

Basisschulung im Rahmen des Bundesmodellprojektes „Sucht im Alter“

Schulungsunterlagen für die Module A, B und C

| <u>Inhaltsverzeichnis</u> | <u>Seite</u> |
|---|--------------|
| Einleitung | 03 |
| Aufbau des Schulungskonzeptes | 04 |
| Basisschulung A (Referenten: Herr Toralf Schwebke und Herr André Dobrig) | 04 |
| 1 Kurzvorstellung des Projektes und Informationen zur Schulungsmaßnahme | 04 |
| 1.1 Warum gibt es dieses Projekt | 04 |
| 1.2 Ziel und Zielgruppen | 05 |
| 1.3 Projektteilnehmer und -koordination | 05 |
| 2 Was ist Sucht? | 06 |
| 2.1 Gebrauch und Missbrauch | 06 |
| 2.2 Abhängigkeit - Merkmale einer Suchterkrankung nach ICD-10 | 06 |
| 2.3 Suchtentwicklung (Gebrauch/Missbrauch/Abhängigkeit), Modell „Suchtdreieck“ | 07 |
| Basisschulung B (Referent: Herr André Dobrig) | 11 |
| 1 Sucht im Alter | 11 |
| 1.1 Alter und Alterungsprozess (gerontologisch, sozial, kognitiv) | 11 |
| 1.2 Ethische Aspekte und Gender-Aspekte | 12 |
| 1.2.1 Lebenssituation älterer Menschen in Deutschland | 12 |
| 1.2.2 Sucht als Kompensation | 13 |
| 2 Alkohol und Medikamente | 14 |
| 2.1 Substanzinformation | 14 |
| 2.2 Wechselwirkung | 18 |
| 2.3 Was ist riskanter Konsum? Was gefährlich? | 18 |
| 3 Verbesserungen der Lebensqualität als Behandlungsziel | 19 |
| Basisschulung C (Referenten: Frau Annika Fischer und Herr André Dobrig) | 20 |
| 1 Co-Abhängigkeit | 20 |
| 1.1 Definition und Erklärungsansätze | 20 |
| 1.2 Die Mitspieler im Schauspiel „Sucht“ | 20 |
| 1.3 Hilfe bedeutet manchmal <i>Nichthelfen</i> | 21 |
| 2 Vorstellungen des Hilfesystems | 22 |
| 3 Handlungsanleitung/ Interventionsschritte | 22 |
| Anlagen | 23 |
| Literaturverzeichnis | 38 |

Einleitung

Suchterkrankungen im Alter sind keine Seltenheit und bleiben oft unbemerkt. Obwohl der Konsum, der Missbrauch und die Abhängigkeiten von Alkohol im Alter abnehmen, ist von einer Entschärfung der Suchtproblematik nicht zu sprechen. Gründe sind die mit zunehmendem Alter sinkende Alkoholtoleranz, und ein steigender Anteil von Menschen mit Medikamentenabhängigkeiten und -missbräuchen.

Weiterhin kommt es zu einer Verschiebung der Suchtproblematik in Alten- und Pflegeeinrichtungen. Hier ist das Pflegepersonal oftmals nicht ausreichend auf den Umgang mit Suchtproblemen vorbereitet. Eine Abstimmung zwischen Altenpflegepersonal und Suchtberatungsstellen erfolgt kaum. Der betroffene Personenkreis gerät in eine Versorgungslücke, die u. a. von unregelmäßigen Zuständigkeiten, fehlenden, auf diese Altersgruppe abgestimmte Therapiekonzepte und Hilfsangebote gekennzeichnet ist.

Mit der Förderung von 8 Modellprojekten zur Sensibilisierung und Qualifikation von Fachkräften in der Alten- und Suchthilfe, hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) auf diese Problemlage reagiert.

Ziel des Schweriner Modellvorhabens "Sucht im Alter- Sensibilisierung und Qualifikation von Fachkräften in der Alten- und Suchthilfe" ist der Auf- und Ausbau von verbindlichen Kooperationsstrukturen zwischen beiden Hilfesystemen auf Landes und lokaler Ebene, um eine flächendeckende Vernetzung zum Ende des Vorhabens zu erreichen.

Verbindliche Kooperationsstrukturen und eine flächendeckende Vernetzung sollen die Reibungspunkte an der Schnittstelle beider Hilfesysteme abbauen helfen. Innerhalb dieser Kooperationsstrukturen sollen interdisziplinäre Fortbildungsmodule erarbeitet werden, mit denen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Alten- und Suchthilfe qualifiziert werden. Mit der Erstellung eines Handlungsleitfadens sollen die Erkenntnisse anderen Regionen zugänglich gemacht werden, um so langfristig eine fachgerechte Beratung von älteren Menschen zu ermöglichen.

Um diese Konzeption umzusetzen, wurden in zwei Modellregionen Kooperationspartner beider Hilfesysteme gewonnen.

Partner in der Modellregion Rostock sind der AWO Sozialdienst Rostock gGmbH mit der Seniorenresidenz "Stadtweide" und die Evangelische Suchtberatung Rostock gGmbH, in der Modellregion Greifswald das Evangelische Krankenhaus Bethanien gGmbH mit dem Altenpflegezentrum Paul Gerhard Haus und der Suchtberatungsstelle. Evaluiert und wissenschaftlich begleitet wird die Projektarbeit von der Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich (FOGS).

Aufbau des Schulungskonzeptes

Die Basisschulung besteht aus drei einzelnen Modulen (Modul A, B und C), die aufeinander aufbauen und sich dabei aufeinander beziehen. Jedes Modul ist auf die Dauer von 90 Minuten angelegt. Das Modul A beinhaltet grundlegende Informationen zum Projekt und zum Thema Sucht. Der Teil B der Schulung legt dann den Grundstein für ein gemeinsames Verständnis der Teilnehmer für die Problematik des Lebensabschnittes „Alter“. Außerdem wird hier das Thema Sucht mit dem o. g. Lebensabschnitt in Beziehung gesetzt. Im Modul C erhalten die Teilnehmer abschließend Informationen zur Fragestellung der Co-Abhängigkeit, einen Überblick zum Suchthilfesystem und Handlungsanweisungen für die tägliche Arbeit, welche mit der Leitung des Hauses abgestimmt sind.

Die Zielgruppe der Basisschulungen sind alle Fachkräfte, Pflegehilfskräfte und die Mitarbeiter des hauswirtschaftlichen Bereichs.

Das Ziel der Schulung ist es, eine Sensibilisierung für die Thematik „Sucht im Alter“ bei der o. g. Zielgruppe zu erreichen und ihnen das Erkennen von Verhaltensweisen und Symptomen, das Entwickeln von Fallverständnis, die Sensibilisierung für die Lebenslage der Betroffenen sowie die Vermittlung einer optimistischen Sichtweise und das Nutzen von Interventionsmöglichkeiten zu ermöglichen.

Basisschulung A

1 Kurzvorstellung des Schulungsprojektes und Informationen zur Schulungsmaßnahme

1.1 Warum gibt es dieses Projekt?

Im Rahmen einer Befragung der stationären Einrichtungen in Mecklenburg-Vorpommern im Jahr 2007 durch die Landesstelle für Suchtfragen MV e. V. gaben 50% der Mitarbeiter an, dass bis zu 10% der Bewohner eine Suchtproblematik haben. 15% der MA gehen von 10-20% betroffenen Bewohner aus und 7% der MA vermuten bei 20-50% der Bewohner eine Suchtproblematik. Die dabei berücksichtigten Suchtmittel in den Pflegeeinrichtungen waren Alkohol, Medikamente und Nikotin.

Die Situation im Seniorenzentrum Stadtweide in Rostock gestaltet sich dabei folgendermaßen. Insgesamt leben hier 100 Bewohner (62 Frauen, 38 Männer). Davon haben 17 Bewohner einen Alkoholsuchthintergrund der häufig in Verbindung mit Nikotin steht (3 Frauen, 14 Männer). Das \emptyset Alter dieser Bewohner liegt bei 67,3 Jahre (54 – 76 Jahre). Betrachtet man nur das Durchschnittsalter der weiblichen Bewohner dieser Gruppe, dann liegt dieses bei 58,6 Jahre. Vergleicht man dazu das durchschnittliche Alter aller Bewohner (\emptyset Alter = 83,8 Jahre (Spanne bis 100)), so ist auffällig, dass die Bewohner mit einem Suchthintergrund deutlich jünger sind. Die Verteilung der Pflegestufe erstreckt sich von der Stufe 0-3 und 80% der Betroffenen leben in einem Wohnbereich. In der Unterstützung von Menschen mit einem Suchthintergrund wurden in der Einrichtung außerdem diverse Auffälligkeiten festgestellt. Die Menschen sind beim Einzug in die Einrichtung deutlich jünger. Der biografische Hintergrund ist meist sehr dünn und sie haben wenige soziale Kontakte zur Familie oder die Kontakte finden häufig nur über Berufsbetreuer statt. Die Betroffenen selbst verweigern oft pflegerischen Maßnahmen sowie Arztkonsultationen. Sie haben ein verändertes Hygieneempfinden und zeichnen sich durch eine erhöhte Aggressivität gegenüber Mitarbeitern des Hauses und anderen Bewohnern aus. Des Weiteren bauen sie untereinander Beziehungen auf, bei denen auch Sexualität eine Rolle spielt. Ihre Lebenserwartung ist deutlich

