

Selbstheilung von der Sucht im Lebenslauf - gerade auch im Alter

Autor(en): **Klingemann, Harald**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **SuchtMagazin**

Band (Jahr): **36 (2010)**

Heft 3

PDF erstellt am: **16.08.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-800207>

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.

Selbstheilung von der Sucht im Lebenslauf – gerade auch im Alter

Wenn Personen ihre Suchtprobleme in den Griff bekommen, so geschieht das häufig ohne professionelle Hilfe. Der selbst organisierte Ausstieg gelingt in einer selbstheilungsfreundlichen Umgebung und geht oft mit einem Bilanzierungsprozess - gerade bei markanten Übergängen im Lebenslauf - und Sinnstiftung bei wachsender Veränderungsbereitschaft einher. Aus der Optik eines Stärkenbasierten Ansatzes kann diese Veränderungsdynamik punktuell und dosiert unterstützt werden. Auch bei älteren Menschen sind die Voraussetzungen für das Gelingen von Selbstheilung gegeben und können im alltäglichen Lebensraum aber auch in Institutionen gefördert werden.

Harald Klingemann

Dr.rer.pol. Dr.h.c., Forschungsleiter Südhang Kompetenzzentrum für Mensch und Sucht sowie Mitglied bei Alkoholismus Therapieforschung Schweiz af, CH-3038 Kirchlindach, Tel. +41 (0)31 828 14 14, harald.klingemann@suedhang.ch

«Selbst-» organisierter Ausstieg aus der Sucht – ein Überblick

Selbstheilung / Spontanremission

Der Begriff «Selbstheilungstendenzen» oder «Spontanremission» wird in der Literatur keineswegs nur bei Substanzabhängigkeiten verwendet. Unter «Spontanremission» wird im klinischen Sprachgebrauch «eine Verbesserung des Patienten- und Patientinnenzustandes bei fehlender effektiver Behandlung» verstanden.¹ Psychologische Arbeitsdefinitionen betonen die kognitive Eigenleistung des Individuums im Sinne einer selbst initiierten Heilung oder Verhaltensänderung.² Aus soziologischer Sicht stehen der Abbruch einer devianten Karriere ohne formale Behandlung³ oder aber die Mobilisierung externer Ressourcen (selbst organisierter Ausstieg⁴) im Vordergrund. Auf Alkohol bezogen spricht John (1982) von «Alkoholikern, die ihr Trinkverhalten ohne helfende Einrichtungen verbessern, die keine Therapie und keine Selbsthilfegruppe in Anspruch nehmen». Schliesslich besteht eine durchaus – wenngleich nicht durchgängige – konzeptuelle Nähe zur Begrifflichkeit des «empowerment» beziehungsweise Stärken bezogenen Ansätzen in der Sozialarbeit.⁵

Dass es Alkohol- und Drogenabhängige gibt, die auch ohne aufwändige professionelle Hilfe den Ausstieg aus der Sucht schaffen, traf und trifft teilweise immer noch auf Unglauben, sowohl bei Behandlungs- und Betreuungsfachleuten wie auch in der Öffentlichkeit. Die Selbstheilungsthese steht im Gegensatz zur Auffassung, dass Sucht als Krankheit zwangsläufig fortschreitet, gewissermassen als Rolltreppe abwärts. Die Kontroverse um das Abstinenzdogma bzw. die Möglichkeit einer Rückkehr zum kontrollierten Trinken illustriert, wie pessimistisch individuelle Veränderungschancen bei fehlender Therapie eingeschätzt werden. In den letzten Jahrzehnten hat sich jedoch auf verschiedenen Ebenen ein gewisser Wandel abgezeichnet,

welcher zu neuen Forschungsbemühungen auf dem Gebiet der so genannten «natural recoveries» («natürliche Heilungen») geführt hat. Dazu beigetragen hat u. a. die wachsende Kritik an dem immer wieder verfochtenen Abstinenzprinzip und der zunehmenden und kostspieligen therapeutischen Vereinnahmung zahlreicher Lebensbereiche.⁶ Im drogen- aber auch alkoholpolitischen Bereich kam die zunehmende Etablierung des Konzepts der Schadensbegrenzung bzw. niederschwelliger Hilfe hinzu, gleichzeitig wird mehr Vertrauen in begrenzte ambulante Interventionen und die Verbesserung der Lebensverhältnisse zur Stärkung des individuellen Ausstiegspotentials der Betroffenen gesetzt.

Aktueller Forschungsstand

Der Stand der Forschung bis 2000 im anglophonen Bereich wird – mit einem Akzent auf methodologische Fragen – in einer Übersicht von Sobell et al. (2000) referiert. Unter anderem ergibt sich aus dieser Metaanalyse von 38 Untersuchungen, dass in 79% der Alkoholstudien und in 46% der Drogenstudien die Rückkehr zu risikoarmen Konsumformen im Verlauf des Selbstheilungsprozesses konstatiert wird.⁷ Das Sammelwerk *Promoting Self-Change from Addictive Behaviors – Practical Implications for Policy, Prevention and Treatment*⁸ stellt die aktuellste Übersicht dar und enthält unter anderem eine Fortschreibung der Übersicht über den Stand der Forschung.⁹ Eine vergleichbare deutschsprachige Übersicht liegt nunmehr mit dem Band *Selbstheilung von der Sucht* vor.¹⁰

Folgende ausgewählte Kernbefunde und Leitmotive auf diesem Forschungsgebiet können – unter anderem aufgrund dieser Übersichtsarbeiten – summarisch festgehalten werden:¹¹

