

Zeitschrift: SuchtMagazin
Herausgeber: Infodrog
Band: 29 (2003)
Heft: 4

Artikel: Sucht im Alter
Autor: Uchtenhagen, Ambros
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-800892>

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>

Sucht im Alter

Ist Sucht im Alter ein Thema? Wenn man die – auffallend seltenen – Veröffentlichungen und Projekte zu Suchtmittelkonsum und Sucht bei betagten Menschen sichtet, scheint es kein Thema zu sein.

AMBROS UCHTENHAGEN*

Will man sich an der Realität der Suchtprobleme im Alter orientieren, um Anhaltspunkte dafür zu gewinnen, wie man mit ihnen umgehen könnte, dann zeigen sich trotz den Beteuerungen – angesichts der Zunahme Betagter, handle es sich hier um ein wichtiges Thema – bemerkenswert wenig konkrete Erkenntnisse über die hiesigen Verhältnisse. Repräsentative Untersuchungen über Art und Ausmass von Suchtproblemen im Alter sind immer noch eine Zukunftsaufgabe. Der folgende Versuch einer zusammenfassenden Darstellung beruht deshalb weitgehend auf Arbeiten aus dem benachbarten Ausland, vor allem aus Deutschland.

Langeweile ist ein häufiger Gast

Fachleute im Bereich der Altershilfe und Altersmedizin allerdings wissen, dass das Thema in der Praxis sehr wohl von Bedeutung wäre. Nicht nur gibt es entsprechende Probleme, wie in anderen Altersgruppen auch, die Probleme stehen ausserdem in einem beson-

deren Kontext. Bei Personen jenseits des so genannt aktiven Alters – gemeint ist eine berufliche Tätigkeit – gelten nicht die gleichen Massstäbe. Warum? Fehlleistungen im Beruf – gibt es nicht mehr. Langeweile ist ein häufiger Gast, körperliche Beschwerden melden sich. Darf man also die gleichen Massstäbe anlegen, wenn es um Suchtmittelkonsum geht?

Ich möchte vier Fragestellungen aufgreifen: Was weiss man über das Ausmass von Suchtverhalten bei Betagten? Begann ihre Sucht schon früher? Was bedeutet es, wenn erst im Alter Suchtmittelprobleme auftreten? Was sind diese Probleme, und wie lässt sich damit umgehen?

Häufigkeit von Suchtmittelkonsum und Sucht im Alter

Es gibt zwar statistische Angaben zum Suchtmittelkonsum in verschiedenen Altersgruppen in der Schweiz. So stellt das Statistische Jahrbuch der Schweiz 2000 fest, dass Männer jenseits des Erwerbsalters mehr täglichen Alkoholkonsum aufweisen und der tägliche Schlafmittelkonsum auf ein Mehrfaches ansteigt, während bei Frauen zwar eine gleichgerichtete Tendenz, vor allem aber eine zusätzliche Zunahme des täglichen Konsums an Beruhigungsmitteln zu verzeichnen ist (s. Tabelle 1).