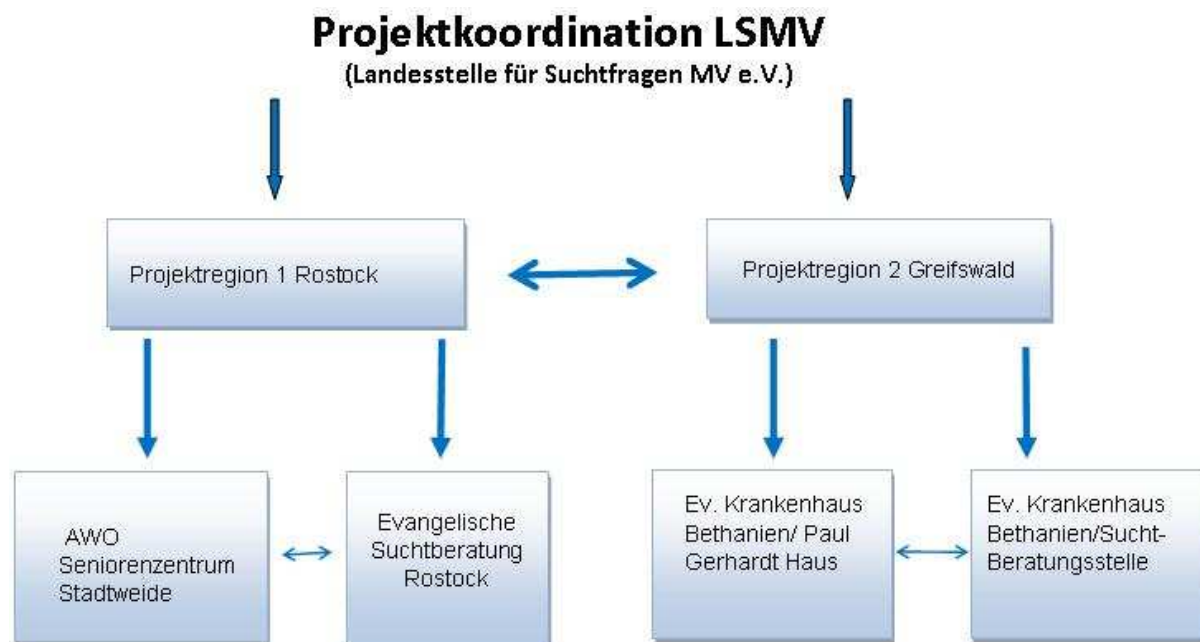
reduziert und die Todesursache unterscheidet sich häufig durch Alkohol- und Nikotinsucht von denen anderer Bewohner. Aus diesen Gründen hat die Leitung des Hauses die Notwendigkeit zum Handeln gesehen und sich am Bundesmodellprojekt „Sucht im Alter“ beteiligt, um die Mitarbeiter im Umgang mit abhängigkeiterkrankten Bewohnern fortbilden zu lassen.

1.2 Ziel und Zielgruppen

Die direkte Zielgruppe sind MitarbeiterInnen aus der Alten- und Suchthilfe sowie Angehörige von Selbsthilfegruppen. Es ist davon auszugehen, dass die Fortbildung der Mitarbeiter den BewohnerInnen der stationären Altenhilfeeinrichtungen mit einer Alkohol-, Medikamenten- oder Nikotinabhängigkeit ebenfalls zu gute kommen. Daher sind sie als indirekte Zielgruppe des Projektes zu betrachten.

1.3 Projektteilnehmer und -koordination

Wie aus der nachstehenden Grafik hervorgeht, gibt es in Mecklenburg-Vorpommern zwei Projektregionen, die von der Landesstelle für Suchtfragen während der Projektlaufzeit betreut und koordiniert werden.



Die Projektregion setzt sich aus dem Seniorenzentrum Stadtweide der AWO Rostock und der Suchtberatungsstelle der Evangelischen Suchtberatung Rostock gGmbH zusammen. In der zweiten Projektregion kooperieren das Paul Gerhardt Haus und die Suchtberatungsstelle unter dem Dach des Evangelischen Krankenhauses Bethanien miteinander.

2 Was ist Sucht?

2.1 Gebrauch und Missbrauch

Gebrauch: Unter dem Gebrauch von psychotropen Substanzen versteht man den maßvollen und kontrollierten Umgang mit diesen. Dabei tritt in den meisten Fällen ein positiver Effekt auf, wie bspw. Entspannung, Wohlfühlen, Anregung, etc. Im Falle von Alkohol steht beim Gebrauch des jeweiligen Getränks daher der Genuss im Vordergrund.

Missbrauch: Beim Missbrauch von psychotropen Substanzen wird der Substanz eine andere Funktion zugewiesen als ursprünglich angedacht. Der Konsument will durch die Einnahme der Substanz einen ganz bestimmten Effekt herbeiführen. Weitere Anzeichen für einen Missbrauch stellen die Einnahme der Substanz zu unpassenden Gelegenheiten (bspw. während der Arbeitszeit oder beim Autofahren) und bis zum Rauscherleben dar. Außerdem weist ein langfristiger und übermäßiger Konsum der Substanz auf einen möglichen Missbrauch hin.

2.2 Abhängigkeit - Definition nach dem ICD 10 (Merkmale einer Abhängigkeit)

Generell lässt sich eine Abhängigkeit oder Sucht als das unabdingbare Verlangen nach einem bestimmten Gefühls-, Erlebens- und Bewusstseinszustand durch die Einnahme einer Substanz oder durch das Ausführen einer bestimmten Tätigkeit beschreiben.

Es gibt zwei Formen der Abhängigkeit. Sie werden in stoffgebundene und stoffungebundene Süchte unterschieden. Die stoffgebundenen Süchte sind durch die Einnahme einer bestimmten Substanz gekennzeichnet (legale: Alkohol, Koffein, Nikotin; illegale: Cannabis, Kokain, LSD, XTC, Heroin, etc.). Die Form der stoffungebundenen Süchte ist wiederum durch das Ausführen einer bestimmten Tätigkeit gekennzeichnet (bspw. Spielsucht – hier: Glücksspiel, Arbeitssucht, Esssucht, Medien-sucht, etc.)

Laut dem ICD 10 (International Classification of Disease – engl. = Internationale Klassifikation der Krankheiten oder „das große Lexikon der Diagnosen für Krankheiten und deren Merkmale“), besteht eine Abhängigkeit, wenn drei der folgenden sechs Kriterien in dem letzten 12 Monaten bei dem Konsumenten zutreffen:

- starker, übermächtiger Wunsch Substanz zu konsumieren – das Verhalten des Konsumenten und sein Tagesablauf sind auf das Beschaffen und Konsumieren der Substanz ausgerichtet
- Kontrollverlust (Konsumstil, Menge, Dauer) – der Konsument kann nicht mehr selbstständig festlegen, wann er die Substanz einnimmt, wie viel er konsumiert und wann er wieder aufhört
- Vermeidung von Entzugssymptomen mit erneutem Konsum – Entzugssymptome können dabei Schweißausbrüche, Zittern, Unwohlsein, Schlafstörungen, Herz-Kreislauf-Probleme, etc. sein
- Toleranzentwicklung (Dosissteigerung) – bedeutet, dass sich der Körper an die ihm zugeführte Substanzmenge gewöhnt, zum Teil die Substanz in den Stoffwechsel integriert und um den selben bspw. anregenden Effekt wie beim Erstkonsum zu realisieren, mehr von

der Substanz benötigt bzw. sich ein normales Körpergefühl beim Konsumenten erst einstellt, wenn er eine bestimmte Menge der Substanz konsumiert hat (bspw. Spiegeltrinker)

- Ausrichten des Verhaltens auf Konsum, Vernachlässigung anderer Interessen – der Betreffende vernachlässigt Hobbys, Termine, Freunde, um in dieser Zeit konsumieren zu können
- Fortsetzen des Konsums trotz negativer Konsequenzen (körperlich, sozial, psychisch) – solche Konsequenzen können der Verlust des Arbeitsplatzes, der Frau oder des Führerscheins oder gesundheitliche Schädigung wie Fettleber sein

2.3 Suchtentwicklung

Die Entwicklung einer Sucht vollzieht sich über mehrere Stationen. Im Folgenden wird die Suchtentwicklung anhand eines fiktiven Falls dargestellt.

Rogers Suchtprozess

Die Entstehung von Sucht ist immer ein Prozess. Das bedeutet, dass jemand nicht unmittelbar nach dem ersten Glas Bier, nach einer Schmerztablette oder einem Joint bereits süchtig wird. Trinkt, schluckt oder kifft dieser Jemand aber regelmäßig und erhöht er die Menge, gebraucht er das Mittel ohne darüber nachzudenken. Benutzt er es, um sich Wohlfühlen oder um vor Unangenehmem zu flüchten, kann aus diesem konsumieren leicht ein zwanghaftes Handeln werden. Dieser Jemand ist dann süchtig, wenn er aus eigener Kraft nicht mehr aufhören kann, wenn er immer mehr braucht, wenn sein Körper so genannte Entzugserscheinungen (körperliche Abhängigkeit) aufweist und wenn all seine Gedanken um die Beschaffung und den Konsum des Mittels kreisen (seelische Abhängigkeit).

Konsum/positive Einstellung

Unser Jemand, nennen wir ihn Roger, konsumiert verschiedene Mittel aller Art, um eine positive Wirkung zu erzielen; z.B. um zu genießen, um sich zu berauschen oder um seine Leistung zu steigern. Mittel, die zum Suchtmittel werden können, sind zunächst Konsumartikel, die nach ihrer Wirkung bewertet werden. Ist die Wirkung positiv, d.h. sind die Gefühle angenehm, die Roger mit Hilfe seines bevorzugten Mittels erzielt, wird er in Zukunft sehr positiv über dieses Mittel urteilen. Rogers gute Meinung zu diesem Mittel führt dazu, dass er in Zukunft dieses Mittel häufiger und in größeren Mengen gebraucht. Weitere Beispiele für positive Einstellungen sind: Roger hält viel von Grippemitteln; denn er hofft, wenn er diese nimmt, nicht krank zu werden. Roger geht davon aus, dass er im Laufe des Tages Kopfschmerzen bekommen könnte. Also nimmt er lieber schon morgens zur Vorbeugung eine Tablette. Roger schreibt eine Klassenarbeit, vor der er sich fürchtet. Er schluckt zu Beginn der Arbeit ein Beruhigungsmittel, um nicht zu versagen. Er kann sich nicht vorstellen, die Arbeit ohne dieses Medikament zu schaffen.

Gewohnheit

Schluckt, trinkt, raucht oder kifft Roger mehr oder weniger oft, führt sein wiederholtes Konsumieren dazu, dass er sich an Tabletten, Bier, Zigaretten oder Joints gewöhnt. Zu diesem Zeitpunkt ist Roger allerdings noch in der Lage, seine Gewohnheiten ohne größere Anstrengung zu unterlassen. Für Roger wird es dann bedenklich, wenn er beginnt,

seinen Konsum in Menge und Häufigkeit zu steigern und sich ein Drang nach dem Gefühl bzw. nach dem Suchtmittel entwickelt.

Missbrauch

Ein Missbrauch liegt dann vor, wenn Roger ein Mittel unsachgemäß verwendet. Er handelt dann missbräuchlich, wenn sein Arzt ihm drei Tabletten täglich verschreibt, Roger aber entgegen des ärztlichen Rates gleich zehn Tabletten schluckt. Roger handelt ebenfalls missbräuchlich, wenn er vor lauter Frust seinen Kummer und Ärger mit Bier runterspült, weil er Streit mit seinen Eltern hat, nichts zu klappen scheint, und auch noch seine Freundin mit ihm Schluss machte.