- Die traditionelle Konzeptualisierung von Suchtverläufen basierend auf der Annahme, dass eine Problembewältigung nur durch Abstinenz erreicht werden kann, ist angesichts der Forschungsbefunde der Selbstheilungsforschung empirisch nicht länger haltbar. So kann die Verfolgung risikoarmer Trinkstrategien als eine der häufigsten Selbstheilungsstrategien bei Alkoholmissbrauch gelten.
- Die Mehrzahl der Selbstheilungsstudien bei Alkohol- und Drogenabhängigen stützt die Annahme, dass selbst organisierte

Ausstiegsprozesse bei weniger schweren Fällen häufiger vorkommen.¹²

- Kognitive Abwägungsprozesse, welche das pro und kontra einer Verhaltensänderung zum Gegenstand haben – wobei Einzelgründe weniger oder stärker emotional besetzt sein können – haben sich in vielen Studien als «Motor der Selbstheilung» erwiesen.
- Soziale Unterstützung sowie «Freunde und Familie» als Teil des sozialen Kapitals sowie eine Änderung des Lebensstils¹³ in dessen Rahmen das bisherige Risikoverhalten seine funktionale Bedeutung verliert begünstigen die Nachhaltigkeit von Selbstheilungen.¹⁴
- Professionelle HelferInnen wie etwa TherapeutInnen und SozialarbeiterInnen werden nicht überflüssig, sondern können Selbstheilungen stützen durch entsprechende Minimalinterventionen¹⁵ und/oder durch die Auslösung individueller Bilanzierungsprozesse.
- Befunde, die über Behandlungshindernisse Auskunft geben – das heisst Rückmeldung von Selbstheilenden warum sie keine professionelle Hilfe in Anspruch genommen haben, liefern Anhaltspunkte zur Verbesserung und Anpassung der Angebote um möglicherweise auch diese Kunden zu erreichen.
- Suchtpolitik wird nicht überflüssig, da individuelles Problemlösungsverhalten auch strukturell in der Gesamtgesellschaft abgesichert und erleichtert werden muss.

Alter und Suchtveränderung – Männer fallen aus der Rolle

Veränderungen des Suchtmittelgebrauches im Lebenslauf sind typischerweise mit Statuspassagen verbunden und fallen auch geschlechtsspezifisch unterschiedlich aus.¹⁶ Das gilt für die «Herstellung von Männlichkeit und Weiblichkeit» in der Adoleszenz, das heisst den Übergang vom Jugendlichen zum Erwachsenen, aber auch die Pensionierung. Der Wechsel aus dem aktiven Erwerbsleben ist, insbesondere bei Männern, meist noch der grösste Einschnitt im Sozialgefüge, der im Extremfall zum «frühen Pensionärstod» als Zusammenwirken von Stresserleben und Herzkrankheit, aber auch zu einer ganzen Palette sonstiger Gesundheitsbeschwerden führen kann: «Der fehlende Tagesrhythmus, Langweile, sich akzentuierende Paarkonflikte, fehlende Erfolgserlebnisse und Selbstbelohnungen können zu Depressionen und Symptomen führen, die denen des akuten Stresses gleichkommen».¹⁷

Wichtige Hinweise darauf, dass auch nach dem Ausscheiden aus dem Berufsleben maskuline Rollenerwartungen und -Orientierung ähnlich wirksam bleiben wie in früheren Lebensabschnitten, ergeben sich aus einer qualitativen Untersuchung von Davidson bei 85 Männern im Alter von über 65 Jahren, welche auch den Suchtmittelkonsum einbezieht.¹⁸ Grundsätzlich finden sich bei Männern im Alter ähnliche *gesundheitsbezogene Einstellungen* wie bei jungen Männern, dies, trotz oft objektiv verschlechtertem Gesundheitszustand oder gar schwerer Krankheit. Sie neigen oft zu einer eher stoischen Einstellung zu Krankheit und Gesundheit und sind nicht bereit, über Körper und Krankheit zu sprechen und Krankheit anzuerkennen.¹⁹ In der Alkoholforschung werden gegenläufige Thesen zur Konsumveränderung im Alter vertreten: Einerseits kann die Entbindung von beruflichen Verpflichtungen zu einem sorgloserem und risikoreicheren Umgang etwa mit Alkohol führen, nun, «da man nicht mehr aufpassen muss», der noch verstärkt wird durch den Versuch, mit Rollenkonflikten nach der Pensionierung zurecht zu kommen. Andererseits könnte spekuliert werden, dass der Ausstieg aus «feuchten» Berufskulturen und ein tendenziell verminderter Zugang bei sinkendem Einkommen zu einem Rückgang des Konsums führen müsste. Beide Annahmen sind bis anhin empirisch nicht gesichert. Fest steht allerdings, dass insbesondere nicht-verheiratete Männer sich im Alter zu einer Hochrisikogruppe entwickeln. Gleichzeitig ist das Behandlungsangebot für Ältere, vor allem Männer²⁰ sehr lückenhaft und wenig zielgruppengerecht.

65+ «endlich Zeit für Selbstheilung?»

Es besteht keinerlei Grund zu der Annahme, dass das Veränderungspotential und die Erfolgchancen bei Suchtproblemen im Alter negativer ausfallen als vorher und dass die Kernprozesse der Selbstheilung im Alter ihre Gültigkeit verlieren würden. Übrigens: Wenn Senioren sich in Suchtbehandlung begeben sind sie meist bessere und diszipliniertere PatientInnen als die Jungen,²¹ wobei die Erfolgchancen bei den SpättrinkerInnen (late onset drinker) günstiger ausfallen als bei früh einsetzenden Suchtkarrieren. Obgleich bislang praktisch keine Forschungsergebnisse über Selbstheilungsprozesse bei Älteren vorliegen, können doch folgende praxisrelevante Plausibilitätserwägungen und Empfehlungen formuliert werden:

Auf ältere Menschen angemessen zugehen

Der Früherkennung von Problemlagen im Alltag kommt zentrale Bedeutung zu. Nun hat sich die *Technik des motivationsfördernden Interviews* als überaus wirksam erwiesen, um individuelle Abwägungsprozesse – pro und kontra Fortsetzung eines problematischen Suchtmittelkonsums – in Gang zu setzen. Insbesondere die Aufforderung, doch über die positiven Seiten des Suchtmittelkonsums zu sprechen kann einen Dialog ermöglichen und letztlich Selbstheilungsprozesse fördern oder in Gang setzen. Diese Technik könnte nicht zuletzt auch von geschulten aufmerksamen Laien – gewissermassen beiläufig – in einem «nicht therapeutisch aufgeladenen» Alltagskonzept eingesetzt werden wenn erste Anzeichen von Suchtmittelmissbrauch beobachtet werden. Im Ergebnis würde eine Einschätzung ermöglicht, in welcher Phase der Veränderungsbereitschaft sich der Klient befindet und wie eine erkennbare Veränderungsdynamik gestützt werden kann. Dies könnte durch einen Verweis auf weitergehende Unterstützung etwa durch den Hausarzt/ die Hausärztin oder aber die Vermittlung von Selbsthilfegruppen beziehungsweise niedrigschwelliger therapeutischer Angebote wie beispielsweise Gruppen zur Erlernung des kontrollierten Trinkens²³ geschehen. Was den letzten Punkt anbetrifft, so sind übrigens lediglich ein Drittel der Leitungspersonen von Pflege- und Alterheimen überzeugt, dass Abstinenz das wichtigste Behandlungsziel sein müsse.²⁴ Die allgemeinen Rahmenbedingungen sind ebenfalls günstig: Stark veränderte Zeitbudgets im Alter sowie der plötzliche Zeitüberfluss sind zwar einerseits ein Risikofaktor, andererseits stellen sie ideale Bedingungen für den – eben meist zeitintensiven Einsatz von Hilfsmitteln zur *Selbstbeobachtung* des Konsumverhaltens dar. Denken wir an die Alkoholproblematik so zählen hierzu etwa die Verwendung von Trinktagebüchern und anderen Formen der Bibliothherapie. Es bietet sich an, diese Aufgaben durchgängig in der spitalexternen Pflege zu verankern, spielen sich doch Suchtentwicklungen bei alten Menschen typischerweise im privaten Rahmen ab. Dies wird durchaus erkannt: So heisst es etwa in der Spitex Strategie 2014 der Stadt Zürich: «Die Spitex ist durch ihre kundenorientierte Dienstleistung vor Ort prädestiniert, auf das sich abzeichnende Empowerment von Betagten einzusteigen und präventive Hausbesuche in Zukunft anzubieten.»²⁵

Neue technische Möglichkeiten

Neue Technologien spielen im täglichen Leben älterer Menschen generell eine zunehmende Rolle und helfen mit, physische und sensorische Beeinträchtigungen zu kompensieren. Im vorliegenden Zusammenhang ist die Förderung von *Medienkompetenz* und –zugang bei älteren Menschen von besonderer Bedeutung: «Immer mehr Ältere entdecken das Internet als Medium, das Ihnen ... Zugang zu Information und Weiterbildung, insbesondere aber zu zwangloser Kommunikation mit Freunden, Verwandten und ... Internetbekannten eröffnet».²⁶ Für Internetprovider wird insbesondere die Frage nach Gesundheitsinformationen, entsprechenden Chaträumen und virtuellen Selbsthilfegruppen zunehmend wichtig.²⁷ Angesichts der beschränkten Mobilität vieler älterer Menschen kann gerade der Internetzugang eine besonders wichtige Rolle spielen, um Sucht-

probleme in den Griff zu bekommen und den Übergang von einer problembezogenen Veränderungsbereitschaft in die Aktionsphase mit ermöglichen. Gruppenspezifische Medienangebote für SeniorInnen dürften dabei eher eine untergeordnete Rolle spielen, vermitteln diese doch oft noch eine heile Welt und verdrängen Tabuthemen wie Sexualität und Sucht im Alter.²⁸

Sinnstiftung als Motor der Selbstheilung

«Sich selbst helfen, indem man Helfer wird» ist eine allgemeine Befähigungsstrategie und Alternative, die auch im Rahmen von Selbstheilungsprozessen beobachtet wird. Sinnstiftung als Motor der Selbstheilung wirkt auch bei Suchtproblemen im Alter. Es wurden Versuche unternommen, Grosseltern aktiv in Suchtpräventionskampagnen einzubeziehen. So etwa in den USA durch das Iowa Substance Abuse Information Center welches im Rahmen des Programmes «The Power of a Grandparent» das Vertrauensverhältnis zwischen Grosseltern und Enkelkindern bereits im Primarschulalter als präventive Kommunikationsbrücke einsetzte. Ehrenamtliche Tätigkeiten in der Laienhilfe können ebenfalls zu einer Valorisierung des Selbstbildes führen und das Rollenrepertoire wieder erweitern.²⁹ Ein gutes Beispiel für den gelungenen Rückbezug auf professionelle Identität und die nachhaltigen Nutzung beruflicher Erfahrung ist schliesslich die Initiative der FH Luzern und des Migros Kulturprozentos «Innovage»: «Bei Innovage engagieren sich initiative Pensionierte mit ihrem Wissen und ihrer Erfahrung für die Zivilgesellschaft. Sie geben ihr Erfahrungswissen weiter, indem sie z.B. Non-Profit-Organisationen beraten, in Zusammenarbeit mit anderen Institutionen Projekte realisieren oder eigene Ideen umsetzen. Innovage-Beraterinnen und -Berater arbeiten unentgeltlich aber nicht umsonst. Mit ihrem Einsatz tun sie Gutes, bleiben selber am Ball und vernetzen sich mit Gleichgesinnten. Innovage gibt ihnen immer wieder die Möglichkeit, Neues (kennen) zu lernen».³⁰