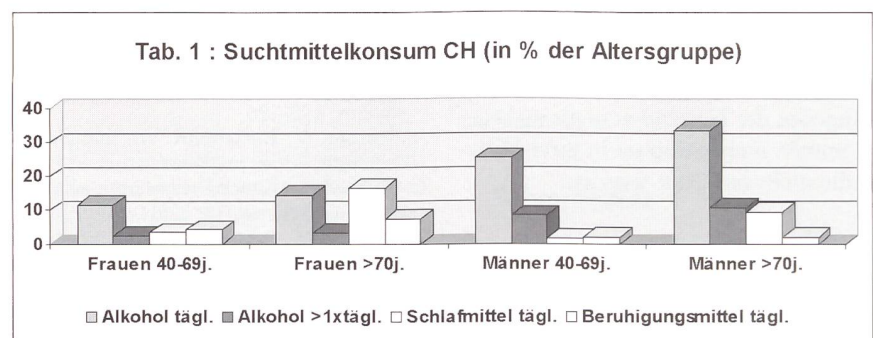
Bereits der Schweizerische Gesundheitsbericht von 1997 zeigte einen steilen Anstieg des Konsums von Schlaf-, Schmerz- und Beruhigungsmitteln bei Frauen ab 60, bei Männern ab 70, aber gleichzeitig auch eine Abnahme von problematischem Alkoholkonsum. Das mag damit zusammenhängen, dass der Organismus im Alter anders auf Alkohol reagiert, beispielsweise die Toleranz für die Wirkung von Alkohol abnimmt und deshalb auch weniger getrunken wird. Gleichzeitig werden aber auch die Gründe häufiger, aus denen zu Schlaf- und Schmerzmitteln gegriffen wird. Umgebungsfaktoren spielen aber auch eine Rolle: Menschen in Alters- und Pflegeheimen haben einen um ein Vielfaches höheren Konsum von Benzodiazepinen (Beruhigungsmitteln) als privat lebende Betagte. Die Vermutung liegt nahe, dass diese Mittel häufig verschrieben werden, um das Zusammenleben in Ruhe und Frieden zu unterstützen.

Suchthäufigkeit bei Betagten schwer feststellbar

Wir können aus solchen Zahlen aber nicht entnehmen, in welchem Ausmass es sich um ein süchtiges Verhalten handelt. Konsumhäufigkeit ist nicht gleichbedeutend mit Suchthäufigkeit. Es gibt keine übereinstimmenden Befunde dazu, wie häufig Sucht bei Be-

* Ambros Uchtenhagen, Prof. Dr. am Institut für Suchtforschung Zürich, Konradstrasse 32, 8005 Zürich, T: 0041-1-273 40 24, F: 0041-1-273 40 64, E-Mail: uchtenhagen@isf.unizh.ch, www.suchtforschung.ch

Tab. 1 : Suchtmittelkonsum CH (in % der Altersgruppe)





1. Starker Konsumwunsch

2. Verminderte Kontrollfähigkeit betreffend Menge, Zeitpunkt und Beendigung des Konsums
 3. Auftreten von Entzugssymptomen
 4. Nachweis einer Toleranz (gleiche Mengen haben schwächere Wirkung)
 5. Vernachlässigung anderer Aufgaben oder Interessen
 6. Fortgesetzter Konsum trotz wahrgekommener negativer Folgen
- Die Diagnose soll nur gestellt werden, wenn irgendwann während der letzten 12 Monate mindestens 3 dieser Kriterien erfüllt waren.

Kasten 2: Diagnose der Abhängigkeit nach ICD-10 der WHO

tagten vorkommt. Die Zahlen reichen von 2% bis zu 20% der Menschen jenseits des 60. Altersjahres; mehrheitlich geht man von ca. 10% aus. 20-40% der Betagten in psychiatrischen Krankenhäusern und bis zu 50% der Betagten in Allgemeinspitälern sollen Alkoholprobleme haben.

Solche Unterschiede der festgestellten Häufigkeit von Suchtmittelproblemen erklären sich teilweise aufgrund der unterschiedlichen Auswahl der untersuchten Personen, aber auch aus Unterschieden der Diagnosestellung. Man darf nicht vergessen, dass die geltenden Diagnostiksysteme (ICD-10 der Weltgesundheitsorganisation und DSM-IV der American Psychiatric Association) bezüglich Abhängigkeit von Suchtmitteln auf Kriterien abstellen, welche im Alter weniger relevant sind als im aktiven Leben (z.B. Vernachlässigung anderer Aktivitäten und Interessen, unübliche Konsummuster, verminderte

Kontrollfähigkeit und der Wunsch nach Konsumreduktion, siehe Kasten 2). Dies führt zu einer gewissen Unschärfe in den epidemiologischen Angaben über die Häufigkeit von Abhängigkeit bei Betagten.

