

Entstehungsbedingungen von Sucht im Alter

Autor(en): **Tutumlu, Sibel**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **SuchtMagazin**

Band (Jahr): **23 (1997)**

Heft 4

PDF erstellt am: **30.06.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-801095>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Entstehungsbedingungen von Sucht im Alter

Ein Überblick über einige aktuelle Studien in diesem oft tabuisierten Bereich der Suchtforschung

SIBEL TUTUMLU*

Über die Entstehung und den Verlauf von Suchtmittelabhängigkeiten im Alter gibt es bisher nur sehr lückenhafte Kenntnisse und Erfahrungen. Untersuchungen zu diesem Thema werden vor allem in den USA und Grossbritannien publiziert.

Die Anzahl der älteren Menschen wird in den kommenden Jahren und Jahrzehnten spürbar anwachsen. Ursächlich für dieses zahlenmässige Anwachsen sind neben einer stetig höheren Lebenserwartung auch definitorische Varianten. Die kommenden Alten in unserer Gesellschaft sind anders als noch zu Beginn dieses Jahrhunderts: Innerhalb der Gruppe der älteren Menschen sind 50- bis 70jährige Männer und Frauen ohne Erwerbsarbeit hinzugekommen, die den tatsächlichen Anteil der Älteren an der Gesamtbevölkerung auf mittlerweile 40 Prozent erhöht haben. Wir wissen noch nicht viel über die Gruppe der sogenannten «jungen Alten», über ihre Möglichkeiten sozialer Integration, ihr verändertes Leben in Familie, Vereinen und Gruppierungen.

«Junge Alte» haben noch eine Lebenszeit von 20 bis 30 Jahren vor sich, in denen gelebtes Leben zu Wachstum und Entfaltung gebracht werden soll, in denen aber auch Gefährdungen (auch Suchtgefährdungen) neu und anders als früher entstehen können. Hier gilt es, nach Möglichkeiten präventiver, beratend-therapeutischer und

nachsorgender Hilfen für diese älteren Menschen zu suchen und die derzeit geltenden Rahmenbedingungen zum Beispiel im Bereich der Suchtkranken- und Altenhilfe auf den Prüfstein zu stellen.

Bewertung der Sucht

Sucht ist gleichbedeutend mit Abhängigkeit. Abhängigkeit von einer psychotropen Substanz wird durch gemeinsames Auftreten heterogener Merkmale definiert. Sucht/Abhängigkeit implizieren ein unerwünschtes Verhalten; dessen Unerwünschtheit lässt allerdings einen breiten individuellen und kulturellen Spielraum offen. Sucht/Abhängigkeit haben Krankheitswert. Ihre Behandlung wird von den Krankenversicherungen übernommen. Eine Leistungspflicht der Invalidenversicherung hingegen begründen nur Krankheitszustände, die einer Sucht zugrunde liegen oder infolge einer Sucht aufgetreten sind.

Sucht im Alter – ein Tabu

Mit dem Thema «Sucht im Alter» haben sich bisher weder die Suchtkrankenhilfe noch die Altenhilfe ausreichend und angemessen beschäftigt. Abgesehen von vereinzelt Untersuchungen gibt es bislang keine gesicherten und damit sachdienlichen Erkenntnisse über das Ausmass und Ausdrucksformen der Suchtmittelabhängigkeit oder Suchtgefährdung im Alter. Damit jedoch stehen bislang – bis auf wenige Ausnahmen – auch keine geeigneten alternativen Behandlungskonzepte für suchtkranke ältere Menschen zur Verfügung.

Noch stärker als die Sucht allgemein wird die Problematik «Sucht im Alter» von vielen als «Makel» oder als «Schande» empfunden und etikettiert. Angehörige oder Nahestehende reagieren auf eine entstandene Abhängig-

keitserkrankung häufig noch stärker als sonst mit Verdrängungs- und Verleugnungsmechanismen. Zudem vollzieht sich die (Entwicklung zur) Sucht im Alter subtiler und isolierter als bei jüngeren Menschen, die für gewöhnlich mehr in gesellschaftliche Bezüge und Beziehungen eingebunden sind (Familie, Arbeitsplatz, Freundeskreis).

