

Seelisch Kranke unter uns

Allgemeine Informationen – Reports – Kommentare

Prof. Dr. med. Volker Faust

Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit

SUCHTGEFAHR IM ALTER (2)

Zum Beschwerdebild von Alkoholkrankheit und Medikamenten-Abhängigkeit

Suchtgefahr im Alter – gibt es das überhaupt? Ja, und zwar häufiger und riskanter als in der Allgemeinheit registriert. Und oftmals schwerer und damit seltener erkennbar, vor allem rechtzeitig. Denn diese Form der Abhängigkeit, ob Alkohol oder Medikamente, spielt sich meist im Geheimen ab, in den eigenen vier Wänden. Auf was ist also zu achten?

Nachfolgend deshalb eine Übersicht über mögliche Folgen einer nicht erkannten Alkohol-Gefährdung oder gar -Krankheit, und zwar auf seelischer, psychosozialer und körperlicher Ebene. Und mit speziellem Schwerpunkt für das so genannte dritte oder gar vierte Lebensalter. Und das Gleiche für eine Medikamenten-Abhängigkeit, vor allem was Beruhigungs- und Schlafmittel, aber auch Schmerzmittel anbelangt. Und die Schlussfolgerung mit konkreten Diagnose-Hinweisen im Alltag.

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. Deshalb hier eine erweiterte Übersicht:

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 30g Alkohol pro Tag für Männer und mehr als 20g für Frauen (wobei man aber im

höheren Lebensalter sogar von 14g 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 (nach D. Geyer in der Fachzeitschrift MMW-Fortschr. Med 4 (2012) 6):

- 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 weitere 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 Reaktionen oder gar Gewaltausbrüchen, 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, auch Senioren mit (heimlichen?) Suchtproblemen zu betreuen, im Schnitt 14% aller Klienten, so die Statistik.

Nachfolgend eine komprimierte Übersicht über das mögliche *Beschwerdebild des Alkoholkranken generell*, wie es in dieser Serie mehrfach dargestellt wird. Was kann also in seelischer, psychosozialer und körperlicher Hinsicht auf eine Alkoholkrankheit generell (also in jedem Lebensalter) hinweisen, sofern andere Ursachen ausgeschlossen sind?

Mögliche Beschwerden einer Alkoholkrankheit

- **Seelische Hinweise** (die aber auch in anderem Zusammenhang auftreten können): Innere Unruhe, Nervosität, Fahrigkeit, Gespanntheit, Schreckhaftigkeit, Reizbarkeit, Aggressivität u. a. – Ein- und Durchschlafstörungen, unruhiger Schlaf, Schreckträume, häufig nassgeschwitztes Erwachen. – Depressive Stimmungsschwankungen („Alkohol als Selbsttherapie“), Ängstlichkeit. – Minderwertigkeitsgefühle, nicht selten durch großspuriges Auftreten überdeckt. – Merk- und Konzentrationsstörungen, Nachlassen von Gedächtnis und Auffassungsgabe, unerklärliche Erinnerungslücken. – Beginnende Interesselosigkeit und Neigung zu Rückzug und Isolation (s. u.). – Rührseligkeit, Überempfindlichkeit, rasche Kränkbarkeit. – Willensschwäche, erhöhte Beeinflussbarkeit, Überbereitwilligkeit, dabei aber oberflächlich und wenig zuverlässig („sagt nicht nein, hält aber auch kein Versprechen“). – Etwas distanzloser Humor. – Flaches, unbegründetes Glücksgefühl. – Kumpelhaft-anbiederndes Verhalten. – Ausgeprägte Verheimlichungs- und Täuschungsneigung mit häufig geschickten Beschönigungs-Versuchen.
- **Psychosoziale Hinweise** (aber Vorsicht: hier sind besonders viele Ursachen möglich, die nichts mit einer Alkoholkrankheit zu tun haben müssen): Wachsende Tendenz, Unannehmlichkeiten zu verdrängen, in Abrede zu stellen oder zumindest zu bagatellisieren. – Geschickte (nach einiger Zeit aber durchschaubare) Art, von Problemen, Misserfolgen, schuldhaftem Vergehen u. a. abzulenken oder die anderen auf eine falsche Fährte zu locken. – Versuch, die Schuld überhaupt nicht oder höchstens zum kleineren Teil bei sich selber zu suchen, wenn es sich um zwischenmenschliche Probleme mit Partner, Kindern, Nachbarn, Arbeitskollegen u. a. handelt. – Krampfhaftes Meiden von Themen, die um Alkohol kreisen, Entrüstung bei entsprechenden Anspielungen. – Zunehmende Isolierung und Einengung der Interessensphäre, gestörte Partnerbeziehung, Vereinsamung, dadurch Gefahr des „ungestörten“ Trinkens bis zum Rausch in den eigenen vier Wänden (d. h. keine öffentliche Kontrolle mehr, wie sie sogar in der Kneipe mitunter praktiziert wird). – Anlegen von heimlichen Alkohol-Reserven in allen möglichen und unmöglichen Formen: Flaschen im Papier- und Wäschekorb, in leeren Vasen und Töpfen, hinter Buchreihen, in Schubladen und Schränken, auf Dachboden, in Keller, Garage, Gartenhaus usw., im Kofferraum, aber auch abgefüllt in allen möglicher Behältnissen einschließlich Schläuchen, Kanistern u.a.m. – Nächtliches Beseitigen von Flaschen-Batterien mit ausgeprägten Schuldgefühlen (aber gereizt in Abrede stellend, falls man dabei ertappt wird). – Dezente Zeichen mangelnder Hygiene und beginnender Verwahrlosung, die mit dem früheren Bild