Prävention oder selbstheilungsfreundliche Gesellschaft im Alter

Abgesehen von diesen eher individuellen Aspekten geht es in einer «selbstheilungsfreundlichen Gesellschaft» ganz allgemein darum, dass die Suchtproblematik der Älteren als der am schnellsten wachsenden Bevölkerungsgruppe der Industrieländer anerkannt wird und Selbstheilungsprozesse auch politisch gestützt werden. Dazu gehört die Vermeidung offener und subtiler Formen der Altersdiskriminierung³¹ als potentiell suchtbegünstigender Stressfaktor und eine Enttabuisierung der Suchtproblematik. Weiter ist die Ausgestaltung und «Philosophie» des Beratungs- und Behandlungssystems von Bedeutung. Niedrigschwellige Angebote, welche gut zugänglich sind (zeitlich und räumlich bzw. über Medienzugang) und sich durch altersgerechte Beratungs- bzw. Therapiemodalitäten auszeichnen³² können von Betroffenen pro-aktiv und gewissermassen individuell dosiert im Rahmen ihrer Problemlösungsstrategien im Alltag eingesetzt werden. Damit dies gelingen kann, muss ein Dialog «auf Augenhöhe» mit der Fachperson gewährleistet sein. Schliesslich können präventive Massnahmen etwa auf Gemeindeebene aber auch in Institutionen als wenig invasive, niedrigschwellige Bewältigungshilfen konzeptualisiert werden. In der Gemeindeprävention sind in erster Linie Vernetzung, Kohärenz und zielgruppengerechte Öffentlichkeitsarbeit in enger Zusammenarbeit mit lokalen Schlüsselpersonen anzustreben. Nur so besteht Hoffnung, veränderungsbereite Personen mit den entsprechenden Botschaften zu erreichen. Auf institutioneller Ebene, man denke an Spitexorganisationen und Alterszentren, sind die Schulung von Mitarbeitenden und die Definition geeigneter Abläufe relevant.³³ Aus einer aktuellen Umfrage zum Umgang mit Alkohol bei Leitungspersonen von 227 Pflege- und Altersheimen in der Schweiz geht hervor, dass in einem Klima der Nachsicht wenn es um Alkohol geht, im Konfliktfall klare Handlungsanweisungen fehlen: «... in nur 60% der Fälle gibt es ein Vorgehen nach Plan, es sei denn das Problem werde an ärztliche Personen

delegiert... Ein gemeinsames Handeln nach Plan bei Vorliegen von Alkoholproblemen fehlt in vielen Einrichtungen der Altenhilfe.»³⁴ Gleichzeitig ist jedoch eine Mehrheit der Befragten der Meinung, es sei «besser ältere Suchtkranke in normalen Altershilfeeinrichtungen zu behandeln, um sie nicht zu stigmatisieren».³⁵ Spezifische Qualifikationen zur alltagsnahen Förderung der Selbstheilung von der Sucht im Altern wären daher im Ausbildungsplan der betreffenden Personalgruppen zu verankern.

Ob Gesellschaft, Gemeinde oder Institution – letztlich muss es um die Erhöhung der Lebensqualität im Alter gehen, um ein Abrücken von den beiden Mythen, dass Suchtprobleme im Alter selten und – falls sie vorkommen – nicht mehr beeinflussbar sind und schlussendlich muss der Glauben an die Veränderungsmacht bei älteren Menschen und deren Recht auf angemessene, altersgerechte professionelle Unterstützung³⁶ gestärkt werden. ●