Hinzu kommt, dass die Sucht älterer Menschen auch für die professionellen SuchtkrankenhelferInnen nicht leicht und schnell zu erkennen ist, da die akuten Symptome und geklagten Beschwerden unspezifisch und damit nicht eindeutig sind. Krankheitszeichen wie herabgesetzte Kritikfähigkeit, Ängste, Schlafstörungen, Gereiztheit, Gedächtnisstörungen, Appetitlosigkeit, Schwindelgefühle oder Inkontinenz kommen nicht nur als Folge von Suchterkrankungen vor, sondern können auch andere alterstypische Krankheiten begleiten. Schliesslich «vertragen» alte Menschen durch eine physiologisch bedingte Herabsetzung der Alkoholtoleranz nicht mehr so viel Alkohol wie jüngere, so dass «die Grenze des Erträglichen bzw. Verträglich» schneller und eher erreicht wird. Dennoch belegen fachwissenschaftliche und persönliche Schilderungen zur Genüge, dass Suchterkrankungen im Alter aufgrund unterschiedlichster Belastungssituationen neu entstehen oder auch – bei Krankheitsentstehung in jüngeren Jahren – im Alter neue (andere) Formen zeitigen können.

Entstehungsbedingungen der Suchtleiden

Das Thema Sucht im Alter dreht sich eigentlich immer um das Dreieck der drei G:

- Gesellschaft
- Gift (Droge)
- Gefährdete Persönlichkeit

* Sibel Tutumlu ist Studentin von klinische Psychologie an der Universität Zürich.

Damit wird angedeutet, dass das Entstehungsgefüge vorab aus drei Hauptfaktoren zusammengesetzt ist: erstens der Persönlichkeit der ExplorandInnen mit ihren angeborenen und erworbenen Anfälligkeiten; zweitens der Droge mit ihrem Abhängigkeitspotential, ihrer Verfügbarkeit und ihrem Preis, und drittens der sozialen Umwelt, bei der die kollektive Einstellung zur Droge sowohl auf der Mikroebene (Familie, Bezugspersonen) als auch auf der Makroebene (Abstinenz- oder Permissivkultur) ein Rolle spielt.

Nach Beendigung seiner Berufstätigkeit verändern sich die Lebensperspektiven für viele Menschen grundsätzlich: Ihre soziale Stellung und Funktion verändert sich, die physische und teilweise auch die psychische Stärke nehmen ab, das Thema Tod wird immer aktueller und das soziale Umfeld verändert sich. Alle diese Faktoren müssen durchaus nicht in einem negativen Sinn auftreten. Wenn sie das aber tun und wenn noch eine generelle Unzufriedenheit mit dem bisherigen Leben dazu kommt, dann besteht ein erhöhte Gefährdung für die Abhängigkeit von einem Suchtmittel.

Medikamenteneinnahme bei älteren Menschen

Ältere Menschen bilden die grösste Gruppe von Arzneimittelkonsumierenden. Als Gründe hierfür sind vor allem zu nennen: das häufige Vorliegen mehrerer Krankheiten gleichzeitig (Multimorbidität), die unkritische Verschreibungspraxis von ÄrztInnen sowie die zusätzliche Selbstmedikation vieler älterer PatientInnen. Dabei muss betont werden, dass eine wesentliche Rolle bei der Einnahme von Medikamenten subjektive Einstellungen der PatientInnen spielen – z.B. gegenüber dem behandelnden Arzt, gegenüber der medikamentösen Behandlung selbst

