhammer, Stuttgart 1083-1085
- **Junkers, G. 1995:** Sucht im Alter. In: Klinische Psychologie and Psychosomatik des Alterns, 193-196
- **Kunzke, D.; Burscheidt, W., 2002:** Alkoholismus in der psychoanalytischen Gruppentherapie. Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik, 38: 3,231-254
- **Oslin, DW.; Pettinati, H.; Volpicelli, JR. 2002:** Alcoholism Treatment Adherence. Older Age Predicts Better Adherence and Drinking Outcomes. Am J Geriatr Psychiatry 10:6, 740-747

- **Schultz, SK.; Arndt, S.; Lutz, GM.; Petersen, A.; Turvey, CL. 2002:** Alcohol Use Among Older Persons in a Rural State. Am J Geriatr Psychiatry, 10:6,750-753
- **Uchtenhagen, A. 2001:** Sucht im Alter. In: Geriatrie Checkliste. Wettstein, A; Conzelmann, M; Heiss, HW (Hrsg.) Georg Thieme Verlag, Stuttgart, New York, 171-176

Fussnoten

- 1 MAST (Michigan Alcoholism Screening Test) in Atkinson, 2002
- 2 Spinnenförmiger Nävus
- 3 Ansammlung von Flüssigkeit in der Bauchhöhle
- 4 Störung der Koordination der Muskulatur
- 5 Enzyme
- 6 Volumen der roten Blutkörperchen
- 7 harntreibende Mittel

Inserat

**AUSGESETZT
AUSGELINGERT
AUSGEWUTET
VERGOTTEN
VERGESSEN**



Terre
des hommes
Kinderhilfe

SPENDEN SIE HOFFNUNG

ANTWORT - COUPON

Ich möchte Terre des hommes Kinderhilfe beim Einsatz für diese Kinder unterstützen

mit einer **Spende**

mit einer **Patenschaft** von monatlich Fr. _____ während _____ Monaten.
Senden Sie mir bitte Einzahlungsscheine.

Senden Sie mir **Unterlagen** über Ihre Tätigkeit

Ich interessiere mich für eine **freiwillige Mitarbeit** ref. 3210

Name: _____

Vorname: _____

Strasse: _____

PLZ/Ort: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____

Terre des hommes Kinderhilfe
Arbeitsgruppe Zürich
Postfach 550 • 8026 Zürich
PKK 80 - 33 - 3

Gratisinserat für Terre des hommes Kinderhilfe