Literatur

- Biernacki, P. (1986): Pathways from heroin addiction recovery without treatment. Philadelphia: Temple University Press.
- Carballo Crespo, J.L./Secades Villa.R./Fernandez Hermida J.R./ Garcia- Rodriguez, O./Sobell, L. (2007): Natural recovery from alcohol and drug problems: A methodological review of the literature from 1999 through 2005. S. 87-101 in: Harald Klingemann und Linda Sobell (2007); Promoting self-change from addictive behaviours. Practical implications for policy, prevention and treatment. New York: Springer.
- Cunningham, H.A./Blomqvist, J./Koski-Jännes, A./Cordingley, J. (2005): Maturing out of drinking problems: perception of natural history as a function of severity. *Addiction Research and Theory* 13(1): 79-84.
- Davidson, K. D./Arber, S. (2003): Older men's health: a life course issue? *Men's Health Journal* 2(3): 72-75.
- Früchtel, F./Cyprian G./Budde W. (2010): Sozialer Raum und soziale Arbeit. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Happel, H.-V./Fischer, R./Wittfeld, K.(1993): Selbstorganisierter Ausstieg. Überwindung der Drogenabhängigkeit ohne professionelle Hilfe (Endbericht). Integrative Drogenhilfe e. a. d. Fachhochschule Ffm e.V. Frankfurt.
- Jacobi, G. H. (2003): Stress und Burnout bei Männern. S. 139-145 in: G. H. Jacobi (Hrsg.), *Praxis der Männergesundheit*. Stuttgart: Thieme.
- John, U. (1982): Zur Verbreitung des Alkoholismus: Das Problem unbehandelter Alkoholiker. *Öffentliches Gesundheitswesen* 44: 774-780.
- Klingemann, H./Ejonyi-Mäder, D. (1994): Wieviel Therapie braucht der Mensch? Sucht, Selbstheilungstendenzen und "Familie" als biographisches Leitmotiv. *Praxis* 83(34): 937-949.
- Klingemann, H. (2000): Spontanverläufe unbehandelter Suchtkrankheit (Kap. 8.16). In: A. Uchtenhagen und W. Ziegglängsberger. *Suchtmedizin*. München, Jena: Urban & Fischer-Verlag.
- Klingemann, H./Sobell, L. (Hrsg.) (2006): Selbstheilung von der Sucht Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Klingemann, H./Zulewska J. (2006): Selbstheilungsfreundliches und selbstheilungsfreundliches Gesellschaftsklima - Konsequenzen für die Suchtpolitik. S. 197-230 in: H. Klingemann und L. Sobell (Hrsg.), *Selbstheilung von der Sucht*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Klingemann, H./Dampz, M./Perret, H. (2010): Kontrolliertes Trinken in der Schweiz zwischen Anspruch und Wirklichkeit. *Suchttherapie* 11: 18-23.
- Klingemann, H./Gomez, V. (im Druck): Masculinity Issues in Addiction Treatment in Swiss Inpatient Alcohol Programs Bringing Men's Treatment Needs Back to the Research Agenda. *Journal of Men's Health*.
- Lynskey, M. T./Day, C./Hall, W. (2003): Alcohol and other drug use disorders among older-aged people. *Drug and Alcohol Review* 22: 125-133.
- Mollenkopf, H./Wahl, H.-W./Reichert, M. (2000): Neue Technologien im Alltag Älterer. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 33: 153-154.
- Müller, R. (2009): Vom Umgang mit Alkohol in Altersheimen. Eine elektronische Befragung bei Leitern und Leiterinnen von Altersheimen zu Ihren Einstellungen zu Alkoholproblemen im Altersheim. *Forel Klinik*. unveröffentlichter Forschungsbericht.
- Neue Zürcher Zeitung NZZ* (10.11.2006): Senioren als wachsende Zielgruppe – Potenzial durch bisherige Angebote begrenzt ausgeschöpft (Medien und Informatik): 61.
- O'Malley, P. M. (2004/2005): Maturing out of problematic alcohol use. *Alcohol Research and Health* 28(4): 202-204.
- Peele, S. (1989): *Diseasing of America: Addiction treatment out of control*. Lexington, MA: Lexington Books.
- Roizen, R./Cahalan, D./Shanks, P. (1978): Spontaneous remission among untreated problem drinkers. S. 197-221 in: D. B. Kandel (Hrsg.), *Longitudinal research on drug use: Empirical findings and methodological issues*. Washington DC: Hemisphere.
- Saint-Jacques, M.-C./Turcotte, D./Pouliot, E. (2009): Adopting a strengths perspective in social work practice with families in difficulties. From theory to practice. *Families in Society* 90: 454-461.
- Schnoz, D./Gross, C. S./Grubenmann, D./Uchtenhagen, A. (2006): Alter und Sucht. *Recherche und Dokumentation zu evaluierten Interventionen*.

Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung ISGF. Forschungsbericht Nr. 0221. Zürich.

- Sobell, L.C./Ellingstad, T.P./Sobell M.B. (2000): Natural recovery from alcohol and drug problems: methodological review of the research with suggestions for future directions. *Addiction* 95(5): 749–764.
- Sorocco, K. H./Ferrell, S. W. (2006): Alcohol use among older adults. *The Journal of General Psychology* 133(4): 453–67.
- Stadt Zürich (2006): SpiteX-Strategie 2014 der Stadt Zürich – Umsetzungskonzept vom 11.5.2006. Stadt Zürich, Städtische Gesundheitsdienste, Gesundheits- und Umweltdepartement.
- Stall, R. (1983): An examination of spontaneous remission from problem drinking in the bluegrass region of Kentucky. *Journal of Drug Issues* 13: 191–206.
- Stevenson, J. S. (2005): Alcohol use, misuse, abuse, and dependence in later adulthood. *Annual Review of Nursing Research* 23: 243–280.
- Suchtpräventionsstelle Zürcher Oberland (2007): Sucht im Alter ein unterschätztes Problem. *Info Gesundheit, Prävention, Intervention* 28.
- Tubman, J./Wagner, E. F./Gil A. G./Pate, K. N. (2002): Brief motivational intervention for substance-abusing delinquent adolescents: Guided self-change as a Social Work practice innovation. *Health & Social Work* 27(3): 208–212.

Endnoten

- 1 Vgl. Roizen/Cahalan/Shanks 1978.
- 2 Vgl. Biernacki 1986.
- 3 Vgl. Stall 1983.
- 4 Vgl. Happel et al. 1993.
- 5 Vgl. z. B. Saint-Jacques et al. 2009 und Früchtel et al. 2010.
- 6 Vgl. Peele 1989.
- 7 Sobell et al. 2000: 758; siehe auch den deutschsprachigen Handbucharikel von Klingemann 2000 für denselben Referenzzeitraum.
- 8 herausgegeben von Harald Klingemann und Linda Sobell 2007.
- 9 Vgl. Carballo et al. 2007.
- 10 Vgl. Klingemann und Sobell 2006.
- 11 Vgl. u. a. Klingemann und Sobell 2006: 28-24; Carballo et al. 2007.
- 12 Vgl. auch Cunningham et al. 2005.
- 13 Vgl. etwa O'Malley 2004/2005.
- 14 Vgl. hierzu auch Klingemann und Efonyai-Mäder 1994.
- 15 Vgl. etwa Tubmann et al. 2002.
- 16 Vgl. O'Malley 2004/2006.
- 17 Jacobi 2003: 144.
- 18 Vgl. Davidson/Arber 2003.
- 19 Ebd. S. 73.
- 20 Vgl. Klingemann und Gomez im Druck.
- 21 Lyskey et al. 2003: 131.
- 22 Stevenson Sabol 2005: 249.
- 23 Vgl. Klingemann et al. 2010.
- 24 Müller 2009: 30.
- 25 Stadt Zürich 2006: 8; Hervorhebung durch den Verfasser.
- 26 Mollenkopf et al. 2000: 153.
- 27 Klingemann und Zulewska 2006: 211.
- 28 Neue Zürcher Zeitung NZZ 2006: 61.
- 29 Vgl. z. B. www.vitaminb.ch
- 30 Vgl. www.innovage.ch
- 31 Vgl. www.altersdiskriminierung.ch
- 32 siehe die Literaturübersicht bei Schnoz et al. 2006: 34f.
- 33 Suchtpräventionsstelle Zürcher Oberland 2007: 5.
- 34 Müller 2009: 30.
- 35 Müller 2009: 3.
- 36 Vgl. Sorocco und Ferrell 2006.