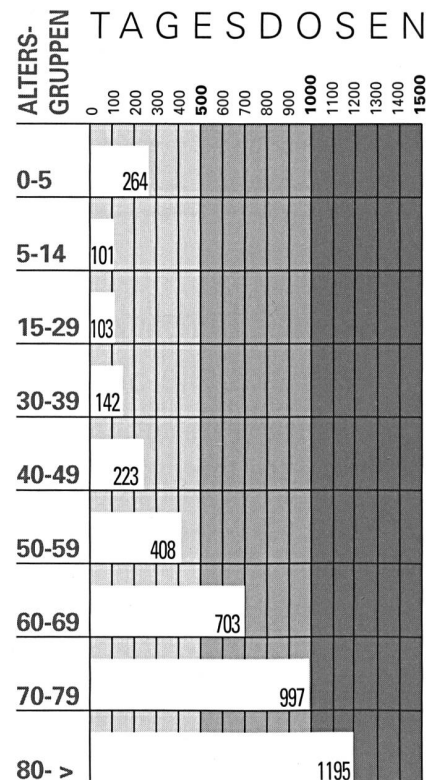
sowie hinsichtlich der eigenen Rolle in Bezug auf das Gesundheitsverhalten. Diese Einstellungen sind ihrerseits u.a. abhängig vom Wissen eines Menschen über Sinn und Verlauf der Behandlung. Dadurch stellt sich die Einnahme von Medikamenten als abhängig von einem komplexen Gefüge dar, das neben der eigentlichen Wirkung von Medikamenten die Individualität der PatientInnen, die ÄrztInnen sowie das gesamte soziale Lebensumfeld der PatientInnen als Einflussfaktoren einschliesst. Bei Krankheiten im höheren Lebensalter spielen daneben zusätzliche Faktoren (wie eingeschränkte Sinnesfunktionen, Gedächtnisprobleme, fehlende soziale Unterstützung) eine zusätzliche Rolle.

Studienergebnisse

Studien zur Praxis der Arzneimittelkonsum in der Bevölkerung zeigen immer wieder, dass ältere Menschen zur stärksten Konsumgruppe zu zählen sind.

Als Beispiel bringe ich in dieser Stelle die Zusammenfassung einer Studie über den Arzneimittelverbrauch von Menschen im höheren Lebensalter, vorgelegt im August 1991 von Dr. G. Glaeske, Leiter eines pharmakologischen Beratungsdienstes des Bundesrepublik Deutschland. (In der Schweiz gibt es leider keine vergleichbare Studie über den Arzneimittelverbrauch.): 1990 entfielen auf jeden Bundesbürger, ob Kleinkind oder Greis, im Durchschnitt 22 Packungen Medikamente pro Jahr mit insgesamt rund 1200 Arzneimitteldosierungen, also gut 3 pro Tag.

Schaut man die Zahlen zu der gesetzlichen Krankenversicherung an, sind die Verhältnisse für ältere Menschen noch dramatischer: Obwohl Versicherte mit einem Lebensalter von mehr als 65 Jahren lediglich 16% der gesamten



Versichertenpopulation ausmachen, vereinigen sie rund 45% der gesamten Arzneikosten und rund 50% aller Arzneiverordnungen auf sich. Im Durchschnitt bekommt jedeR der über 65jährigen nahezu drei Arzneimittel in Dauertherapie.

Im Einzelfall bekommen die alten Menschen bis zu zehnmal so viele Verordnungen wie Jüngere, Frauen gegenüber Männern bis zu doppelt so viele. Die durchschnittliche Verordnungsanzahl pro Jahr reicht von 5-15 in den Altersstufen 0-50 Jahre, aber von 16-35 in den darüber liegenden Altersgruppen. Darunter sind bei älteren Menschen auffällig häufig Verordnungen von Psychopharmaka, und da vor allem von Benzodiazepin-Derivaten als Schlafmittel oder Tranquilizer.