des Betroffenen nicht in Einklang zu bringen sind und immer unübersehbarer werden.

- **Körperliche Hinweise** (die ebenfalls verschiedene Ursachen haben können): Erst feinschlägiges, dann stärkeres Zittern von geschlossenen Lidern, herausgestreckter Zunge, gespreizten Fingern, später evtl. sogar von Armen und Kopf. – Appetitstörungen (besonders morgens: „keine Zeit zum Frühstück“), trotzdem anfangs Gewichtszunahme (Alkohol-Kalorien), später deutlicher Gewichtsverlust, bis hin zur Abmagerung. – Verdauungsbeschwerden aller Art, vor allem anhaltende Verstopfung oder noch häufiger wässriger Durchfall, ferner Blähungen, Völlegefühl, Aufstoßen (Schädigung von Magen und Darm, Leber und Bauchspeicheldrüse). – Übelkeit und Brechneigung (besonders morgens, z. B. beim Zähneputzen, wenn man irrtümlich an den Gaumen gerät). – Unausgeruht, müde und zerschlagen nach meist unruhigem Schlaf. – Unspezifisches Durstgefühl (nicht zuletzt gebahnt durch die erheblichen Flüssigkeitsmengen). – Ausgeprägte Schweißneigung (auch tagsüber), vor allem an Händen und Füßen; nachts oft „völlig nassgeschwitzt“. – Stechen, Klopfen, Brennen, Reißen in der Herzgegend, unregelmäßige Herzschlagfolge und Atemfrequenz. – Schwindel, Schwächezustand, Kreislaufstörungen mit Kollapsneigung, gelegentlich sogar Anfälle von „unklarer“ Bewusstlosigkeit (zu trennen von „großen Krampfanfällen“ im Rahmen einer so genannten „Alkohol-Epilepsie“). – Atemnot, chronische Bronchitis (teils durch allgemeine Minderung der Widerstandskraft, teils durch den zumeist mit dem Alkoholabusus kombinierten Zigarettenmissbrauch). – Meist „unklare“ Entzündungsneigung von Nase, Nasennebenhöhlen, Rachen, Bronchien, Lunge, Magenschleimhaut (bis zum Geschwürsdurchbruch), Bauchspeicheldrüse, Gallenblase, Harnwege, Harnblase, Vorsteherdrüse u. a. – Leichtes Drücken unter dem rechten Rippenbogen (Lebervergrößerung), besonders bei gebückter Haltung. – Störungen von sexuellem Verlangen und Potenz (daher nicht selten Eifersuchtsszenen), gelegentlich aber auch sexuelle Überaktivität. – Stechen, Brennen, reißende Schmerzen an den Beinen (seltener Armen), strumpf- bzw. handschuhförmige Missempfindungen (Ameisenlaufen, Kribbeln, Taubheit u. a.) an Armen und Beinen, brennende Fußsohlen (bei Bettwärme). – Schwäche in beiden Armen, vor allem Beinen (Fersengang unmöglich). – Gelegentlich Seh- und Pupillenstörungen, Augenmuskellähmung. – Mitunter Stimmänderung (rauer, tiefer, heiser). – Schwammiges und aufgedunsenes Gesicht mit Neigung zu Rötung und Hautveränderungen (Akne) wie Pusteln, Knötchen, Krusten und schließlich Narben. – Mundwinkel-Schrunden und -Einrisse. – Nicht selten grau-bräunlicher bis bläulich-bräunlicher Grundton der Haut, fettige Haut, aber auch Hautschrumpfung durch Schwund des Bindegewebes und der Oberhaut, Bildung einer so genannten „Pergament- oder Geldscheinhaut“, weiße Flecken auf der Streckseite von Armen und Beinen. – Augenbindehautentzündungen (Rötung und Schwellung, starke Absonderungen), rötliche, verdickte Lidränder. – Zahnschäden (defektes, kariöses Gebiss). – Kopfbehaarung männlicher Alkoholiker gewöhnlich sehr dicht, bei der Frau zunehmend struppiges und brüchiges Haar, aber auch Haarausfall möglich. – Brustentwicklung und Tendenz zu charakteristischer weiblicher Schambehaarung beim Mann, da Abbau weiblicher