Suchtvorbeugung hieße in Rogers Situation, seine Konflikte aktiv anzugehen: vielleicht mit der Freundin nochmals reden, über den Ärger mit den Eltern mal in Ruhe nachzudenken und sich klarzumachen, dass es trotz alledem doch noch eine Menge schöner Erlebnisse gibt, um die er sich nur zu kümmern braucht. Roger ist zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht süchtig; er ist lediglich suchtgefährdet. Missbrauch und Sucht sind also nicht gleichzusetzen, obwohl die Grenzen fließend sind.

Sucht

Roger ist dann süchtig, wenn er nicht mehr Nein- Sagen kann (zwanghaftes Verhalten). Er ist dann auf den Konsum seiner Biere, seiner Zigaretten, seiner Tabletten oder seiner Joints angewiesen. Für Roger wird die Sucht beispielsweise spürbar, wenn er aus Geldmangel nicht mehr in der Lage ist, wie gewohnt zu konsumieren. Sein Körper reagiert mit Entzugerscheinungen. Sein Wohlbefinden ist stark beeinträchtigt. Roger verlangt immer häufiger nach seinen Mitteln und nach den Erlebnissen, die er mit Hilfe seiner Suchtmittel erreichen kann. Vielleicht möchte Roger aber auch nur die Situation wieder erleben, die aus dem Konsum seiner Suchtmittel resultiert. Roger kann sich zum jetzigen Zeitpunkt nicht mehr vorstellen, diese Erlebnisse bzw. sein Wohlbefinden ohne seine Drogen/ seine Suchtmittel zu erreichen.

Suchtvorbeugung

Für Roger würde Suchtvorbeugung bedeuten, sich sorgfältig damit zu beschäftigen, wie er seine Probleme klären und lösen kann, warum er so häufig Ärger hat und wer ihm helfen könnte herauszufinden, was er anders machen kann.

Sucht kann viele Ursachen haben

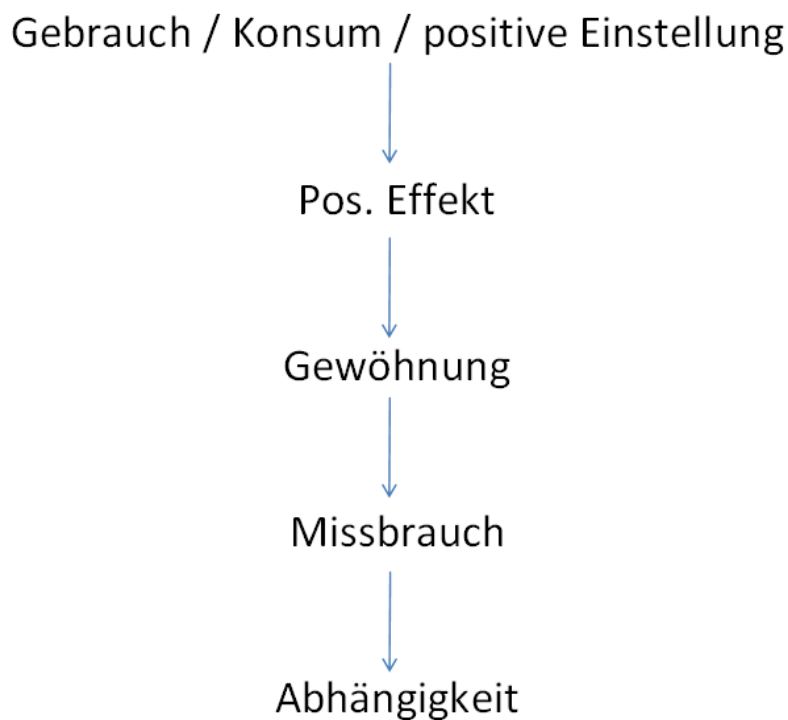
Jeder Mensch trägt die Verantwortung für sein eigenes Handeln und damit auch für die Gesundheit. Für Roger bedeutet dies, dass er beginnt, sich mit seiner eigenen Person zu beschäftigen. Ist Sucht u. a. die Folge mangelnden Selbstvertrauens, müsste Roger sich irgendwann fragen, ob er selbstbewusst ist und wie er dieses erlangen kann.

Ist Sucht u. a. die Folge eines Grundbedürfnisses der Menschen nach Freiheit und Abenteuer, könnte Roger entdecken, welche Rauscherlebnisse das tägliche Leben für ihn bereithält. Beschäftigt sich Roger in der Schule oder in der Clique mit Suchtvorbeugung, wird er feststellen, dass nicht sein süchtiges Verhalten im Mittelpunkt der Betrachtungen steht, sondern Personen mit all ihren Träumen, ihren Schwächen und ihren

Stärken. Roger wird weiterhin bemerken, dass sein gesamtes Verhalten Ansätze für die Entstehung von Suchtverhalten bietet. Je länger Roger über sich nachdenkt, desto mehr lernt er zu erkennen, an welchen Punkten des Suchtprozesses er sich befindet. Sein erstes AHA-Erlebnis hatte Roger bereits! Er stellte fest, dass es ihm schwer fällt, so richtig zu genießen; mit Muße und bewusster Entscheidung; mit allem, was dazu gehört. Bisher glaubte er, Genuss sei immer mit Stoffen und Mitteln verbunden. Aber auch Situationen und/oder Begegnungen mit anderen können genussvoll sein, z.B. am letzten Dienstag das Mountainbike-Wettrennen mit Kalle.

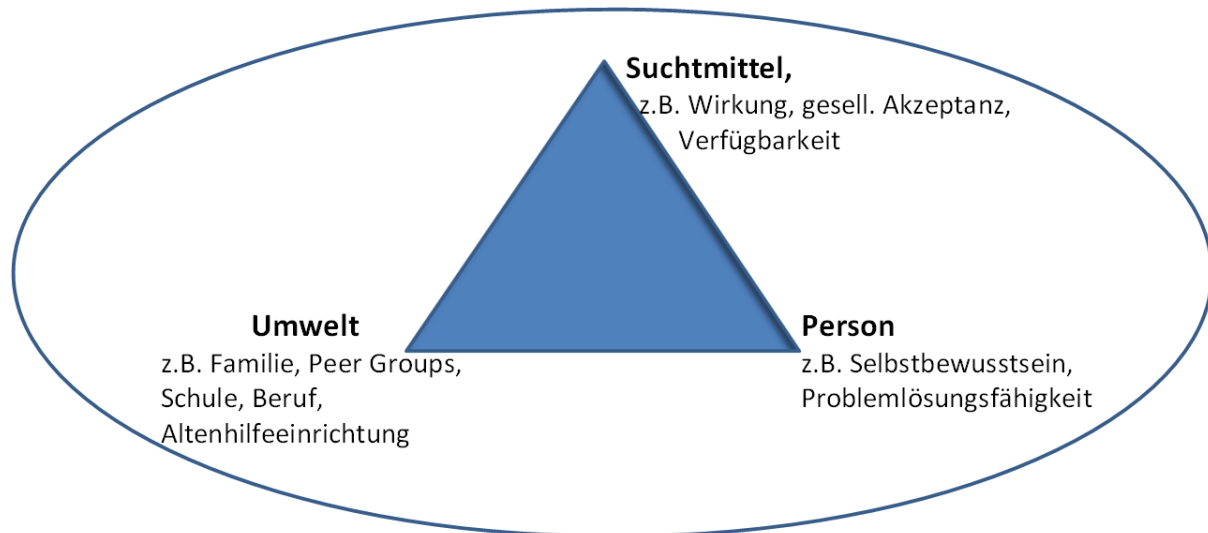
(„Rogers Suchtprozess“ wurde uns mit freundlicher Genehmigung von der „Fachstelle für Suchtprävention im Direktionsbezirk Chemnitz der Stadtmission Chemnitz e.V.“ zur Verfügung gestellt.)

Verkürzt ließe sich der beschriebene Prozess grafisch wie folgt abbilden:



Die dargestellte Entwicklung ist allerdings keine Einbahnstraße. Wenn jemand an der Station „Missbrauch“ angekommen ist, hat er die Möglichkeit zur Station „Gebrauch“ zurückzukehren. In der Zeit der Ausbildung oder während des Studiums betreiben einige Menschen bspw. einen missbräuchlichen Umgang mit Alkohol. Vielen gelingt es nach der Ausbildungs- bzw. Studienzeit wieder zu einem Gebrauch von Alkohol zurückzufinden. Im Falle einer Abhängigkeit oder eines sehr starken Missbrauches lautet die Empfehlung der Suchthilfe für den Betroffenen, die weitere Lebenszeit abstinent zu leben. Nur so kann dieser das geringste Risiko für einen Rückfall in sein altes Verhaltensmuster sicherstellen. Der Versuch eines genussvollen Umgangs mit bspw. Alkohol könnte wiederum zum Fortsetzen seiner Abhängigkeit führen.

Die Ursachen für eine Sucht sind vielschichtig. Mit dem Modell des Suchtdreiecks lässt sich gut verdeutlichen, aus welchen Bereichen sich die Ursachenbündel zusammensetzen. Die Eckpunkte des Dreiecks bilden die „Person“, „die Umwelt“ und das „Suchtmittel“ selbst.



Jedem dieser Bereiche wohnen Risiko- und Schutzfaktoren inne. Risikofaktoren sind Zustände, Ereignisse, Situationen oder Personenkonstellationen, die die Entstehung einer Sucht oder möglicherweise auch einer anderen Krankheit begünstigen. Die Schutzfaktoren wiederum sind ebenfalls Zustände, Ereignisse, Situationen oder Personenkonstellationen, die der Einzelne den Risikofaktoren entgegensetzen kann und somit das Entstehen einer möglichen Erkrankung verhindert wird. Ob ein Faktor als Risiko oder als Schutz wirkt, ist von seiner Ausrichtung abhängig. Im Bereich der Person könnte ein Faktor das Selbstbewusstsein oder die Problemlösungsstrategie sein. Mangelt es der Person an Selbstbewusstsein, wäre es möglich, dass diese versucht über den Konsum von Substanzen diesen Mangel auszugleichen. Ähnlich kann sich dies bei der fehlenden Problemlösungsstrategie verhalten. Hat die Person ein ausreichendes Selbstbewusstsein, fungiert dieser Faktor wiederum als Schutzfaktor. Und auf diese Art und Weise lassen sich auch die Eckpunkte „Umwelt“ und „Suchtmittel“ betrachten. Das heißt, je nachdem wie sich die Situation in Familie, in der Peer Group, in der Schule oder im Beruf gestaltet, können diese Umweltfaktoren unterstützend oder gefährdend wirken. Wächst ein Mensch in einer Familie mit alkoholabhängigen Eltern auf, ist sein Risiko, ebenfalls eine Abhängigkeit zu entwickeln, höher, als die eines Menschen der in einer suchtmittelfreien Familie aufwächst. Selbst das „Suchtmittel“ mit seiner Wirkung, der gesellschaftlichen Akzeptanz und seiner Verfügbarkeit hat einen Einfluss auf die Entstehung einer Abhängigkeit. Jeder Konsument hat Erwartungen an die Wirkung der Substanz. Jemand, der sich gern aufputschen möchte, wird nicht zu Cannabis greifen, sondern bspw. Kokain konsumieren. Für den weiteren Konsum ist es dann auch ausschlaggebend, ob die Substanz mehr oder weniger gut verfügbar ist. Kennt der betreffende bspw. keinen Kokain-Dealer oder hat Angst vor den Konsequenzen seines illegalen Handelns, wird er womöglich Abstand vom Kokainkonsum nehmen und zu einer anderen, besser verfügbaren Substanz greifen.