Folgen des Arzneimittelmissbrauchs

Die möglichen Gefährdungen durch häufiger auftretende unerwünschte Arzneimittelwirkungen, Nebenwirkungen und Interaktionen bei älteren Menschen werden dabei unterschätzt. Untersuchungen belegen z.B., dass bei den 60jährigen Patientinnen und Patienten die Anzahl der Nebenwirkungen um das Fünffache ansteigt, wenn statt 1-5 Wirkstoffe 6-12 Arzneistoffe ne-

beneinander verordnet werden. Dass solch Mengen – nebeneinander verordnet – keineswegs Fiktion sind, zeigen jährlichen Auswertungen der Arzneimittelmengen im Bereich der gesetzlichen Krankenkassen.

Aus der hier vorgelegten Analyse von Kassendaten lässt sich allein für den Benzodiazepin -Bereich die Annahme stützen, dass es in der Bundesrepublik ca. 600.000-700.000 «Langzeit-Konsumierende» gibt, die offenbar schwer bis gar nicht ohne die jeweiligen Mittel auskommen und daher als potentiell Abhängige gelten müssen. Darunter sind vor allem Frauen und Versicherte im höheren Lebensalter – 63,2% waren zur Zeit der Befragung älter als 60 Jahre.

Pillen statt Sozialpolitik

Die Häufigkeit der Verordnungen von psychotropen Arzneimitteln an ältere Menschen muss aber keineswegs etwas mit der tatsächlichen Prävalenz psychischer Erkrankungen im Alter zu tun haben. Schliesslich ist bekannt, dass z.B. mit dem Auftreten mehrerer Erkrankungen auch die psychische Belastung und damit die psychische Dekompensation sogar zu Verschlechterung des körperlichen Zustandes führen können. Wenn durch körperliche Veränderungen beim älteren Menschen z.B. Ängste mobilisiert werden, bleibt es nur eine sehr vordergründige Therapie, ihm die Angst mit Tranquillizer wegzuthrapieren. Gefühle von Nutzlosigkeit oder auch von Furcht, nicht mehr gemocht oder anerkannt werden, können nur unter sehr vordergründiger Betrachtung in die Verordnung eines antidepressiv wirkenden Mittels münden. Auch Schlaflosigkeit ist in den seltensten Fällen eine Krankheit. Gerade bei älteren Menschen nimmt das Schlafbedürfnis ab. Fünf bis sechs Stunden sind bei den über 60Jäh-

rigen nicht ungewöhnlich. Oft bekommen die Älteren also Schlafpillen nur deswegen verschrieben, weil sie meinen, mindestens acht Stunden schlafen zu «müssen». Ein Kreislauf, der nach sechs bis acht Wochen kaum mehr zu durchbrechen ist.

Die fortgesetzte Verordnung von Beruhigungs- und Schlafmittel ist daher nicht nur für sich genommen ein Problem, sondern weist auch auf das Problem älterer Menschen in unserer Gesellschaft hin: Die relativ kostengünstige Therapie mit Benzodiazepin-Präparaten als eine der häufigsten Zuwendungen des medizinischen Versorgungssystems scheint auch ein Ausdruck für eine nicht einmal in Ansätzen erkennbare angemessene Sozialpolitik für ältere Menschen zu sein. Diese Abschiebung in die Beruhigung ist eine Entwertung für Menschen, die nach Meinung vieler unbequem und nutzlos geworden sind und denen offensichtlich nicht mehr zugehört wird, aktiv und selbständig am Leben teilnehmen zu können.

Tatsächlich sind aber im Alter pathologische Veränderungen und Funktionseinbussen unvermeidlich. Die ökonomischen Anreize im gegenwärtigen System führen jedoch in Übereinstimmung mit schulmedizinischen Vorstellungen dazu, alle objektiven Abweichungen von der Norm medizinisch zu behandeln. Die Folge ist Überdiagnostik und Übertherapie.