Sexualhormone durch die geschädigte Leber nur noch unzureichend möglich. – Zunge oft braun-weißlich belegt. – Feinere bis gröbere Gefäßerweiterungen im Gesicht (jedoch auch möglich bei Menschen, die viel an frischer Luft sind). – So genannte Gefäßspinnen (rote, spinnenartige Gefäßsternchen auf der Haut, die auf Druck ablassen, sich jedoch sofort wieder füllen), meist in Gesicht und am oberen Schultergürtel. – Rötung am Daumen- und Kleinfingerballen, gelegentlich auch Fußballen. – Korkenzieherartig gewundene Gefäße in der äußeren festen Hülle des Augapfels (Lederhaut). – Nägel, die weiß oder opal (milchig) gefärbt sind, mitunter mit Querbändern. – Neigung zu Hautblutungen mit z. T. großflächigen Blutergüssen, zumeist in der Gegend von Schulter, Becken, Knien und Schienbeinen (Rausch: alkoholbedingte Gleichgewichtsstörungen mit häufigem Anstoßen), aber auch vermehrte Schleimhautblutungen. – Erweiterte Venenzeichnung auf dem Brustkorb oder Bauch. – Verdünnte Achsel- und Schambehaarung usw.

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 in verzweifelten Selbstbehandlungs-Versuchen auch 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 besonders *Beruhigungsmittel*, *Schlafmittel* und *Schmerzmittel*. Und so vermutet man auch bei 5 bzw. 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.

Beruhigungs- und Schlafmittel

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 Hausarzt). 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 einnehmen soll, zu Hause mehr als jeder Zehnte.

