

Seelisch Kranke unter uns

Allgemeine Informationen – Reports – Kommentare

Prof. Dr. med. Volker Faust

Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit

SUCHTGEFAHR IM ALTER (1)

Kurzfassung

Alkoholismus und Medikamenten-Sucht – ein brisantes Thema in jedem Lebensalter. Besonders aber beim älteren Menschen. Hier sind die seelischen, körperlichen und psychosozialen Konsequenzen oft noch folgenreicher. Was muss man also wissen über Alkohol, Beruhigungs-, Schlaf- und Schmerzmittel? Vor allem: Wie können sich hier Missbrauch und Abhängigkeit äußern und was sollte man tun? Dazu einige Hinweise aus fachärztlicher Sicht.

Eine Sucht wird fast immer verheimlicht. Das gilt nicht nur für die Rauschdrogen-Abhängigkeit in jungen Jahren, es gilt auch für die Alkohol- und Medikamenten-Abhängigkeit in jedem Lebensalter – und im höheren Alter ganz besonders. Hier sollte man sich keinen Illusionen hingeben. Auch nicht wenn zusätzlich eine dementielle Entwicklung als größeres Problem empfunden wird. Denn dann kommt eines zum anderen, eine besonders fatale Endsumme. Außerdem ist es auch kein „gesellschaftliches Randproblem“, wie gerne abgewiegelt wird. Nachfolgend deshalb eine kurz gefasste, aber bedeutende Übersicht, wie sie in der Fachzeitschrift MMW-Fortschr. Med. 4 (2012) 6 vermittelt wird. Dort nimmt der leitende Arzt der Fachklinik Fredeburg in Schmalleben (Hochsauerland), Dr. Dieter Geyer, in einem Interview zu den wichtigsten Fragen, Problemen und verhängnisvollen Folgen Stellung. Im Einzelnen:

- **Alkohol-Krankheit**

Allein beim *Alkohol* geht man bei den über 60-Jährigen von einem riskanten Konsum aus, der jeden vierten Mann und fast jede zehnte Frau trifft (bei einem generellen Bevölkerungsanteil von etwa 22%). Das heißt konkret: Mehr als 30 g Alkohol pro Tag für Männer und mehr als 20 g für Frauen (wobei man aber im höheren Lebensalter sogar von 14 g als genereller Grenze spricht – s. u.). Oder in nackten Zahlen: rund 2 bis 3% der Männer und 0,4 bis 1% der Frauen dieses Alters haben ein Alkohol-Problem (gesamthaft etwa 400.000 Betroffene).

Warum sind Ältere stärker gefährdet? Das hat zwei Gründe:

- Als Erstes muss man wissen, dass Alkohol im Alter schneller, stärker und länger wirkt, weil der ältere Organismus weniger Muskelmasse und Wassergehalt aufweist. Auch ist der Alkohol-Abbau in der Leber vermindert.
- Dies und einige andere Folgen führen dazu, dass sich noch andere Erkrankungen, die im Alter nicht selten auftreten, bei zusätzlicher Suchtgefahr verschlechtern. Beispiele: Bluthochdruck und Zuckerkrankheit. Das gilt auch für sonstige Erkrankungs-Ursachen wie Leber und Bauchspeicheldrüse. Auch das Krebs-Risiko nimmt zu. Und ganz wichtig: Durch jegliche Sucht droht ein Verlust von Bewegungsfähigkeit und Selbstständigkeit und damit eine erhöhte Sturzgefahr. Auch auf diese Weise kann ein Suchtverhalten das Leben erschweren oder gar verkürzen.
- Zum anderen gibt es einen Unterschied, der aber nur vordergründig positiv ist. Gemeint ist das „typische Suchtverhalten bei älteren Menschen“, nämlich der heimliche Konsum in den eigenen vier Wänden. Getrunken wird nicht in der Öffentlichkeit, sondern zu Hause. Es kommt auch kaum zu aggressiven Durchbrüchen, Gewaltausbrüchen oder Prügeleien, wie das in anderen Altersstufen öfter beklagt werden muss. Zwar gibt es auch Auseinandersetzungen im häuslichen Bereich, dann sind sie auch dort ggf. unangenehm bis erschütternd, aber nur selten „handgreiflich“ oder gar bedrohlich.
- Ob es dabei Unterschiede gibt zwischen jenen Patienten, die schon immer alkohol-gefährdet waren (zwei Drittel?) oder dem kleineren Teil, der erst später „zur Flasche gegriffen hat“, ist wissenschaftlich umstritten. Beim grenzwertigen Trinken „schon früher“ kann man sich vielleicht etwas besser auf die (leidvoll bekannten) Folgen einstellen, auch wenn bei zusätzlicher Demenz mit neuen unangenehmen Konsequenzen, insbesondere aber Reaktionen zu rechnen ist.