Altersalkoholismus

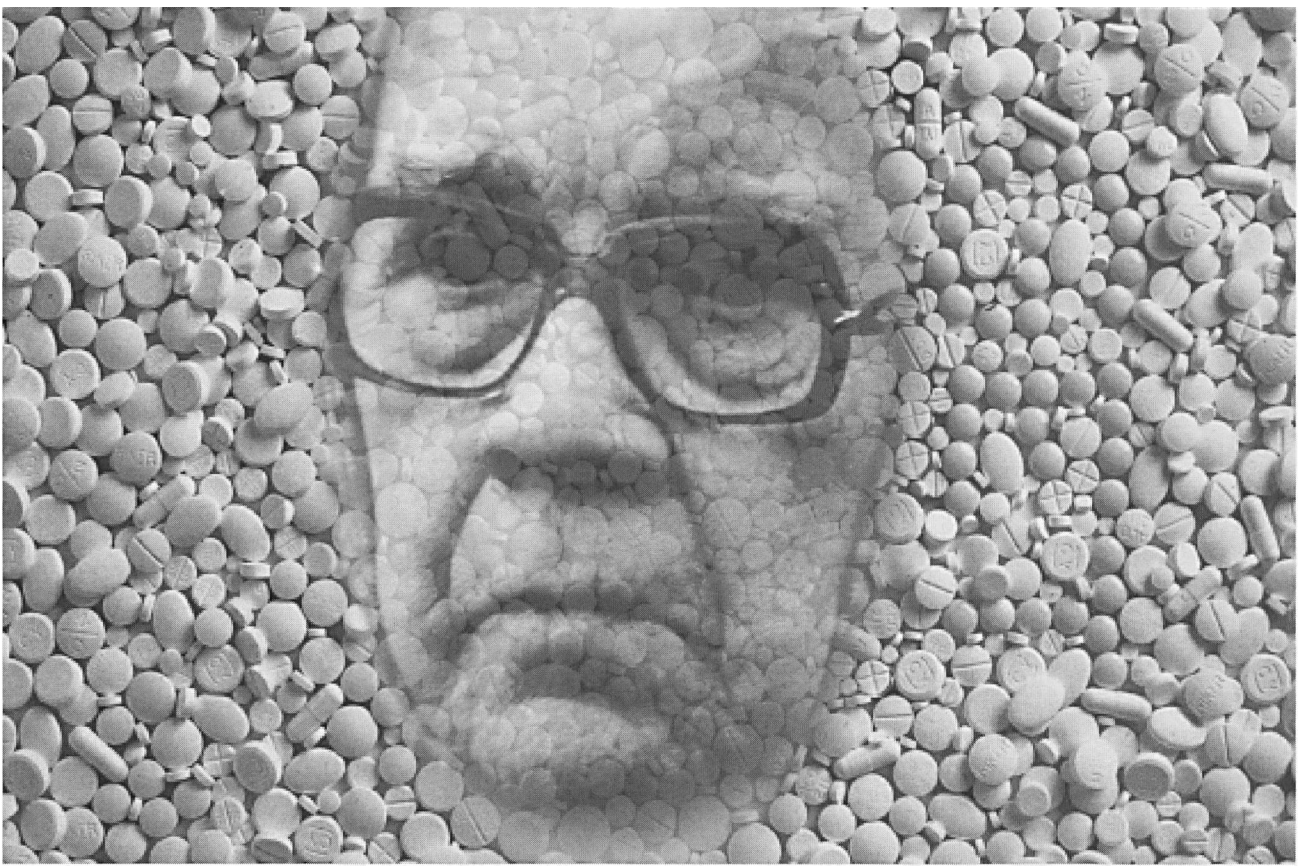
In der Schweiz konsumieren 85% der Erwachsenen alkoholische Getränke. Viele tun dies in einem Masse, das ihre Gesundheit gefährdet, wobei ältere Menschen empfindlicher auf Alkohol reagieren als jüngere. Da im Alter der Fettanteil im Gewebe grösser ist als der Anteil von Wasser, haben betagte Personen bei gleicher Alkoholmenge eine

höhere Alkoholkonzentration im Blut. Hinzu kommt, dass SeniorInnen oft auch Medikamente einnehmen, die sich mit Alkohol schlecht vertragen. Viele alte Leute reduzieren ihren Alkoholkonsum daher von alleine oder verzichten völlig darauf. Besonders bei Frauen steigt mit zunehmendem Alter der Respekt vor Alkohol und der Anteil der Abstinenten. Gleichzeitig wächst aber auch die Zahl der über 65jährigen Frauen, die täglich Alkoholisches trinken.