Bücher zum Thema



Geschlechtersensible Hospiz- und Palliativkultur in der Altenhilfe
Elisabet Reitinger, Sigrid Beyer (Hrsg.) erscheint 2010, Mabeyer, 250 Seiten
Geschlechterfragen sind für jede Pflegebeziehung zentral. Auch für Palliative Care und Sterbebegleitung. Praxisnah und theoretisch fundiert erkunden die AutorInnen dieses Bandes Möglichkeiten einer gendersensiblen Hospiz- und Palliativkultur in der Altenpflege. Dabei eröffnen Sie neue Sichtweisen auf die Betroffenen und ihre Angehörigen, auf Professionelle und Strukturen in der Altenhilfe.

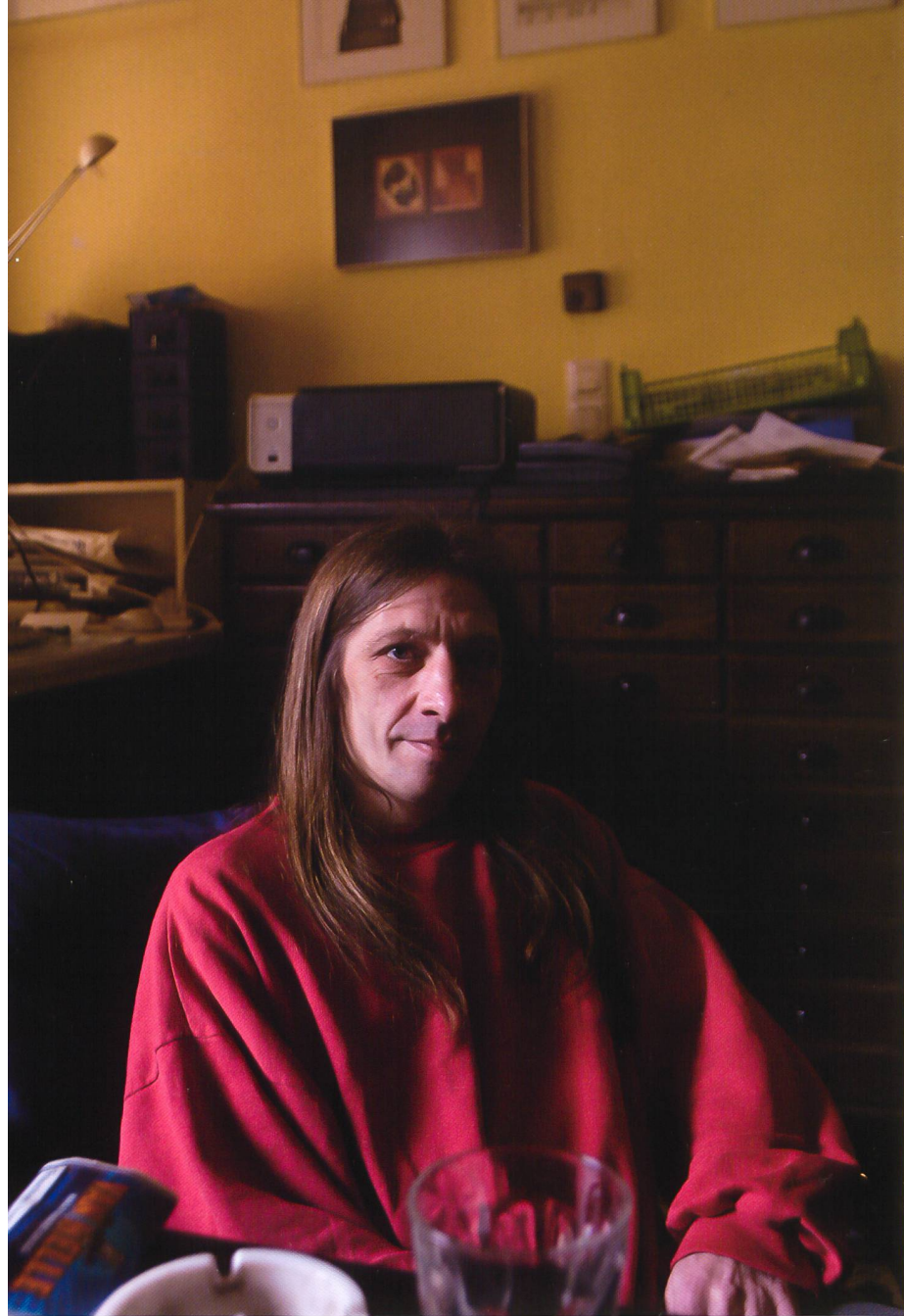


Zukunft Altern – Individuelle und gesellschaftliche Weichenstellungen.
Andreas Kruse, Hans-Werner Wahl 2010, Spektrum, 568 Seiten
Was heissen Alter und Altern? Wodurch ist unser Leben im Alter – jenseits von biologischen Faktoren – bestimmt? Zwei führende Altersforscher zeigen anhand der Befunde moderner Forschung: Alter kann einen erfüllten Lebensabend bedeuten und eine wichtige soziale Funktion haben. Selbst bei Pflegebedürftigkeit oder Demenz finden sich Gestaltungsmöglichkeiten. Dazu braucht es individuelle und gesellschaftliche Weichenstellungen.