Abschließend ist noch festzuhalten, dass nicht jeder Risikofaktor zwingend zu einer Suchtentstehung führen muss. Erst das Bündel aus mehreren Risikofaktoren, denen keine Schutzfaktoren gegenüberstehen, lassen eine Abhängigkeit wahrscheinlich werden. Das heißt, nicht jedes Kind, das in einer Familie mit bspw. alkoholabhängigen Eltern aufwächst, wird zwangsweise selbst abhängigkeitskrank. Verfügt es über andere Schutzfaktoren, so kann es mit deren Hilfe die Problematik bewältigen (Freundeskreis, Selbstbewusstsein, aktive Lehrer,...).

Basisschulung B

1 Sucht im Alter

1.1 Alter und Alterungsprozess

Als ich 5 Jahre alt war... (Max von der Grün)

*Als ich 5 Jahre alt war, war meine Mutter 25
und ich fand sie sehr alt.*

*Als ich 25 Jahre alt war und sie 45,
fand ich sie alt.*

*Als ich 45 Jahre war, war sie 65,
und ich fand sie sehr jugendlich.*

*Als ich 48 Jahre alt war, starb meine Mutter,
und ich fand, sie sei sehr jung gestorben.*

(Quelle: Wolter, 2011)

Ab wann ist man alt? Max von der Grün beschreibt in dem oben stehenden Gedicht, wie sehr die Betrachtung des Alterungsprozesses von dem subjektiven Standpunkt abhängig ist und verdeutlicht, dass „Alter“ scheinbar einen relativen Zustand darstellt. Hierfür eine eindeutige Definition zu finden ist sehr schwierig. Tatsächlich gibt es verschiedene Sichtweisen und Kriterien, an denen man den Lebensabschnitt „Alter“ festmachen könnte. Im Folgenden finden sie einige Definitionsversuche von „Alter“, die im Laufe der Geschichte unternommen wurden:

Alt ist man ab 30 (James, 1890), weil es ab dann keine Veränderungen mehr gibt

Alt ist man ab 50 (Hall, 1922), weil ab dann die zweite Hälfte der maximalen Lebensspanne beginnt.

Alt ist man ab 65 (WHO – Weltgesundheitsorganisation), weil das in vielen Ländern die Grenze der Berufstätigkeit ist

Alt ist man, wenn man sich alt fühlt, weil diese subjektive Bewertung wichtige Informationen enthält.

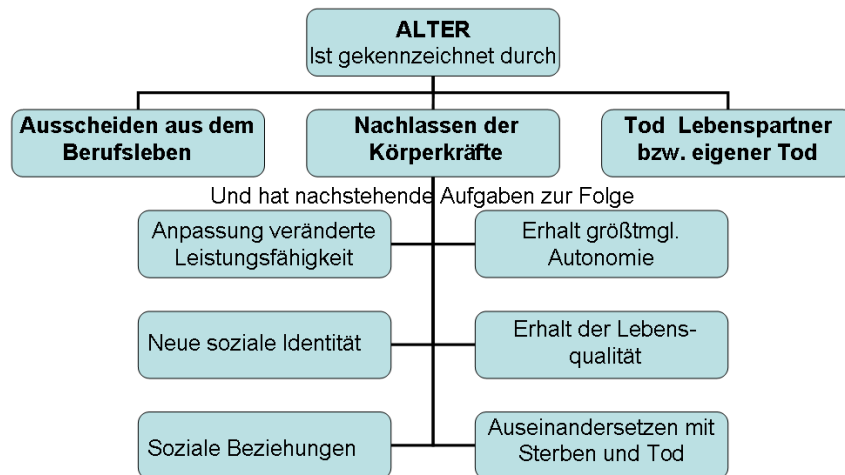
Alt ist man, je näher man dem Tod ist, weil diese Situation meist im Alter eintritt und die individuelle Belastung widerspiegelt: zeitlicher Abstand zum Tod als Gegenstück zum zeitlichen Abstand zur Geburt.

(Quelle: Wolter, 2011)

Um sich den Thema „Altern“ aus wissenschaftlicher und objektiver Sicht zu nähern, sollen im Weiteren drei Ansätze aus den Bereichen Medizin, Psychologie und Soziologie vorgestellt werden. Die Medizin versteht unter dem Lebensabschnitt „Altern“, die Veränderung von Zellen und Gewebe (die sogenannten „Altersphänomene“), wie zum Beispiel Veränderung des Bindegewebes, des Muskelaufbaus oder der Hör- und Sehorgane. Aus Sicht der Psychologie lässt sich das „Altern an der Veränderung im Verhalten und Erleben eines Menschen erkennen. Außerdem werden von ihr auch der Umgang des einzelnen, alten Menschen mit der Veränderung und die getroffenen Maßnahmen betrachtet. Die Soziologie wiederum richtet ihren Fokus auf das kalendarische Alter in Verbindung mit sozialen Rollen, den Rollenwechseln, und den Statusübergängen.

Also wie der arbeitstätige Familienvater zum berenteten Großvater wird und welche Erwartungen und Aufgaben an diese Rollen geknüpft sind.

Aus diesen drei zum Teil ähnlichen und zum Teil unterschiedlichen wissenschaftlichen Betrachtungsweisen, lassen sich nun folgende Merkmale für den Lebensabschnitt „Alter“ ableiten. Die zentralen Stationen bestehen aus dem Punkt „Ausscheiden aus dem Berufsleben“, „Nachlassen der Körperkräfte“ und „Tod des Lebenspartners bzw. eigener Tod“. Diese großen Themengebiete ergeben wiederum vielfältige und vielschichtige Problemstellungen, die vom Menschen beim Eintritt in diesen Lebensabschnitt bewältigt werden müssen.



Die Lebensqualität in dieser Lebensphase ist von der Art und Weise der Bewältigung der oben stehenden Aufgaben abhängig. Das heißt, inwiefern gelingt es dem Betreffenden beispielsweise so wenig wie möglich von der Hilfe anderer abhängig zu, sich in seine neue Rolle als Rentner und / oder Großvater einzuleben oder sich mit Einschränkungen seines Hörsinnes zu arrangieren. Mitunter können einzelne Aufgaben eine Überforderung für den alten Menschen darstellen und werden zunächst nicht gelöst. Dies könnte unter anderem eine von vielen Ursachen für die Entwicklung einer Abhängigkeitserkrankung bzw. für das Fortsetzen einer Abhängigkeitserkrankung im Alter sein.

1.2 Ethische Aspekte und Gender-Aspekte

1.2.1 Lebenssituation älterer Menschen in Deutschland

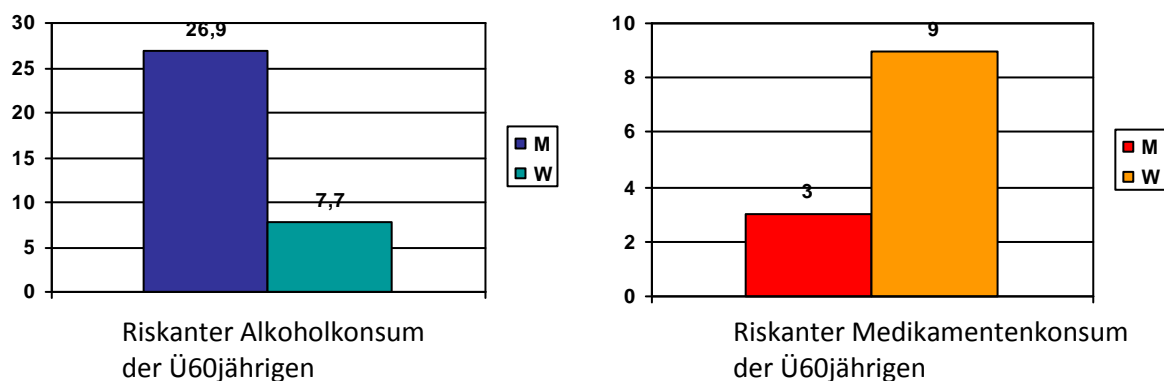
Die älteren Frauen und Männer in Deutschland haben eine recht hohe Lebenserwartung, die tendenziell steigen soll. Eine heute 80jährige Frau soll durchschnittlich bis zu 88,4 Jahre alt werden und ein ebenso 80jähriger Mann bis zu 86,9 Jahre. 31% der älteren Menschen sind alleinstehend. 58% leben als Paar und 11% leben in einer Wohngemeinschaft mit drei und mehr Personen. Das soziale Netz ist recht gut ausgebaut. Den Kontakt zu ihren Kindern halten 85%, 13% leben sogar in einem Haushalt mit ihnen. Außerdem haben 72-80% einen festen Freundeskreis. Des Weiteren zeichnet sich auch unter den älteren Menschen eine aktive Teilhabe an der Gesellschaft ab, was auf eine Wertschätzung ihrer Lebensleistung und ihrer Erfahrungen schließen lässt. Die Hälfte ist Mitglied in einem Verein oder Verband und 20 bis 31% zeigen bürgerschaftliches Engagement.

Der ideale, alte, deutsche Mensch ist sehr aktiv, sozial gut eingebunden (Familie und Gesellschaft) und materiell gut versorgt. In dieser Lebensphase ist für ihn ein positives Lebensgefühl von großer Bedeutung.