Die dritte Lebensphase konfrontiert die Betagten mit schwierigen Situationen und schmerzlichen Verlusten: dem Ausscheiden aus dem Berufsleben, dem Tod von Ehepartnern und Freunden. Die zunehmende soziale Isolation stürzt ältere Menschen häufig in tiefe Verzweiflung und Verlassenheit, was sie wieder zum «Tröster» Alkohol greifen lässt. Alkohol kann im Alter damit zu einem Problem werden.

Die schweizerische Gesundheitsbefragung in Haushalten aus dem Jahre 1993 zeigt, dass 11,6% der 65- bis 74jährigen Männer täglich mehr als 40 Gramm reinen Alkohol zu sich nehmen. Weiter zeigt sie, dass in dieser Altersgruppe 5,4% der Männer Alkohol in für die Gesundheit gefährlichen Mengen konsumieren, nämlich über 60 Gramm pro Tag. Bei den Frauen trinken lediglich 2,4% täglich mehr als 40 Gramm reinen Alkohol. (Ein Deziliter Wein erhält zum Beispiel 10 bis 12 Gramm reinen Alkohol.)

Etwas über 7% der Betagten führen keinen eigenen Haushalt mehr, sondern leben in Alters- und Pflegeheimen, wo der Alkoholgebrauch einer gewissen sozialen Kontrolle unterliegt. Im Rahmen einer Befragung von 731 Personen in Altersheimen (1993) geben 17% der im Durchschnitt 84jährigen Bewohner an, täglich Alkohol zu konsumieren. Gegen ein Gläschen Wein pro Tag wäre natürlich nichts einzuwen-



den, doch 6,6% der Männer und ein knappes Prozent der Frauen sagen aus, jeden Tag mehr als 4 Gläser zu trinken. Die Haltung der Bevölkerung gegenüber dem übermäßigen Alkoholkonsum im Alter schwankt zwischen Hilflosigkeit und Gleichgültigkeit. Hilflosigkeit, weil man nicht weiss, wie man einem alten Vater oder einer alten Mutter beibringen soll, weniger zu trinken. Gleichgültigkeit, weil man denkt: «Lasst doch diese Alten trinken, es ist ja ohnehin zu spät, etwas zu tun.» – eine Einstellung, die nicht eines gewissen Zynismus entbehrt. Als müsse man betagten Menschen nicht ebenso helfen wie jungen!

Entgegen der landläufigen Meinung, dass die Behandlung von Alkoholproblemen im Alter besonders schwierig sei, zeigt die Praxis, dass ältere Patienten zu einer weitaus grösseren Abstinenzrate gelangen als jüngere.

Diagnose

Häufig wird die Diagnose 'Alkoholmissbrauch' nicht oder nur zufällig gestellt. Angesichts der häufigen Komplikationen (s. unten) ist eine systematische Abklärung empfehlenswert. Hinweise ergeben sich

- aus der Anamnese (Selbst- und Fremdanamnese)
- aus typischen somatischen oder psychopathologischen Befunden

- aus der direkten Befragung des Patienten und allfälliger Bezugspersonen über aktuelle Suchtmittelleinnahme. Jeder Hinweis aus einem der drei Bereiche ist durch gezieltes Suchen nach weiteren Hinweisen aus den andern Bereichen zu ergänzen oder zu entkräften.