«Sucht im Alter» im SuchtMagazin

- 6 | 2009 Benzodiazepine – Sensibilisierung gegen die stille Sucht (S. 12-13).
- 3 | 2009 Sucht im Alter – stationäre Kontexte und betreutes Wohnen
Der Wandel des Alters
Therapeutische Beziehungen zu älteren Suchtkranken
Suchtbehandlung im Alter lohnt sich
Medikamente im Alter
AGIL – Abstinenz-Gesund-Interessiert-Lebendig!
Behandlungskontinuität als wichtiger Erfolgsfaktor
Süchtige Alte und ihre Versorgung
Suchtprobleme im Altersheim
Alkoholabhängige KundenInnen in der SpiteX
- 4 | 2003 Sucht im Alter
Missbrauch und Abhängigkeit von Alkohol und Benzodiazepinen im höheren Alter
Jeder sechste Patient in der Alterspsychiatrie leidet unter Alkoholabhängigkeit
Sucht im Alter
Alkohol im Altersheim
Wohlbefinden für Frauen ab 55
Altern lernen, aber wie?
Glücksspiel im Alter
Wenn die Alten zur Flasche greifen

Bestellung an: abo@suchtmagazin.ch | Preis pro Heft: 15 CHF | 10 Euro



Michael Lisicki (50) machte seine ersten Erfahrungen mit Alkohol im Alter von 13 oder 14 Jahren: «Das war bei Familienfeiern, da durfte man halt mal nen Likör probieren. Da hat das mit dem Trinken angefangen. Mit 16 kam dann das Kiffen dazu, ein paar Jahre später dann LSD.»

Das sei damals seine «Partyzeit» gewesen, so Lisicki: «Man ist weggegangen und hat dann Drogen genommen. Es hilft, aus sich raus zu gehen, sich zu entspannen, man kann leichter auf Leute zugehen.»

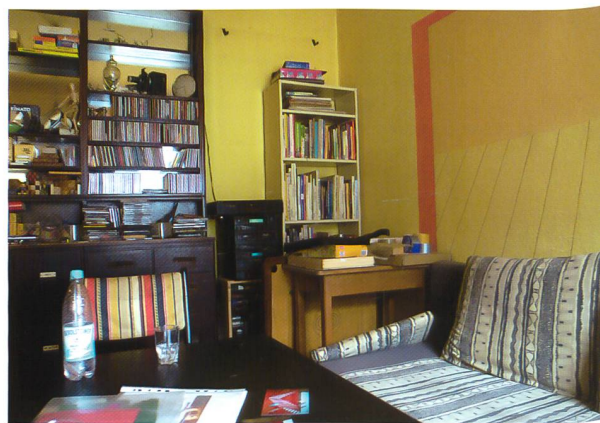
Die Partyzeit endete als Lisicki im Alter von 21 heiratet, mit LSD und Cannabis war Schluss, das Trinken wurde weniger. Aus der Ehe gingen zwei Kinder hervor, doch sie hielt nicht. 1985 verließ ihn seine Frau und zog zu einem anderen Mann nach Süddeutschland, die Kinder nahm sie mit. Lisicki blieb in Köln und zog zu seiner Schwester. Damals habe er das erste mal, so Lisicki, bewusst getrunken, um seine Probleme zu vergessen: «Es war eine furchtbare Zeit. Ich hab mir eine Flasche gekauft, mich an den Bahnhof gesetzt und die Flasche ausgetrunken, einfach um mich abzuschließen, nichts mehr zu fühlen.» Michael Lisicki geriet in einen Teufelskreis. Seine Probleme bekämpfte er mit Alkohol und der Alkohol sorgte für immer neue Probleme: «Ich hätte wegen der Scheidung viel mit den Behörden regeln müssen, Unterhalt und all das. Aber ich liess alles liegen, hab den Kopf in den Sand gesteckt und so wuchs der Berg immer weiter.»

Er habe, so Lisicki, den Alkohol völlig unterschätzt: «Im Vergleich zu anderen Drogen – ich hab ja vieles ausprobiert – wirkt Alkohol harmlos, ist ja auch gesellschaftlich anerkannt. Vor Heroin hat man viel mehr Angst, das hab ich auch nie probiert.»

Bis Ende der 80er arbeitet der gelernte Isolierklempner auf Baustellen in ganz Deutschland. Den Kollegen sei es egal gewesen, ob er eine Fahne hatte: «Hauptsache man macht seine Arbeit.»

Von 90 bis 96 war Lisicki dann in einer Kneipe beschäftigt und das Trinken wurde immer mehr: «Ich bin eher ein ruhiger Typ und der Alkohol hilft, mit den Leuten klar zu kommen. Und wenn man hinterm Tresen steht, dann ist halt immer was da.»

Die erste Entgiftung machte Lisicki 1994 mit, danach war er nur drei Monate trocken: «Die Arbeit in der Kneipe ist nicht gerade ideal, um vom Alkohol los zu kommen.»



Die Kölner Wohnung, in der Lisicki lebt, hätte er 1999 beinahe verloren: «Ich war arbeitslos, konnte sechs Monate keine Miete zahlen.»

Damals, 99, sei der Tiefpunkt gewesen, Lisicki war mit einer Frau zusammen, die sich Speed spritzte, er selbst trank sehr viel, nahm Ecstasy, Koks und Speed: «Ich war körperlich und psychisch fix und fertig, keine Arbeit, kein Kontakt zu meinen Kindern und alles Geld ging für Drogen drauf.» Irgendwann habe er, so Lisicki, nicht mehr zwischen Realität und Einbildung unterscheiden können, «aber ich hatte auch lichte Momente, wo ich wusste, dass ich so nicht weitermachen kann.»