Deshalb ist es wichtig, dass es ihm gelingt, den Übergang von Beruf zum Ruhestand zu meistern. Hilfreich können dabei außerberufliche Interessen sein, die schon vor der Pensionierung bestanden. Außerdem sollte der Betreffende sein vergangenes Berufsleben mit Unterstützung der Gesellschaft und der Familie als gelungen betrachten können. Ebenso ist es unerlässlich, dass er sich mit der neuen Situation rechtzeitig auseinandersetzt und praktische Vorbereitungen trifft. Ein weiterer Faktor, der das positive Lebensgefühl beeinträchtigen könnte, ist die Erschütterung des Selbstwertes durch steigende Hilfe- und Pflegebedürftigkeit, womit auch Scham verbunden ist. Hierbei zeigt sich die Bestätigung der eigenen Person durch Familie, Freunde, Gesellschaft und erfüllende Hobbys, ausgestaltete Freizeit und / oder gesellschaftliche honoriertes Engagement von besonders starker Bedeutung.

1.2.2 Sucht als Kompensation

Falls die oben beschriebenen Aufgaben und Situationen nicht gemeistert werden könnten, kann es sein, dass der ältere Mensch das entstandene Ungleichgewicht bzw. sein negatives Lebensgefühl womöglich mit Hilfe von Suchtmitteln versucht zu kompensieren.



Wie die oben stehenden Grafiken verdeutlichen, betreiben 34,6% der über 60jährigen riskanten Alkoholkonsum und 12% riskanten Medikamentenkonsum. Die Verteilung von Männern und Frauen ist auch auffällig. Es konsumieren deutlich mehr Männer (26,9%) als Frauen (7,7%) Alkohol. Im Bereich der Medikamente ist es genau umgekehrt. Hier ist das Verhältnis eins zu drei.

Die Gruppe der alkoholabhängigen alten Menschen wird noch in zwei Teilgruppen unterschieden. Je nachdem wann die Abhängigkeitserkrankung begann, spricht man von den sogenannten „Late Onset“ oder den „Early Onset“. Mit „Late Onset“ werden die Personen bezeichnet, die Späteinsteiger sind und erst während der Lebensphase „Alter“ auf Grund der neuen, unbekannteren Situation Suchtmittel konsumieren und eine Abhängigkeitserkrankung entwickeln. Die „Early Onset“ wiederum sind Früheinsteiger, bei denen die Problematik bereits vor der Lebensphase „Alter“ bestand.

Im Zusammenhang mit dem Medikamentenkonsum alter Menschen, lässt sich beobachten, dass generell ca. 40% der Ü65jährigen bis zu 8 Wirkstoffe und mehr zu gleich ärztlich verordnet bekommen. Auf Grund von zusätzlicher Selbstmedikation wegen körperlicher oder psychischer Beschwerden ist die Tendenz steigend. Das und eine ärztliche, über langen Zeitraum verordnete, niedrige Dosis bestimmter Medikamente (bspw. Benzodiazepine) können zu einer schleichenden Abhängigkeitsentwicklung führen. Häufig spiegelt sich in dieser Handlungspraxis das Unwissen der Akteure über mögliche Folgen wider.

2 Alkohol und Medikamente

2.1 Substanzinformation

Alkohol

Reiner Alkohol (Ethanol oder Äthylalkohol) ist eine klare, farblose Flüssigkeit, die durch Vergärung zucker- oder stärkehaltiger Materialien entsteht.

Alkohol ist eine legale psychoaktive Substanz und gehört als Genussmittel gesetzlich zu den Lebensmitteln. Er wird in Dosierungen bis zu 80 Vol.-% in verschiedenen Getränken in Form von Bier, Sekt, Wein, Spirituosen / Branntwein oder Alkopops angeboten. Alkopops (auch Designerdrinks) nennt man fertige alkoholhaltige Mixgetränke auf der Basis von Limonaden oder Energy Drinks und hochprozentigen Alkoholika (z. B. Rum, Whisky, Wodka). Alkopops sind häufig in Flaschen zu 0,25 l oder 0,33 l abgefüllt und haben Alkoholgehalte von rund 5,5 Vol.-%, was etwa 2 Schnäpsen entspricht.

Wirkung

Alkohol gelangt über Schleimhäute in den Blutkreislauf und verteilt sich im Körpergewebe. Ein geringer Teil wird schon über Mund- und Magenschleimhaut ins Blut aufgenommen, der größere Teil gelangt jedoch über den Dünndarm in den Blutkreislauf.

Der Eintritt der Wirkung kann bis zu 60 min dauern und ist abhängig von Alkoholkonzentration, Kohlensäure- und Zuckergehalt des Getränks sowie vom Mageninhalt. Maximale

Konzentrationen werden im Blut etwa 1 – 1,5 h nach dem Trinken erreicht. Die Alkoholkonzentration im Blut wird in Promille (‰) angegeben. Der Promillewert ist gewichtsabhängig. Je höher das Körpergewicht ist, umso besser kann sich der Alkohol verteilen und führt somit zu einer geringeren Blutalkoholkonzentration.

Beim Alkoholkonsum werden Botenstoffe des Belohnungssystems im Gehirn verstärkt freigesetzt (z. B. Dopamin, Serotonin). Alkohol beeinflusst fast alle Transmittersysteme im Gehirn gleichzeitig. Die Alkoholmoleküle binden sich an viele verschiedene Rezeptoren und verändern die Impulsübertragung zwischen den Nervenzellen. Alkohol verzerrt das natürliche Gleichgewicht von Aktivität und Dämpfung im Gehirn, so dass alle Gehirnleistungen kontinuierlich abnehmen. Je mehr Alkohol in den Körper gelangt, desto stärker wirkt sich diese Dämpfung aus.

Wirkspektrum

Allgemeines Wohlbefinden, gehobene Stimmung (Euphorie), Wärmegefühl und Absinken der Körpertemperatur durch Erweiterung der Blutgefäße der Haut, erhöhter Tatendrang, gesteigerte Redseligkeit und verstärkter Harndrang können hervorgerufen werden. Je nach getrunkenen Menge sowie Set (psychische und körperliche Verfassung) und Setting (Rahmenbedingungen des Konsums) kann Alkohol anregend, entspannend und enthemmend wirken. In höheren Dosen kann Alkohol stark betäubend wirken; Selbstüberschätzung, Herabsetzen der Selbstkritikfähigkeit und der Bewegungskoordination, Probleme bei der Entfernungseinschätzung, Sprachstörungen (Lallen), Koordinations- und Gleichgewichtsstörungen, verminderte Merkfähigkeit, steigende Risikobereitschaft sowie Aggressivität sind möglich.

Alkohol wird zum größten Teil von der Leber abgebaut. Nur ein geringer Teil wird abgeatmet, durch Urin ausgeschieden oder ausgeschwitzt. Pro Stunde werden ca. 0,1 – 0,3 ‰ abgebaut.

Für Alkopops gilt: Der Geschmack des Alkohols wird größtenteils durch den Zusatz von Zucker, Aromen und Fruchtsäuren überlagert. Dennoch wirkt der enthaltene Alkohol. Zucker sowie Kohlensäure bewirken zusätzlich, dass der Alkohol besonders leicht ins Blut aufgenommen wird! Manche dieser Getränke sind zudem mit weiteren psychoaktiv wirkenden Stoffen wie Guarana oder Koffein angereichert, um zusätzlich aufputschende Effekte zu erzielen. Bei diesen Mischungen kommt es zu erhöhter Aufmerksamkeit, Wachheit und verstärktem Rededrang.

Kurzzeit-Nebenwirkungen

Verminderte Sehleistung, eingeschränkte Hör- / Konzentrationsfähigkeit, verlängerte Reaktionszeit. »Kater« in Form von Kopfschmerzen, Übelkeit, Schwindel und Mattheit können nach Abklingen der Wirkung auftreten! Bei hohen Dosen Gedächtnisverlust (Black Out), Übelkeit und Erbrechen möglich. Alkohol ist ein Zellgift!

Zerstörerisch wirkt es ab einer täglichen Menge von ca. 20 – 60 g reinen Alkohols (entspricht etwa 1 l Bier bzw. 0,5 l Wein). Die Atmung ist bei steigender Dosierung gehemmt; sehr hoher Blutalkoholgehalt kann zu Atemlähmung und damit zum Tod durch Atemstillstand führen [Alkoholvergiftung etwa ab 3 ‰].

Langzeit-Nebenwirkungen

Dauerhafter starker Alkoholgebrauch schädigt die Leber, das Nervensystem, den Magen-Darm-Trakt, das Herz sowie die Bauchspeicheldrüse und kann bei Männern zu Impotenz führen.

Toleranzbildung: die Dosis muss erhöht werden, um die gleiche Wirkung zu erzielen. Durch die entwässernde Wirkung des Alkohols werden Nährstoffe schneller aus dem Körper gespült. Hungergefühle werden durch häufigen Alkoholkonsum unterdrückt. Das Körperabwehrsystem wird dadurch (stark) geschwächt.

Außerdem möglich: Hautveränderungen, vorzeitiges Altern, Schlafstörungen, Depressionen, Zerstörung von Gehirnzellen, Leberschädigungen (Leberzirrhosen, Fettleber etc.). Die geistige Leistungsfähigkeit sinkt. Es besteht das Risiko einer körperlichen und psychischen Abhängigkeit! Ein Alkoholentzug sollte nur unter ärztlicher Aufsicht erfolgen, da schwerwiegende, zum Teil lebensgefährliche körperliche Entzugserscheinungen auftreten können.

Durch jahre- bzw. jahrzehntelangen häufigen und hoch dosierten Alkoholkonsum ist eine schrittweise Einschränkung der Gedächtnisleistung möglich (Korsakow-Syndrom).

Safer Use

Bedenke: Alkohol ist eine legale und gesellschaftlich akzeptierte Droge. Das bedeutet aber nicht zwangsläufig, dass diese psychoaktiv wirkende Substanz risikoarm und gesundheitlich unbedenklich ist!