Nachfolgend wiederum eine komprimierte Übersicht zum Thema *Beschwerdebild einer Abhängigkeit von Beruhigungs- und Schlafmitteln vom Typ der Benzodia-*

zepine generell (also nicht nur im höheren Lebensalter), und zwar bei mittelfristigem bis Langzeit-Gebrauch. Im Einzelnen:

Mögliche Beschwerden einer Medikamenten-Abhängigkeit vom Typ der Benzodiazepine

- **Psychisch/psychosozial:** Gleichgültige bis euphorische Grundstimmung (inhaltloses Wohl- bis Glücksgefühl). Wachsende Unfähigkeit, Belastungs- und Konfliktsituationen selbstkritisch, planend und vorausdenkend zu begegnen („in den Tag hineinleben“). – Zunehmende Benommenheit, Müdigkeit und Schläfrigkeit. Einschränkung der Aufmerksamkeit; Konzentrationsschwäche und Vergesslichkeit, ggf. Erinnerungslücken (s. später). – Seelisch-körperliche Verlangsamung und damit Reaktionszeit-Verlängerung (Verkehr, Haushalt, Beruf). – Wachsende Verstimmungszustände, emotionaler Kontrollverlust mit Reizbarkeit und ggf. aggressiven Durchbrüchen (obgleich diese Arzneimittel bei kurzfristigem Einsatz durchaus erfolgreich gegen Reizbarkeit, Aggressivität oder gar drohende Gewalttätigkeit eingesetzt werden können). Manchmal regelrecht feindseliges Verhalten (besonders im höheren Lebensalter?). – Innere Unruhe, Nervosität, Fahrigkeit. – Unerklärliche Angstzustände (vor „ich weiß nicht was“); zunehmende konkrete Furchtbereitschaft (vor bestimmten Situationen, Personen, Dingen). – Flucht aus der Realität. – Gelegentlich Orientierungsstörungen (örtlich, zeitlich, zur eigenen Person, im Extremfall Verwirrheitszustände). – Mangelnde Belastbarkeit mit Leistungsabfall. Dies nicht zuletzt bei plötzlichem Aufgaben-Zuwachs oder (krankheits- bzw. urlaubsbedingten) Versetzungen, bei denen die bisher alles überspielende Routine nicht mehr greift. – Gegebenenfalls „unerklärliche“ Bewusstseinsstörungen oder gar delir-ähnliche Zustände, wahnhaftige Reaktionen mit Trugwahrnehmungen, u. U. Suizidgefahr.
- In **körperlicher Hinsicht** drohen Schlafstörungen mit Alpträumen; Appetit- und Gewichtszunahme; Juckreiz, Störungen der Monatsblutung; Nachlassen von sexuellem Verlangen und Potenz; Kopfschmerzen, Herzsrasen, unklare Herzschmerzen, Schwindel, Zittern, Gefühlsstörungen; Bewegungsunsicherheit bis zur Kollapsgefahr (besonders im höheren Lebensalter = Muskeler schlaffung); uncharakteristische Sehstörungen (Unschärf-sehen bis flüchtige Doppelbilder) usw.
- Besondere **Nebenwirkungsrisiken im höheren Lebensalter:** allgemeine Verminderung der Bewusstseinslage, Somnolenz (apathisch, verlangsamt, schläfrig usw.), Verwirrheitszustände, Delir-Gefahr, ferner Schwindel, Kollapszustände, Gehstörungen, erhöhte Unfallgefahr (Oberschenkelhals-Fraktur, Schädelprellung) usw.
- **Paradoxe Medikamenten-Folgen:** Manchmal, insbesondere im höheren Lebensalter, reagieren die Betroffenen auf die beruhigenden, entspannenden, angstlösenden, schlafanstoßenden und aggressions-hemmenden Benzodiazepin-

Tranquilizer und -Schlafmittel paradox: Dann fühlen sich die Betroffenen plötzlich „belebt“, „frisch“, aber auch bald unruhig, gespannt, überdreht, reizbar, aggressiv, ja feindselig usw. – und geraten in Angst oder Panik. Auch Ein- und Durchschlafstörungen sowie eine Umkehr des Schlaf-Wach-Rhythmus sind möglich.

Besonders diese – an sich ja ungewöhnliche – „belebende“ und „erfrischende“ oder gar „aktivierende“ Wirkung durch Beruhigungs- und Schlafmittel pflegt ein zusätzlicher Hinweis auf die bereits erfolgte Medikamenten-Abhängigkeit zu sein.