Komplikationen

Mögliche negative Auswirkungen vor allem chronischer Suchtmittelleinnahme sind im letzten Lebensdrittel vielfältiger Natur. Gründe dafür sind der verlangsamte Abbau von Substanzen in der Leber, die erhöhte Sensitivität vor allem des Zentralnervensystems, das Auftreten paradoxer Wirkungen sowie Interaktionen mit Medikamenten. Weiter spielen auch die Abnahme der extrazellulären Körperflüssigkeit, die reduzierte Leberdurchblutung bei gleichzeitig höherer Beanspruchung und die reduzierte Alkoholdehydrogenase im Magen spielen eine Rolle.

Somatische Komplikationen

- Substanzspezifische Organschäden
- Malnutrition
- Resistenzverminderung
- Unfallgefährdung (Sturz!)
- Krampfanfälle

Psychische Komplikationen

- Delirien
- Affektlabilität

- Enthemmung
- Suizidalität
- Paranoide Entwicklungen
- Demenzen

Soziale Komplikationen

- Riskantes Fahrverhalten
- Verwahrlosung
- Belastung der Angehörigen/Betreuungspersonen
- Nachbarschaftskonflikte

Medikamenteninteraktionen

Besondere Aufmerksamkeit verdienen die Interaktionen von Suchtmitteln und Medikamenten. Dabei spielt wiederum der Alkohol eine besondere Rolle. Chronischer Alkoholismus vermindert den Metabolismus (Abbau) einiger Medikamente und erhöht gleichzeitig deren Toxizität.

Von den am häufigsten verschriebenen Medikamenten interagieren die meisten mit Alkohol.

Bei gleicher Konsummengende steigt im Alter der Blutalkoholspiegel aufgrund der verminderten Alkoholdehydrogenaseaktivität, was die Interaktionen noch verstärkt.

Therapieindikationen – Alternative Konzepte sind notwendig

Welche Anforderungen sind auf diesem Hintergrund an die Suchtkranken-

hilfe zu stellen, damit die Gruppe der suchtkranken älteren Menschen besser erreicht wird und ihr eine angemessene Hilfe zuteil werden kann?

Im Rahmen traditioneller Hilfeangebote werden Suchtkranke ältere Menschen bis heute nur sehr selten behandelt, und die Ausgrenzung dieser Personengruppe findet sich über weite beständig. Nur wenige Fachkliniken für Suchtkranke haben sich bisher für über 60jährige Menschen geöffnet oder haben ihr Therapiekonzept auf diese Gruppe hin ausgerichtet.

Alternativangebote gibt es in wenigen Einrichtungen. Die Therapieerfolge sind gut. Die Erfahrungen dort haben gezeigt, dass es mit einer modifizierten Vorgehensweise auch Älteren gelingt, über ihre Probleme zu sprechen und psychodynamische Zusammenhänge zu erkennen. Insgesamt hat sich ein therapeutisches Vorgehen bewährt, das sich auch in der allgemeinen Psychotherapie älterer Menschen als sinnvoll erwiesen hat:

Dazu gehören kürzere Therapiesitzungen, eine klare und verständliche Sprache, Wiederholungen und eine freundlich-anehmende Atmosphäre. Immer gehören auch die Bilanzierung des bisherigen Lebens und die Stellung der Sinnfrage zu den Eckpfeilern der Therapie. Zusätzlich ist die Erörterung der sozialen Integration und der Situation der Angehörigen im Rahmen der Möglichkeiten, die Behandlung von körperlichen Erkrankungen sowie die Zusammenarbeit mit Pflegediensten, ÄrztInnen und Selbsthilfegruppen Themen von besonderem Wert.

Vernetzung ist notwendig

Es wäre zu einfach, die Kritik an der bestehenden «Komm-Struktur» der Suchtkrankenhilfe lediglich in die Forderung nach Hausbesuchen oder aufsuchender Arbeit allgemein umzukeh-

ren. Vielmehr muss es darum gehen, eine ergänzende Zusammenarbeit mit denjenigen herzustellen, die bereits einen unmittelbaren Zugang zum alten Menschen haben, zum Beispiel die häuslichen Pflegedienste und Sozialstationen, die Krankenhausmitarbeiter, Nachbarn, Angehörige, Seelsorger und Hausärzte. Ihnen fehlt jedoch in vielen Fällen das notwendige Fachwissen, um eine Suchtproblematik bei alten Menschen erkennen oder die notwendigen Hilfen anbieten und vermitteln zu können.