Alkohol nicht auf leeren Magen trinken. Möglichst kein Mischkonsum verschiedener alkoholischer Getränke. Trinke nicht aus Langeweile oder wenn es Dir schlecht geht. Versuche zu vermeiden, größere Mengen Alkohol zu trinken, vor allem wenn Du allein bist. Nimm nach jedem alkoholischen Getränk ein nichtalkoholisches Getränk zu Dir [am besten zimmerwarmes Wasser ohne Kohlensäure, Tee], um der Dehydrierung entgegen zu wirken. Ernähre Dich möglichst ausgewogen, um den Nährstoffverlust auszugleichen. Bei Problemen mit Nieren,

Magen und Leber raten wir vom Alkoholkonsum ab. Auch wenn Du betrunken bist, gilt: Kondome schützen vor Ansteckung mit HIV und anderen Krankheitserregern sowie ungewollter Schwangerschaft. Keine Körperflüssigkeiten in den Mund! Da Koordinations- und Gleichgewichtsstörungen, Probleme bei der Entfernungseinschätzung sowie eine Verminderung der Reaktionszeit auftreten können, solltest Du Tätigkeiten vermeiden, bei denen Du Dich und Andere in Gefahr bringen kannst: Baden gehen, Auto oder Fahrrad fahren, auf Dächer klettern etc. Wenn jemand im Alkoholrausch einschläft, regelmäßig Atmung und Puls kontrollieren, Person in bequeme Liegestellung bringen (möglichst stabile Seitenlage); bei Übelkeit und Erbrechen: Mundhöhle frei räumen – Erstickungsgefahr! Bist Du Dir unsicher, ob die Person bereits bewusstlos ist: Notarzt / Notärztin rufen! Alkohol kann Dich in einen betäubten, hilflosen Zustand versetzen – achte darauf, mit wem Du unterwegs bist. Ausgiebige Konsumpausen und Erholungsphasen einplanen und einhalten! Alkopops: Da man den Alkohol kaum schmeckt, kann es schnell zu Fehleinschätzungen bezüglich der konsumierten Menge kommen. Außerdem gelangt der Alkohol bei diesen Getränken durch Zucker und Kohlensäure besonders leicht und schnell ins Blut. Die Gefahr einer Überdosierung steigt. Achte deshalb auf die getrunkene Alkoholmenge!

Female Special

Bei Frauen ist der Flüssigkeitsgehalt des Körpers niedriger (ca. 55 %) als bei Männern (ca. 68 %), deshalb verteilt sich der Alkohol bei Frauen auf weniger Flüssigkeit. Somit ist die Alkoholkonzentration im Blut (Promille) bei gleicher getrunkenen Menge höher als bei Männern. Frauen haben bei gleichem Körpergewicht einen höheren Fettanteil als Männer. Außerdem kommt das Alkoholabbauenzym ADH bei Frauen nur in der Leber, bei Männern zusätzlich auch im Magen vor. Aus diesen Gründen kommt es zu einem verzögerten Abbau. Der Konsum von Alkohol kann zu Erbrechen führen. Tritt diese Nebenwirkung bis zu 4 h nach Einnahme der Pille auf, gelangt u. U. zu wenig Wirkstoff der Pille in den Blutkreislauf, so dass eine Schwangerschaft möglich ist.

Medikamente, hier am Beispiel von Benzodiazepinen

Benzodiazepine = Gruppe psychoaktiver Medikamente, die als Entspannungs- und Beruhigungsmittel (Tranquilizer) oder als Schlafmittel (Hypnotika) verabreicht werden. Sie fanden ursprünglich in der Narkosemedizin Anwendung und werden heute in der Medizin bei Symptomen wie Angst, Depression, Unruhe, Wahn, Halluzinationen oder Schlaflosigkeit verwendet. Anders als bei Barbituraten unterdrücken sie nicht die REM-Phase (Traumphase) oder hinterlassen einen Hang Over (Schwächegefühl nach dem Schlaf), was dazu führt, dass sie heute zu den am häufigsten verschriebenen Beruhigungsmitteln gehören. Benzodiazepine werden meist in Form von Tabletten gehandelt, die geschluckt, gesnieft und gespritzt werden können. Bekannteste Vertreter sind Rohypnol® (Flunitrazepam) und Valium®/ Faustan® (Diazepam). Benzodiazepine werden auch "Benzos", "Rohpies" und "Dias" genannt.

Wirkung

Wirkungseintritt hängt von der Art der Einnahme ab: Oral nach ca. 15 min, nasal nach ca. 5 min, intravenös nach 0,5 min. Dauer und Intensität der Wirkung ist je nach Medikament und Dosis unterschiedlich, von 1,5 bis zu 48 Stunden. Benzodiazepine können erregungs- und angstmindernd, einschläfernd, muskelentspannend, antiepileptisch und mitunter antidepressiv wirken. Besonders in hohen Dosen kommt es zu erheblicher Beruhigung und Schläfrigkeit..

Kurzzeitnebenwirkungen

Es können auftreten: Müdigkeit, Konzentrationsschwäche, starke Einschränkung der Reaktionsfähigkeit, Sekundenschlaf, Reflexdämpfung, eingeschränkte räumliche Koordination, Störungen in der Bewegungssteuerung, Benommenheit, Mattigkeit, Kopfschmerzen, Oberbauchbeschwerden, Verstopfung, Durchfall, Schwierigkeiten beim Wasserlassen.

Außerdem sind möglich: Überempfindlichkeitsreaktionen (Allergien), gesteigerte Aggressivität, Erinnerungslücken, Schaum vor dem Mund, Störungen in der Bewegungssteuerung, geistige Verwirrtheit, Desorientierung und Artikulationsstörungen (undeutliches, zusammenhangloses Sprechen, "Labern").

Langzeitnebenwirkungen

Plötzliches Absetzen der Benzodiazepine nach längerem Gebrauch führt zu einer "Rebound"-Reaktion, d.h. Beschwerden, gegen die die Benzodiazepine angewendet wurden (Ruhelosigkeit, Schlafstörungen), treten verstärkt auf (physische Abhängigkeit). Es besteht auch die Gefahr, die Substanz zwanghaft zu konsumieren, um negativ empfundene Befindlichkeitsänderungen zu dämpfen (psychische Abhängigkeit).

Des Weiteren können bei längerem, regelmäßigem Konsum folgende Symptome auftreten: Bewegungs- und Gangunsicherheit (Torkeln), Muskelschwäche, Schwindelgefühle, Verwirrtheit, akute Erregungszustände, Wutanfälle, Sehstörungen, Doppelbilder, Erinnerungslücken, gesteigerte Aggressivität, Depressionen, Halluzinationen.

Und bei Entzug: Schlaflosigkeit, Angstzustände, innere Unruhe, Erbrechen, Zittern, Schwitzen, Muskelzuckungen, Krampfanfälle und Psychosen. Bei Langzeitgebrauch ist außerdem eine Umkehrung der regulären, gewünschten Wirkung möglich

Safer Use

Tabletten sind nicht zum Spritzen da!!! Die Tabletteninhaltsstoffe (z.B. Farbstoffe, Maisstärke) können sich, wenn sie direkt in die Blutbahn injiziert werden, in den Venen ablagern. Dies kann zu einem venösen Verschluss führen. Eine Folge davon kann das Absterben von Gliedmaßen und eine mögliche Amputation sein. Verschiedene Tablettenhilfsstoffe können sich auch in den Organen ablagern und dort zu schwerwiegenden Störungen führen.

Durch die Nase gezogen wirken Benzodiazepine bei weitem nicht so intensiv wie nach oraler Einnahme, da die Schleimhäute nicht soviel aufnehmen können. Außerdem werden die Schleimhäute geschädigt, bei chronischem Konsum sogar irreparabel.

Kein Mischkonsum, speziell mit Alkohol, Heroin oder Schlafmitteln! Besonders in Verbindung mit Alkohol besteht die Gefahr von Überdosierungen, da man das Gefühl hat, mehr zu vertragen. Außerdem wird die atemdepressive (atemlähmende) Wirkung des Alkohols noch verstärkt - Erstickungsgefahr!

Bei Mischung von Benzodiazepinen und Heroin kann man in einen schmerzunempfindlichen Tiefschlaf fallen - Gefahr von Erfrierungen im Winter, Verbrennungen durch Einschlafen an Heizkörpern oder Einschlafen mit brennender Zigarette.

Durch die Einnahme einer unglücklichen Position im berauschten Zustand, der über einen längeren Zeitraum ohne Stellungswechsel anhält, besteht für die/den GebraucherIn auch das Risiko einer Nervenlähmung in Form einer "Fallhand" oder eines "Fallfußes".

Allgemeine Unfallgefahr durch muskelentspannende und einschläfernde Wirkung!

Konsumentinnen wirken in diesem Stadium oft hilflos - deshalb in vertrauter Umgebung/in Anwesenheit von FreundInnen konsumieren! Lass Menschen in dieser Situation nicht allein!

Female Special

Der Konsum von Benzodiazepinen kann dazu führen, dass Menstruationsbeschwerden verstärkt, die Fruchtbarkeit beeinträchtigt und, seltener, der Monatszyklus gestört werden [unregelmäßige oder ausbleibende Periode]. Dennoch ist eine Schwangerschaft möglich! DESHALB: auch in diesem Fall mit Kondomen vor ungewollten Schwangerschaften und sexuell übertragbaren Krankheiten schützen!

Die Einnahme von Benzodiazepinen während der Schwangerschaft kann Fehlbildungen und Abhängigkeit des Fötus verursachen.

(Quelle: drugscouts, 2011)

2.2 Wechselwirkungen

Das gleichzeitige Konsumieren oder der unmittelbar aufeinanderfolgende Konsum von Alkohol und Medikamenten birgt verschiedene Gefahren. Die Wechselwirkungen der Substanzen sind nicht absehbar und lassen sich nicht kontrollieren. Es besteht zum Beispiel die Gefahr der Überdosierung des Medikamentes, der atemlähmenden Wirkung, der übermäßigen Herz-Kreislaufbelastung, eines Blackouts, der gegenseitigen Wirkungsverstärkung oder das Aufheben der Wirkung sowie / oder einer Funktionsstörung von Leber und Nieren

2.3 Was ist risikoarmer Konsum? Was ist gefährlich?

Unter einem risikoarmen Konsum versteht man, laut der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS), bei einem Mann z. B. das Trinken eines großen Biers (0,5l) und bei einer Frau zirka die Hälfte der genannten Menge. Diese Menge sollte nicht regelmäßig und nicht jeden Tag konsumiert werden. Alles, was über den angegebenen Werten liegt und den Wert von 60g (beim Mann) bzw. 30g (bei der Frau) reinen Alkohols nicht übersteigt, gilt als riskanter Konsum.

| | Risikoarmer Konsum | Riskanter Konsum |
|--------|--------------------|------------------|
| Männer | 20- 24 g | 24- 60 g |
| Frauen | 10- 12 g | 12- 30 g |

➤ 1 Standard Drink (SD) = 14 g reiner Alkohol



Bier 4,5- 5,5 %
0,5 l = 1,5 SD



Wein: 7- 10 %
0,25 l = 1,5 SD



Likör/Snaps: 24- 50 %
2cl = 0,5 SD

Bei der Anwendung der Angaben und der Überprüfung des eigenen Konsums oder des Konsums einer Bezugsperson ist zu beachten, dass sich die Angaben auf einen gesunden, jungen Menschen beziehen – mit zunehmenden Alter sind die Werte rückläufig!