Ein besonderes Problem ergibt sich beim Alkoholismus in stationären Einrichtungen. Hier diskutiert man einen prozentualen Anteil von 25% der Männer und 5% der Frauen – mit allerdings großen Unterschieden (je nach Institution). In einer repräsentativen Erhebung in 5.000 ambulanten und stationären Altenhilfe-Einrichtungen gaben acht von zehn Institutionen an, Senioren mit Suchtproblemen zu betreuen, im Schnitt 14% aller Klienten, gibt Dr. D. Geyer zu bedenken.

• **Medikamenten-Abhängigkeit**

Bei der *Medikamenten-Abhängigkeit* gibt es noch mehr offene Fragen. Hier geht es – zumindest zu Beginn der ärztlich geleiteten Behandlung – nicht um

ein eindeutiges Sucht-Verhalten (obgleich ja viele Menschen in ihrer seelischen, körperlichen oder psychosozialen Not auch in verzweifelten Selbstbehandlungs-Versuchen zum Glas greifen, was sich dann später verselbstständigt); hier geht es erst einmal um ärztlich verordnete Arzneimittel, die jedoch später ebenfalls „aus dem Ruder laufen können“.

Dies betrifft vor allem Schlafmittel und Schmerzmittel. Und so vermutet man auch bei 5 und 10% der über 60-Jährigen einen jeweils problematischen Gebrauch von solchen psycho-aktiven Medikamenten. Das sind ein bis zwei Millionen Betroffene. Dabei scheint die Verordnung (und damit der Gebrauch und Missbrauch bis hin zur Sucht) von Psychopharmaka mit zunehmendem Alter deutlich anzusteigen.

- Bei den einzelnen Substanzen handelt es sich vor allem um die so genannten *Benzodiazepine*, also *Beruhigungsmittel* (und früher auch *Schlafmittel*, heute insbesondere die so genannten Z-Medikamente; Einzelheiten siehe die entsprechenden Beiträge in dieser Serie). Hier steigt die Zahl der Verordnungen mit dem Lebensalter geradezu exponentiell (d. h. je älter, desto häufiger). So gibt es Studien, wonach jeder fünfte Bewohner eines Heimes solche Mittel einnimmt, zu Hause mehr als jeder Zehnte.

- Bei den *Schmerzmitteln* muss man unterscheiden zwischen schmerzlindernden Stoffen mit morphin-artiger Wirkung, die in entsprechenden Fällen selbstverständlich begründet sind, leider aber auch eine höhere Suchtgefahr enthalten und Arzneimittel mit nicht-morphin-artiger Wirkung und geringerer Sucht-Potenz, aber auch nicht in jedem Fall problemlos.

Beim Medikamenten-Missbrauch sind überwiegend Frauen betroffen (zwei Drittel bis drei Viertel?).

Auch bei der Medikamenten-Abhängigkeit gibt es eine Reihe von belastenden bis bedrohlichen körperlichen Konsequenzen. Dies besonders, wenn die Wirkdauer dieser Substanzen länger ausfällt (was im Grunde therapeutisch durchaus sinnvoll sein kann, allerdings ärztlich geleitet). Dadurch kann sich jedoch der Wirkspiegel im Blut unbemerkt erhöhen. Und dies mit seelischen, geistigen und körperlichen Folgen, die beispielsweise auch ohne zusätzliche dementielle Belastung in diesem Alter folgens schwer ausfallen können; umso mehr, wenn beides zu ertragen ist.