Ebenso gibt es kaum verlässliche epidemiologische Angaben über das Ausmass schädlichen Konsums bei Betagten (von der WHO definiert als ein Konsum, der zu gesundheitlichen Schäden geführt hat und deshalb zu einer Intervention anregt).

Ob Suchtphänomene im Alter im Laufe der Jahre zugenommen haben, ist nicht belegbar. In der Schweizer Bevölkerung allgemein hat sich die Zahl der Suchtkranken einigermassen stabilisiert (auf vergleichsweise hohem Niveau). Die zunehmende Lebenserwartung und die damit zusammenhängende Veränderung der Altersstruktur in der Bevölkerung lässt zwar insgesamt eine Zunahme der Suchtkrankheiten bei Betagten erwarten. Ob die Tendenz, auch im Alter privat wohnen zu bleiben (zum Beispiel mit Unterstützung durch Gemeindehilfe und Spitex) statt in ein Heim einzutreten, zu mehr Vereinsamung und deshalb zu mehr Suchtproblemen führt, lässt sich derzeit nicht erkennen.

Sucht im Alter als Fortsetzung einer früheren Suchtgeschichte

Einmal süchtig – immer süchtig, lautet eines der vielen Vorurteile, wenn es um Suchtkranke geht. Tatsächlich lässt sich aber beobachten, dass bei vielen Menschen mit Suchtproblemen im Laufe des Lebens eine Art Beruhigung oder auch Nachreifung stattfindet,

welche die Sucht entbehrlich macht. «Ageing out» oder «maturing out» nennen das die amerikanischen Forscher. Man kann deshalb erwarten, dass Sucht im Alter weniger häufig ist als in früheren Lebensphasen – und das scheint auch so zu sein. Trotzdem: nach den vorliegenden Befunden haben die Hälfte bis zwei Drittel derjenigen, die im Alter Suchtprobleme aufweisen, schon früher solche Probleme gehabt. Diese Menschen haben auch schon Behandlungen erlebt, sie haben häufig schon in einer Suchtbehandlung oder/und im Kontakt mit einer Selbsthilfegruppe gestanden. Nicht selten ist es, dass ein Mensch seine frühere Sucht überwunden hat und unter dem Druck sich verschlechternder Lebensverhältnisse wieder rückfällig wird. Es gibt aber auch diejenigen, die trotz eindeutiger Suchtmittelabhängigkeit sozial und gesundheitlich immer stabil bleiben und von daher auch wenig Grund hatten, auf ihre Suchtgewohnheiten zu verzichten.

Später Suchtbeginn

Ein Drittel bis knapp die Hälfte der Menschen mit Suchtmittelproblemen im Alter haben erst spät damit begonnen. Mit dem in der zweiten Lebenshälfte steigenden Konsum von Schmerz-, Schlaf- und Beruhigungsmitteln steigt auch das Risiko einer Abhängigkeitsentwicklung. Dieses Risiko wird allerdings als eher gering eingestuft; bei Frauen ist es etwas grösser als bei Männern. Diese wiederum haben das grössere Risiko Alkoholprobleme zu entwickeln. Zum Teil werden altersspezifische Stressfaktoren

1. Vorwiegend körperliche Faktoren

- Schmerzsyndrome
- andere das Wohlbefinden störende Krankheiten
- Schlafstörungen verschiedenster Ursache

2. Vorwiegend psychosoziale Faktoren

- Funktions- und Aktivitätsverlust
- Kontaktverlust
- Verlust an persönlicher Autonomie, unfreiwillige Veränderung der Lebensumstände
- Verlust an Zukunftsperspektive
- Verlust ein freudigen und lustvollen Erlebnissen
- erhöhte Verstimmbarkeit, Depression