3 Verbesserung der Lebensqualität als Behandlungsziel

Ausgehend von den vorangegangenen Darstellungen und Informationen ergibt sich natürlich die Frage, welche Zielstellung bei der Behandlung von abhängigkeitskranken Menschen formuliert und verfolgt werden sollte.



Aus der hier abgebildeten Grafik geht hervor, dass es nicht nur eine Zielstellung gibt, sondern viel mehr verschiedene Ziele, welche aufeinander aufbauen. Das heißt, je nach Lebenssituation und persönlichen Wünschen sowie Voraussetzungen, kann es zum Beispiel schon für den Betroffenen ausreichend sein, wenn sein Überleben gesichert wird (unterste Stufe der Pyramide). Für einen anderen Konsumenten ist es u. a. schon eine Verbesserung seiner Situation, wenn er seinen Konsum reduziert und öfter Zeitabschnitte in seinen Alltag integriert, in denen er nicht konsumiert. Das hohe Ziel der Abstinenz ist damit auch nicht in jedem Fall das „richtige“ Ziel, welches zur Lebenszufriedenheit des Einzelnen beiträgt.

Unter Berücksichtigung der hier vorgenommenen Betrachtungen, lassen sich für die Behandlung von suchtkranken, alten Menschen, die in einer Einrichtung der Altenhilfe leben, folgende konkrete Behandlungsziele und Behandlungsaufgaben ableiten.

Es ist unerlässlich, eine feste Tages- und Wochenstruktur bei dem Betroffenen aufzubauen. Des Weiteren sollte er in sein soziales Umfeld bei Aufrechterhaltung höchstmöglicher Autonomie integriert werden, zum Beispiel durch das Zuteilen von Aufgaben für das Gemeinwohl. Das behandelnde Personal ist außerdem dazu angehalten, besonders auf die Ernährung, die Gesundheit und auf den Erhalt der kognitiven Funktionen der Betroffenen zu achten. Weitere, behandlungsdürftige Problemfelder im Sinne einer zu verbessernden Lebensqualität könnten der Umgang mit Konflikten, festgefahrenen Trauerprozessen, soziale Ängste oder eine „falsche“ Vorstellung von Schlaf sein. Durch die Behandlung sollten die Betroffenen dann in der Lage sein, mit Konflikten umgehen zu können, ihren Trauerprozess adäquat abzuschließen und zu erkennen, dass z. B. fünf Stunden Nachtschlaf in ihrem Alter völlig ausreichend sind (bspw. mit zusätzlichem Mittagsschlaf oder kleinen, kürzeren Nickerchen über den Tag verteilt). Während der gesamten Behandlung wäre es wünschenswert, wenn die Familie und Freunde miteinbezogen werden könnten bzw. der Kontakt zu diesen wieder reaktiviert sowie intensiviert werden würde.

Basisschulung C

1 Co-Abhängigkeit

1.1 Definition und Erklärungsansätze

Jörg Fengler beschreibt im „Handbuch der Suchtbehandlung“ (2002) Co-Abhängigkeit wie folgt:

„Co-Abhängigkeit bezeichnet Haltungen, **Verhaltensweisen** und Status von Personen, Gruppen und Institutionen, die **durch Tun** oder **Unterlassen dazu beitragen**, dass der süchtige oder suchtgefährdete Mensch **süchtig** oder suchtgefährdet **bleiben** kann.“

Wird versucht, sich der Thematik zu nähern, kommen vielleicht assoziierte Begrifflichkeiten wie „Persönlichkeitsstörung“, „Helfersyndrom“, „Beziehungssucht“, „Die Sucht, anderen zu helfen“ u.ä. in den Sinn. Diese tauchen, werden Erklärungsansätze für die Entwicklung co-abhängigen Verhaltens betrachtet, wieder auf.

Obwohl das Phänomen der Co-Abhängigkeit bislang wissenschaftlich hauptsächlich in Bezug auf Alkoholabhängigkeit untersucht worden ist, kann es ganz klar auf alle Süchte und auch Lebensbereiche in denen sich ein suchtkranker Mensch bewegt, übertragen werden. Die Theorie von hauptsächlich weiblichen Co-Abhängigen rückt zunehmend in den Hintergrund – es muss von Helfern und Helferinnen, die oftmals „nur das Beste“ wollen, gesprochen werden. Theoretische Erklärungen, wie eine Co-Abhängigkeit entsteht sind hauptsächlich in

- Persönlichkeitsstörungen (abhängig-selbstunsichere Persönlichkeit)
- „Falscher Fürsorge“ – übermäßiges Lieben
- Wiederholungszwängen (Verhaltensübernahme aus der Kindheit) zu sehen.

1.2 Die Mitspieler im Schauspiel „Sucht“

Im dramatischen, sich wiederholenden Schauspiel „Suchterkrankung“ gibt es mehrere miteinander kooperierende „Mitspieler“. Zwischen Abhängigen und Nicht-Erkranktem entstehen oftmals absichtslos kontrollierende Verhaltensmuster, die stillschweigend akzeptiert, unterdrückt oder wiederholt werden und sich im Kreise drehen und keiner gewinnt dabei.

Der suchtkranke Mensch hat ein soziales Umfeld: Freunde, Partner, Gesellschaft, Kinder, Ärzte, Arbeitskollegen, Eltern. Von diesen gehen oft Drohungen, Schuldzuweisungen, Bittapelle und Vorwürfe aus. Versprechungen seitens des Abhängigen münden in Enttäuschung. Drohungen und Anklagen seitens des Umfelds enden in Inkonsequenz und Hilflosigkeit.

Folgende Verhaltensmuster sind typisch für die verschiedenen handelnden Personen um den Suchtkranken.

Partner:

Ehepartner suchtkranker Menschen sind oftmals von Schamgefühlen und Drang, das familiäre Ansehen zu schützen, erfüllt. Sie vermeiden daher oft lange Zeit eine äußere (öffentliche) und innere Auseinandersetzung mit dem Thema. Der Substanzmissbrauch wird „übersehen“, verharmlost, vertuscht. Damit wird dem suchtkranken Partner unwillentlich, jedoch unweigerlich, geholfen, die negativen Konsequenzen seiner Sucht wahrzunehmen. Manche Partner können keine klare Grenze

zwischen sich und dem Süchtigen ziehen und machen dessen Aufgaben und Probleme zum eigenen. Sie verleumden, lügen und beschaffen sogar Suchtmittel für den Partner. Drohungen („Ich ziehe aus“) werden zu oft ausgesprochen und im Ernstfall nicht eingehalten.

Kinder:

Besonders tragisch ist die Rolle der Kinder suchtkranker Familienmitglieder. Kinder verfügen noch nicht über so ausgeprägte Bewältigungsstrategien wie Erwachsene und leiden ihr ganzes Leben unter den Folgen.

Mit übermäßigem Pflichtbewusstsein, übernehmen sie, aus Liebe, elterliche Rollen wie Haushaltsführung und Kinderbetreuung. Sie können nicht mehr kindgemäß agieren und dürfen nach außen hin keine Schwäche zeigen. Kinder handeln auch aus Schuld und Schamgefühlen heraus. Sie verschweigen häufig die Sucht ihrer Eltern, anstatt sich an eine Vertrauensperson zu wenden. Sie möchten die Familie auch nicht verraten und stecken somit in einem ständigen inneren Konflikt, den sie nur mit sich ausmachen können.

Freunde/Arbeitskollegen:

Freunde und Arbeitskollegen werden zu Unterstützern der Sucht, so sie z.B. Aufgaben des süchtigen Kollegen bereitwillig übernehmen, dabei über seine Krankheit sprechen – aber leider häufig nicht mit dem Betroffenen.

In männlichen Domänen wird Trinkfestigkeit auch gerühmt, oder sogar zum Mittrinken animiert, selbst in dem Wissen, dass der Kollege eine Entwöhnungsbehandlung hinter sich hat und versucht, abstinent zu leben.

1.3 Hilfe bedeutet manchmal *Nichthelfen*

Was machen nun in eine Co-Abhängigkeit gerutschte Personen falsch und mit welchem Handeln würden sie einem Süchtigen tatsächlich helfen?

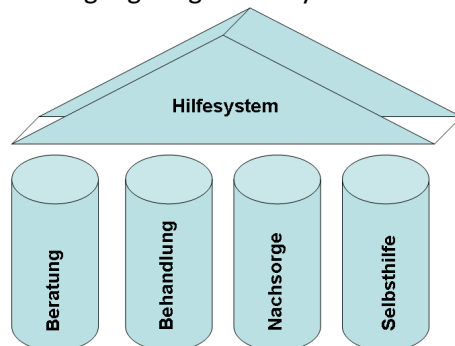
Zunächst sollten zwei wichtige Grundansätze bedacht werden: Helfen bedeutet manchmal Nichthelfen und zum Anderen: Die Verstrickung in die (Sucht-) Probleme eines anderen erst mal für sich zu erkennen, hilft, sich von diesen zu distanzieren.

Um Veränderungen in dem Suchtverhalten zu erzielen (Konsumreduzierung, Krankheitseinsicht etc.) muss zunächst die Kommunikation und eigenes Rollenverhalten geändert werden. Jegliche Diskussionen, Drohungen und Vorwürfe sollten eingestellt werden. Der Co-Abhängige sollte zunächst gut für sich selbst sorgen und sein Leben eigenständig selbst gestalten. Dies heißt nicht, sich von dem Menschen abzuwenden – aber unbedingt von der Suchtproblematik. Die eigenen Lähmung und Hilflosigkeit, die eine Teufelskreis ist, muss aufgehoben werden. Dies kann mit dem Aufsuchen einer professionellen Selbsthilfe- oder Beratungsstelle sein, wie auch das Beenden vom Verschweigen des Suchtproblems des Partners.

Unabdingbar ist es, den Süchtigen einen Leidensdruck entwickeln zu lassen. Wird nicht mehr alles erleichtert, verdeckt und abgenommen, spürt der Betroffene erstmalig die negativen Seiten seines Suchtverhaltens. Leidensdruck ist die wichtigste Voraussetzung, um eine Therapie anzustreben.