- **Überdosierungs-Erscheinungen und schleichende Vergiftung** sind auch bei gleichbleibend niedriger Einnahme möglich. Denn viele dieser Substanzen werden nur langsam ausgeschieden (nicht zuletzt im höheren Lebensalter mit einer oft verlangsamten Stoffwechsel-Leistung). Dadurch können sie sich im Organismus anreichern und die „Vergiftungs-Schwelle“ überschreiten. Es muss sich also bei einer möglicherweise stärkeren Wirkung nicht nur um eine plötzlich von außen zugeführte Überdosis handeln, wie sie gelegentlich bei Altersverwirrtheit oder gar in suizidaler Absicht droht. Sie ist auch durch eine unbemerkte, gleichsam schleichende Anreicherung dieser Substanzen nicht auszuschließen.

Beispiele: seelische und körperliche Verlangsamung, muskuläre Schwäche, Gangunsicherheit, ernstere Schwindelzustände, verstärkte Übelkeit, wachsende Kopfschmerzen, verwaschene („schleifende“) Aussprache, Augenmuskelerstörungen (Doppelbilder) usw. – Bisweilen findet sich in seelisch-geistiger Hinsicht eine scheinbar erfreuliche Gelassenheit, die sich allerdings bei näherem Hinsehen als wachsende und bisher persönlichkeits-fremde Gleichgültigkeit entpuppt (Indolenz-Syndrom, auf Deutsch: „Wurstigkeit“).

Schmerzmittel

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 Arzneimitteln mit nicht-morphin-artiger Wirkung und geringerer Suchtpotenz, aber auch nicht in jedem Fall problemlos. Gesamthaft gesehen scheinen sie jedoch deutlich seltener zum Sucht-Problem zu werden, gemessen am möglichen Beruhigungs- und Schlafmittel-Missbrauch. Auch muss man bei dem entsprechenden Beschwerdebild die jeweils missbrauchte Substanz berücksichtigen. Einzelheiten siehe die Fachliteratur bzw. der behandelnde Arzt.

Mehrfache Krankheits-Belastung

Gerade beim Medikamenten-Übergebrauch, -Missbrauch oder gar zuletzt bei der eindeutigen Abhängigkeit generell, insbesondere aber im höheren Lebensalter, ist auf eine so genannte Ko-Morbidität zu achten, oder auf Deutsch: Wenn eine

Krankheit zur anderen kommt. Das betrifft nicht nur die körperlichen Leiden, vor allem Herz-Kreislauf, Wirbelsäule und Gelenke, Stoffwechsel u. a., es betrifft insbesondere seelische Störungen (psychiatrische Ko-Morbidität genannt).

Am häufigsten belasten zusätzlich, möglicherweise aber auch als Auslöser einer späteren Tablettensucht, affektive Störungen (sprich zumeist Depressionen), Angststörungen (allgemeine Angststörungen, Panikattacken, Phobien), Anpassungsstörungen (früher reaktive Depression oder depressive Reaktion genannt) sowie neurotische Belastungs- und somatoforme Störungen (früher als psychosomatische Leiden bezeichnet). Sehr häufig finden sich aber auch Missbrauch oder gar Abhängigkeit von Nikotin und/oder Alkohol, was sich gerade im höheren Lebensalter als besonders folgenschwer erweisen kann, wenn eine seelische, geistige und körperliche Belastung zur anderen kommt.

SCHLUSSFOLGERUNG

Auch bei der Medikamenten-Abhängigkeit gibt es also eine Reihe von belastenden bis bedrohlichen körperlichen Konsequenzen. Dies besonders dann, 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 folgenschwer 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, Hobbys, Umwelt.

Was ergibt sich nun 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 ständige und vor allem in immer kürzeren Zeitabschnitten notwendige Rezeptierung hier früher auf einen möglichen „Übergebrauch“ hinweisen sollte.

Es ist aber auf beiden Seiten, sprich Patient und Angehörige sowie Arzt immer etwas unangenehm, über 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. Im Gegenteil: Gerade in dieser Altersgruppe hat man bei entsprechender Betreuung gute Erfolgchancen.

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>