Kasten 3: Risikofaktoren für Suchtentwicklung bei Betagten

dafür verantwortlich gemacht, insbesondere Vereinsamung, Statusverlust, Sinnverlust, körperliche Beschwerden. Bei Heiminsassen kann ein emotional ungünstiges Klima und fehlende Zuwendung als Stress wirken. Im Unterschied zu denjenigen, die schon früher Suchtprobleme hatten, gelten diese Menschen als überwiegend sozial integriert und stabil, und der Verlauf ihrer Sucht wird als eher günstig beschrieben, insbesondere wenn man den Belastungsfaktoren genügend Aufmerksamkeit schenkt. Vor allem psychosoziale Risikofaktoren sind zu beachten (Kasten 3).

Woran erkennt man Suchtmittelprobleme bei Betagten?

Häufig wird die Diagnose einer Abhängigkeit oder eines schädlichen Konsums nicht oder nur zufällig gestellt. Suchtgeschehen spielt sich häufig im Verborgenen ab und wird deshalb übersehen.

Eine Abklärung rechtfertigt sich vor allem aus zwei Gründen: übermäßiger Suchtmittelkonsum kann zu somatischen, psychischen und sozialen Komplikationen führen, und übermäßiger Suchtmittelkonsum ist in der überwiegenden Zahl der Fälle günstig beeinflussbar.

Hinweise auf das Vorliegen eines Suchtmittelproblems ergeben sich aus der Feststellung typischer Komplikationen (Kasten 4). Für die Häufung solcher Komplikationen bei Betagten gibt es mehrere Gründe: verlangsamter Abbau in der Leber, Sensitivität des Zentral-

nervensystems, Auftreten paradoxer Wirkungen sowie Interaktionen mit Medikamenten (vor allem der Alkohol interagiert mit vielen gebräuchlichen Medikamenten, mit heiklen Folgen). In der ärztlichen Praxis kann ein einfaches Screening-Instrument angewendet werden, das eine rasche Orientierung über vorhandene Alkoholprobleme ermöglicht (CAGE). Ergänzende Hinweise können Laboruntersuchungen geben. Analoge Abklärungsfragen sind auch für andere Suchtmittel sinnvoll.

Auch ganz unspezifische Feststellungen können wertvolle Hinweise liefern. Sprech- und Gleichgewichtsstörungen, Rückzugsverhalten, Sturzverletzungen sind nicht selten Indizien einer Suchtmittelleinnahme. In jedem Fall ist ein offenes, nicht anklagendes oder moralisierendes Ansprechen dieses Themas am Platze.

1. Körperliche Komplikationen

- Organschäden (substanzspezifisch, zum Beispiel Leber und Nervensystem bei Alkohol etc.)
- Ernährungsmängel
- verminderte Krankheitsresistenz
- Unfälle (Sturzverletzungen !)
- Krampfanfälle

2. Psychische Komplikationen

- Verwirrungszustände
- Affektlabilität
- Enthemmung
- Suizidalität
- wahnhafte Entwicklung
- Demenz

3. Soziale Komplikationen

- riskantes Fahrverhalten
- Verwahrlosung
- Belastung der Angehörigen
- Nachbarschaftskonflikte

Kasten 4: Komplikationen bei chronischem schädlichem Konsum und Abhängigkeit

Behandlung

Ähnlich wie bei der Diagnostik, spielt auch bei der Therapie die besondere Lebenslage Betagter eine wichtige Rolle. Grundsätzlich stehen dieselben Möglichkeiten zur Verfügung wie bei jüngeren Menschen, aber die Zielsetzungen und damit die Indikationen haben ihre Besonderheiten. So sind beispielsweise Entzugsbehandlungen eher indiziert zur Unterbre-

chung einer Dauerintoxikation oder im Interesse einer körperlichen Erholung, während die Einleitung einer Neuorientierung und Rehabilitation kaum noch in Betracht gezogen wird.