Die Initiative zur Kooperation muss von der Suchtkrankenhilfe ausgehen, wobei Ziele solcher Bemühungen die folgenden sein könnten:

- die Vermittlung von Fachwissen und Grundkenntnissen über die Suchtkrankheiten und ihre Behandlungsmöglichkeiten
- die Einstellungsveränderungen zum suchtkranken älteren Menschen und die allmähliche Entwicklung des nötigen Problembewusstseins
- die Sensibilisierung für Kooperation und Supervision

Praktisch könnte dies bedeuten:

- Kontaktaufnahme und Kooperation mit den örtlichen ambulanten und stationären Pflegediensten, Altentagesstätten und Altenheimen
- Durchführung von Informationsveranstaltungen für Pflegekräfte und andere Personen, die mit der Problematik «Sucht im Alter» in Berührung stehen
- Angebot von Einzelfallbesprechungen und Supervision.

Mit diesen Massnahmen würde der Bedeutung der Suchtmittelabhängigkeit besser Rechnung getragen als bisher. Doch es geht nicht allein um das medizinische Problem und seine Folgen: Die alten Menschen selbst würden durch eine differenziertere Be-

handlung mehr als Persönlichkeiten wahrgenommen – als Menschen eben, mit allen ihren Problemen und ihren Ressourcen, aktiv zu einer Lösung dieser Probleme beizutragen. ■

Verwendete Literatur

- Gläeske, G., 1991. Arzneimittelverbrauch von Menschen im höheren Lebensalter unter besonderer Berücksichtigung von Arzneimitteln mit Abhängigkeitspotential. Leiter des Pharmakologischen Beratungsdienstes bei der AOK Kreis Mettmann, Düsseldorf.
- Arbeitstagung der Hamburgischen Landesstelle gegen die Suchtgefahren e. V. am 23. November 1989 (1990). Alter und Sucht. Hamburgische Landstelle gegen die Suchtgefahren, Hamburg.
- Schriftreihe zu Suchtfragen, 1989. Abhängigkeit im Alter. Möglichkeiten und Grenzen der Hilfe. Hamburgische Landstelle gegen die Suchtgefahren, Hamburg.
- Knecht, T., 1995. Sucht im Alter. Therapiewoche Schweiz, 11, 459-464.
- Schriftenreihe zu «aktuelle Orientierung: Suchtgefahren». (1985). Sucht und Alter. Vermutungen, Fakten, Folgen. Hoheneck Verlag GmbH, Hamm.
3. Fachtagung zur Gerontopsychiatrie., 1992. Sucht im Alter, verleugnet – geduldet – verordnet. Tagungsbericht der Fachtagung des Landkreises Esslingen.
- Janssen, J.-H., 1995. Sucht im Alter. Kreuzbund. Caritas '95. S. 374-378. Deutscher Caritasverband, Freiburg.
- Uchtenhagen, A., 1996. Sucht im Alter. Interne Reihe der soziopsychiatrischen Forschungsgruppe.
- Bron, B. & Lowack, A., 1987. Missbrauch und Abhängigkeit von Alkohol und Medikamenten im höheren Lebensalter. Zeitschrift für Gerontologie, 20, 219-226.
- Bron, B., 1993. Sucht im Alter. Die Abhängigkeit alter Menschen von Alkohol und Medikamenten. Suchtreport, 3, 6-11.
- Gehl, G. & Lutz, H., 1995. Abhängigkeit von Medikamenten: Die Alterssucht Nr. 1. Suchtreport, 1. 50-54.
- Coper, H., 1989. Lasst sich Altern durch Medikamente beeinflussen? Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie, 2, 183-187.