Geholfen habe ihm damals eine viermonatige Gesprächstherapie in einer Suchtklinik: «Ich hab da erst gelernt zu reden, anstatt meine Probleme wegzutrinken. Es tauchen auch ganz neue Erkenntnisse auf. Ich habe vorher nie wahrgenommen, dass auch mein Vater Alkoholprobleme hat.»

Auf die Therapie folgten mehrere Rückfälle und weitere Therapien. Seit 2002 ist Lisicki im ambulanten betreuten Wohnen, seit 2006 ist er trocken, auch andere Drogen rührt er nicht mehr an. Eine Privatinsolvenz befreite ihn von den Schulden, die sich durch die Unterhaltspflicht angesammelt hatten. Trotzdem häufen sich die Probleme: Lisicki ist seit einigen Monaten wieder arbeitslos und die ambulante Betreuung lief vor drei Wochen aus. Sein Leben beschränke sich momentan auf die eigene Wohnung, raus gehe er kaum noch, so Lisicki.



Wenn Michael Lisicki nicht auf der Couch liegt und Musik hört, dann beschäftigt er sich mit seinen Sammlungen. Die Wohnung wirkt wie ein alter Spielwarenladen. Lisicki zeigt mir Brettspiele aus vergangenen Jahrzehnten, eine Sammlung von «Mensch ärgere dich nicht»-Figuren, zahlreiche Geschicklichkeitsspiele... Das meiste stammt von Flohmärkten. In letzter Zeit habe er, so Lisicki, starke Sehstörungen: «Ich kann nicht lesen, nicht fernsehen, nicht am Rechner arbeiten. Wenn ich raus gehe, dann halte ich mir ein Auge zu, sonst stosse ich mit Leuten zusammen.» Lisicki bleibt in der Wohnung und beschäftigt sich mit den Dingen, die ihn umgeben, ordnet Gebrauchsanweisungen, geht seine Sammlungen durch. Seit zwei Wochen warte er, so Lisicki, auf ein Krankenhausbett: «Ich muss abklären lassen, ob ich Multiple Sklerose habe, ob davon die Sehstörungen kommen. Ich halte die Ungewissheit nicht mehr aus, ich bin mit den Nerven am Ende.» Auch sein geliebtes Hobby, das Klettern, übt er nicht mehr aus: «Früher bin ich zwei mal die Woche in die Kletterhalle, aber mit den Sehstörungen geht das nicht.»

Die letzte geregelte Beschäftigung hatte Lisicki in der Gastronomie: «Das ging gut, anfangs kam ich auch nicht in Berührung mit Alkohol.» Doch was zunächst nur ein Teilzeitjob war, wurde immer mehr zur Vollzeitbeschäftigung, Lisicki sprang für Kollegen ein, es wurde von ihm erwartet, dass er auch in der Küche arbeitete, wo immer Alkohol griffbereit war, wo mit Alkohol gekocht wurde: «Das hat mich immer mehr an meine Kneipenzeit erinnert, der Stress, der Druck, die Leute, die getrunken haben...» Um Weihnachten herum und in der Karnevalszeit war es besonders stressig, Lisicki fühlte sich völlig überlastet und hatte Angst, wieder mit dem Trinken anzufangen. Seine Depressionen, gegen die er seit fünf Jahren Medikamente nimmt, verschlimmerten sich. Lisicki wurde krankgeschrieben und gab den Job schliesslich auf. Momentan bekommt er noch Krankengeld, aber wenn das ausläuft, dann wisse er nicht, wie es weitergehen soll: «Ich will nicht wieder dahin kommen, dass ich ewig sparen muss, wenn ich mal ins Kino will. Und auch das Klettern kostet Geld. Ich bin froh, trocken zu sein, aber wenn alles schief geht, wenn man kein Bein auf den Boden bekommt, dann geht es schnell, dass man sagt: Da kann ich genau so gut wieder trinken.» Zum Schluss des Gespräches erzählt mir Lisicki eine Begebenheit: «Es gibt hier nebenan einen Kiosk, der bis zwölf offen hat. Früher bin ich immer hin und hab mir Tabak und einen Korn geholt. Vor kurzem wollte ich Tabak holen und beinahe hätte ich automatisch nen Korn mitbestellt. Ich weiss nicht, was passiert wäre, wäre mir das Wort herausgerutscht.»



Die Vitrinen im Flur sind voller Lego: Astronauten, Raumstationen, Mondfahrzeuge... In den Kartons befinden sich weitere Bausätze. Schon als Kind habe er, so Lisicki, viel lieber zuhause mit seinen Legosteinen gespielt, als raus zu gehen. Und im Grunde sei das heute noch so. In Gruppen von Menschen fühle er sich oft unwohl, doch die Gruppe sei, so Lisicki, gerade in der Suchttherapie eine Art Ideal: «Man soll aus sich herausgehen, vor der Gruppe von sich erzählen. Aber das bin ich nicht, das passt nicht zu mir.» Überhaupt werde man in der Therapie zu oft «nach Schema F» behandelt: «Aber jeder hat doch seine eigene Lebensweise, wieso können die Leute nicht akzeptieren, dass ich still bin, dass ich lieber zuhause werkle, als unter Leute zu gehen.» Er brauche eine persönliche Bezugsperson, zu der er Vertrauen fassen könne, so Lisicki, keine Gruppe: «Da sind immer manche desinteressiert und andere, die schon länger dabei sind, geben den Ton an.» Solch eine Bezugsperson sei seine bisherige Betreuerin gewesen, die zu ihm nach Hause kam und ihm bei der Korrespondenz mit Behörden, der Instandhaltung seiner Wohnung und anderen Aufgaben half. Diese Betreuerin ist seit einigen Wochen in Rente, die Betreuung ist ausgelaufen und Lisicki hat keine neue beantragt: «Die Leute wechseln sehr oft, ich kann mich nicht alle paar Monate an jemand Neues gewöhnen.»