Folgende Leitfragen sind im Einzelfall zu beantworten:

- Liegt überhaupt ein therapiebedürftiges Verhalten vor?
- Wird die Lebensqualität der betreffenden Person durch Suchtmittelkonsum beeinträchtigt oder gesteigert?
- Welche Risikofaktoren unterhalten das Suchtverhalten? Sind sie beeinflussbar?
- Wo ist die Grenze des Tolerierbaren? Wann soll man eingreifen?

Ein Tummelfeld für Moralisierende, aber auch für Gleichgültige, für ÜberzeugungstäterInnen ebenso wie für Vernachlässigung.

Eine Art von Selbstmedikation

Insbesondere ist die Verhältnismäßigkeit einer therapeutischen Intervention zu prüfen. Ein Suchtmittelkonsum, der keine offensichtlichen Probleme für das Umfeld schafft (Aggressivität, Enthemmung, Nachtlärm) und auch nicht zu deutlichen gesundheitlichen Problemen führt (Stürze, Vernachlässigung im Dauerrausch, psychotische Symptome), sollte nicht rigoros eingedämmt oder gar unterbunden werden. Suchtmittelkonsum ist oft eine Art von Selbstmedikation, er soll den eigenen Zustand erträglicher machen und etwas Lust bringen. Dagegen ist nichts einzuwenden. Deshalb ist Schadensbegrenzung nur dann angesagt, wenn unakzeptierbare Schäden drohen. Dann allerdings sollten mögliche Interventionen geprüft werden. Und wer von seinem Suchtmittel loskommen möchte, der verdient auch dabei professionelle Unterstützung sei es durch eine abstinenzorientierte stationäre Behandlung, sei es durch medikamentöse Beeinflussung des Suchtverlangens (Anti-craving medication) oder durch verhaltenstherapeutische Begleitung.

Sucht im Alter gut beeinflussbar

Situationsbedingte Suchtgewohnheiten sind eher zu beeinflussen als Persönlichkeitsbedingte.

Suchtmittelprobleme im Alter sind nicht selten Signale, die auf eine unbefriedigende Lebenssituation aufmerk-

sam machen sollen. Sie können von einer Depression begleitet oder sogar ein Symptom von Depressivität sein. Mit Zuwendung, Eingehen auf die Lebenslage, Behandlung einer vorhandenen Depression kann schon viel gewonnen werden. Übereinstimmend halten alle SpezialistInnen die Alterssucht für mehrheitlich gut beeinflussbar. Wo psychotherapeutische Verfahren (Individual- oder Gruppentherapie, psychodynamisch oder verhaltenstherapeutisch orientierte Verfahren) angewendet werden, wird ebenfalls über eine eher günstige Therapieprognose berichtet. Förderung der Einsicht in schädliche Auswirkungen eines unkontrollierten Suchtmittelkonsums und aktive Motivierung für eine Änderung dieses Verhaltens sind heute aufgrund klar strukturierter Verfahren (motivational interviews, siehe CAGE-Interview Seite 9) möglich.

Eine bedeutende Rolle spielen Massnahmen, welche Suchtmittel entbehrlich machen können (z.B. nichtmedikamentöse Mittel zur Schlafförderung, Depressionsbehandlung, Aktivierung, Kontaktförderung). Auch schadensmindernde Massnahmen können angezeigt sein: Unfallprophylaxe, Verhindern von Verwahrlosung, Ersatz besonders schädlicher durch weniger schädliche Mittel, verbesserte Ernährungsgewohnheiten.

Und die Prävention?

Akzeptable Lebensumstände, Zuwendung und etwas Lebensfreude sind die besten Voraussetzungen, um eine Sucht entbehrlich zu machen. Ausserdem kann, noch bevor sich eine Abhängigkeit entwickelt hat, durch Frühinterventionen (wie etwa die Vorgehensweise beim motivierenden Interview) den negativen Konsumfolgen vorgebeugt werden. ■