Gerade bei einer solchen Leidens-Kombination fragt der in der Regel längere Zeit mitbetreuende Hausarzt nach bestimmten Symptomen, die einerseits mit einer dementiellen Entwicklung zusammenhängen können, andererseits auch für sich alleine bei suchtkranken älteren Patienten zu finden sind, also ohne Demenz. Was sollte hellhörig machen?

- Bei der *Alkohol-Abhängigkeit*: häufiger Stürze, Durchfälle, Fehl-Ernährung, nachlassende Leistungsfähigkeit, Merk- und Konzentrationsstörungen, ungewöhnliche Vergesslichkeit, dazu Antriebs- und Interesselosigkeit, sozialer Rückzug sowie nachlassende Körperhygiene bis hin zur Verwahrlosung.

Einige dieser Symptome finden sich dann allerdings auch als reine Alters-Folgen bzw. verstärkt bei dementieller Entwicklung: Dazu gehören z. B. Vergesslichkeit, Zittern, Schwindel, Stürze, Verwahrlosung u. a.

Hier gilt es deshalb das eine vom anderen zu trennen bzw. die doppelte Ursache zu erkennen, wenn es sich um einen älteren alkohol-bedrohten Menschen handelt.

- Bei der *Medikamenten-Abhängigkeit* im höheren Lebensalter finden sich ähnliche Symptome wie beim Alkoholismus. Hier sind es aber insbesondere die Hirnleistungs-Störungen, die bis zur Demenz-Imitation („sieht aus wie eine Demenz“) gehen können.

Beispiele: Gleichgültigkeit. Unfähigkeit, entsprechenden Belastungs- und Konfliktreaktionen selbstkritisch planend und vorausdenkend zu begegnen; ständige Müdigkeit, wenn nicht gar Schläfrigkeit; neben Konzentrationsschwäche und Vergesslichkeit vor allem Erinnerungslücken; verwaschene Sprache; zunehmendes Desinteresse an Aufgaben, Hobbies, Umwelt u. a. Weitere Einzelheiten siehe die erwähnten Beiträge über Medikamenten-Abhängigkeit in dieser Serie.

● **Schlussfolgerung**

Was ergibt sich aus diesen Erkenntnissen, kurz gefasst aber wichtig für den Alltag:

Alkohol-bezogene seelische, psychosoziale und körperliche Störungen bei Älteren werden deutlich seltener als bei Jüngeren erkannt. Dies gilt letztlich auch für Medikamente, wobei allerdings die ständig notwendige Rezeptierung hier früher auf ein mögliches Zeit-Problem hinweist (bzw. hinweisen sollte).

Es ist aber auf beiden Seiten, sprich Patient und Angehörige sowie Arzt immer etwas unangenehm, über gerade so ein persönliches, oft auch emotions-belastetes Thema zu sprechen. Trotzdem sollte man sich hier begründete Sorgen machen, entsprechend nachfassen und schließlich konkrete Vorschläge diskutieren. Hilfreich ist noch immer eine wohnort-nahe Suchtberatungsstelle.

Denn eine resignative Haltung nach dem Motto „das lohnt sich nicht mehr“ ist bei Suchtproblemen im Alter nicht gerechtfertigt, so der Experte und Leitende Arzt einer Fachklinik, Dr. Dieter Geyer. Im Gegenteil: Gerade in dieser Altersgruppe hat man bei entsprechender Betreuung gute Erfolgschancen.

Der ältere Patient hat ja schon einiges hinter sich und dabei die persönliche Erfahrung gemacht, dass sich letztlich doch vieles meistern lässt, wenn man es nur konsequent angeht. Dabei ist allerdings eine entsprechende Unterstützung seitens Arzt und besonders Angehörigen, aber auch im Rahmen einer stationären Unterbringung durch die Pflegekräfte, hilfreich – oft entscheidend hilfreich.

Weitere Einzelheiten zum Thema siehe die vergleichbaren Kapitel
in der Sparte *Psychiatrie heute* dieser Internet-Serie

<http://www.volker-faust.de/psychiatrie>