2 Vorstellung des Hilfesystems

Das Suchthilfesystem basiert auf vier Säulen: Beratung, Behandlung, Nachsorge und Selbsthilfe. Die Zugangswege zum System sind vielfältig. Es könnten z. B. die Angehörigen sein oder Ärzte, die



den Betroffenen veranlassen, Kontakt mit einer Suchtberatungsstelle aufzunehmen. Im Rahmen der Beratung öffnen sich dem Betroffenen verschiedenste Behandlungsmöglichkeiten. Neben stationären und teilstationären Angeboten, kann bspw. eine Entgiftung oder Therapie auch ambulant erfolgen. In einigen Fällen ist auch eine sogenannte Substitution (Behandlung mit einer Ersatzsubstanz) sinnvoll, um die Entzugserscheinungen zu mildern und um bspw. Beschaffungskriminalität zu unterbinden. An die erfolgreiche Behandlung schließen sich

dann verschiedenste Formen der Nachbetreuung an, die ebenfalls stationär oder ambulant (Nachsorge und Adaption) erfolgen können. Viele Selbstbetroffene besuchen nach ihrer Therapie und ihrer ambulanten Nachsorge noch jahrelang die von ihnen als besonders hilfreich beschriebenen Selbsthilfegruppen.

Jedoch sind nicht nur Betroffene die Zielgruppe einer Beratungsstelle. Die Informationen und die Unterstützung der Berater vor Ort stehen natürlich auch Angehörigen und Freunden von Betroffenen, sowie Fachleuten zur Verfügung. Außerdem ist hervorzuheben, dass Suchtberatung in jedem Fall kostenlos ist und die Berater über die Schweigepflicht und das Zeugnisverweigerungsrecht verfügen.

3 Handlungsanleitung/ Interventionsschritte

Zum Thema „Umgang mit abhängigkeitskranken Bewohnern“ sollte es in jeder Altenhilfeeinrichtungen, die mit dieser Klientel arbeitet, für die Mitarbeiter eine entsprechende Handlungsanleitung geben. Diese Anleitung könnte u. a. folgende Schwerpunkte beinhalten:

- Bestandsaufnahme - Dokumentation
- Beobachtung – Verhaltensänderung
- Gespräch mit Betroffenen
- Kurzfragebogen / Test – vll. bei Sozialpäd. oder Suchthelfer
- Hierarchie beachten
- Alkohol kaufen? Alkohol geben?
- Rückmeldung an Arzt geben

In jedem Fall ist solch eine Handlungsanleitung an die jeweilige Einrichtung anzupassen und mit der Einrichtungsleitung abzustimmen. Im Rahmen des Projektes erhalten alle teilnehmenden Einrichtungen, die Möglichkeit, gemeinsam mit der kooperierenden Suchthilfeeinrichtung eine solche Handlungsanleitung zu erstellen, insofern noch keine existiert.

Anlagen

Anlagenverzeichnis

| Anlage Nr. | Titel | Seite |
|------------|---|-------|
| Anlage 1 | Über Substanzprobleme sprechen | 24 |
| Anlage 2 | Wie Sie über Suchtprobleme sprechen können | 26 |
| Anlage 3 | Motivierende Gesprächsführung | 28 |
| Anlage 4 | Kurze Motivierende Intervention | 33 |
| Anlage 5 | Kopiervorlage „Gefährdet Alkohol meine Gesundheit?“ | 35 |
| Anlage 6 | Kopiervorlage „Medikamente“ | 37 |

Anlage 1 „Über Substanzprobleme sprechen“

5 Über Substanzprobleme sprechen

Viele Untersuchungen belegen, dass es hilfreich ist, wenn Betroffene auf ein (vermutetes) Substanzproblem angesprochen und auf Hilfeangebote hingewiesen werden. Das bestätigen auch die Statistiken der Hilfeeinrichtungen im Suchtbereich: Zwei von drei Hilfesuchenden kommen über die Vermittlung von Freunden und Angehörigen, über Arztpraxen, Sozialverwaltungen oder Justiz in die Einrichtungen.

Andererseits fällt es vielen Menschen schwer, einen anderen – egal ob dieser jung oder alt ist – auf ein (vermutetes) Alkohol- oder Medikamentenproblem oder das Thema Rauchen anzusprechen. Das gilt für Angehörige und Freunde, aber auch für die Angehörigen der verschiedenen Gesundheitsberufe. Sie befürchten Auseinandersetzungen sowie eine dauerhafte Belastung der Beziehung und schlimmstenfalls den Abbruch des Kontakts.

Unbegründet sind solche Bedenken nicht, vor allem wenn das Problem bislang verleugnet und verdrängt wurde. Schuld- und Schamgefühle, das Gefühl, bloßgestellt zu werden, und natürlich die Angst, auf das gewohnte Suchtmittel verzichten zu müssen, können zu heftiger Abwehr führen. Manchmal verstricken sich die betroffene Person und die Menschen, die ihr helfen wollen, in einen kräftezehrenden Kampf um das Suchtmittel, ohne dass sich etwas zum Besseren wendet. Das passiert vor allem zwischen nahen Verwandten, kann jedoch auch in anderen Verhältnissen geschehen. In diesem Fall ist es wichtig, wieder etwas Abstand zu finden und eventuell selbst Beratung anzunehmen. Ein Anruf bei einem der Informations- und Beratungstelefone kann ein erster Schritt sein.

Die Hinweise und Informationen auf den folgenden Seiten sollen dazu beitragen, dass die Chancen eines solchen Gesprächs bestmöglich genutzt werden.

1 Das Arbeitsblatt »Wie Sie über Suchtprobleme sprechen können« hilft, sich auf ein offenes, konstruktives Gespräch vorzubereiten. Es ist vor allem für Menschen gedacht, die im alltäglichen Umgang als Familienangehörige, Kollegin oder Kollege, Nachbarin bzw. Nachbar etc. auf ein Substanzproblem aufmerksam geworden sind. Dieses Gespräch muss von Verbindlichkeit und Wertschätzung geprägt sein. Ziel des Gesprächs ist es nicht, der angesprochenen Person Missbrauch oder Abhängigkeit nachzuweisen, sondern ihr Unterstützung anzubieten und ihre Bereitschaft zur Veränderung zu fördern.

2 Ein Beratungskonzept, das in den letzten Jahren weite Verbreitung gefunden hat, ist die Technik der Motivierenden Gesprächsführung. Eine kurze Darstellung ihrer Grundlagen soll eine Vorstellung davon vermitteln, wie ein Veränderungsprozess bei den Betroffenen angeregt und unterstützt werden kann. Diese Hinweise können dazu beitragen, im Umgang mit den Betroffenen den richtigen Ton zu finden und Geduld zu haben. Sie ersetzen natürlich nicht eine Schulung bzw. intensive Beschäftigung mit dem Thema, wenn derartige Gespräche professionell geführt werden sollen.

3 Auf Grundlage der Motivierenden Gesprächsführung wurde das Konzept der Motivierenden Kurzintervention entwickelt. Diese Gesprächstechnik ist leicht zu erlernen und eignet sich z. B. zum Einsatz in der ärztlichen Sprechstunde. Darüber hinaus kann diese Gesprächstechnik von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus anderen Berufsfeldern wie Sozialpädagogik und Sozialarbeit, Psychologie, Kranken- und Altenpflege und Ernährungsberatung sowie verschiedenen Einrichtungen des Gesundheitswesens, etwa Gesundheitsamt oder Krankenkasse, angewandt werden.

Die Darstellung der Technik der Motivierenden Gesprächsführung beruht auf dem Buch »Motivierende Gesprächsführung« von William R. Miller und Stephen Rollnick. Trainer, die selbst eine entsprechende Ausbildung absolviert haben und Motivierende Gesprächsführung unterrichten, sind im Motivational Interviewing Network of Trainers (MINT) zusammengeschlossen. (siehe Seite 89)

Weitere Auskünfte und Kontaktadressen vermittelt auch die DHS. (siehe Seite 101)

Hinweise auf verschiedene empfehlenswerte substanzspezifische Gesprächsleitfäden für Ärztinnen und Ärzte und die Angehörigen anderer Gesundheitsberufe, enthalten die Kapitel 2 bis 4. Titel und Bezugsadressen sind in den Anhängen dieser Kapitel vermerkt.

(Quelle: DHS: Substanzbezogene Störungen im Alter. Informationen und Praxishilfen. 2011)

Anlage 2 „Wie Sie über Suchtprobleme sprechen können“

5.1 Wie Sie über Suchtprobleme sprechen können

Wie Sie über Suchtprobleme sprechen können

Verbindlicher Einstieg

»Frau/Herr ..., wir kennen uns jetzt schon so lange, und ich komme gerne zu Ihnen. Darf ich Sie heute einmal auf etwas Persönliches ansprechen?«

»Frau/Herr ..., vor einigen Tagen haben wir zusammen Ihren Arzneimittelvorrat gesichtet. Mir ist dabei etwas aufgefallen, über das ich heute mit Ihnen sprechen möchte.«

»Elisabeth, seit 15 Jahren gehen wir jetzt schon zusammen kegeln. Seit einiger Zeit mache ich mir Sorgen um dich.«

Wie könnte Ihr persönlicher Gesprächseinstieg aussehen?

Was fällt Ihnen auf? Worüber sind Sie besorgt? Welchen Grund vermuten Sie?

»Du hast immer seltener Lust, mit mir spazieren zu gehen. Das finde ich schade. Ich frage mich, ob das mit deinem Alkoholkonsum in Zusammenhang steht.«

»Ich mache mir Sorgen um Ihre Gesundheit. Ich sehe so viele Flaschen.«

»Sie sind in der letzten Zeit zweimal gestürzt. Zum Glück haben Sie sich nicht verletzt. Ich frage mich aber, ob das mit Ihren Schlaftabletten in Zusammenhang steht.«

»Das Treppensteigen scheint Sie sehr anzustrengen. Ich denke, dass das Rauchen dafür zumindest teilweise verantwortlich ist.«

**Was schlagen Sie vor? Welche Informationen können Sie anbieten?
Auf welche Anlaufstelle können Sie verweisen?**

Informationsbroschüren und Tests können den Betroffenen helfen, mehr Klarheit über ihren u. U. problematischen Konsum und seine möglichen Folgen zu erlangen. Selbsthilfeleitfäden haben sich als wirksame Unterstützung bei der Veränderung problematischer Konsummuster bewährt.

Hinweise auf kostenlos erhältliche Medien, die Sie an die Betroffenen weitergeben können, finden Sie in den Anhängen der Kapitel 2 bis 4.

Kurzfragebögen zu Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit bzw. zum problematischen Medikamentengebrauch, die Sie bei Bedarf kopieren können, finden Sie auf Seite 96, 97 bzw. 99 dieser Broschüre.

Zudem ist es empfehlenswert, wenn Sie auf eine Anlaufstelle vor Ort verweisen. In jedem Fall sollten Sie die Nummer eines Informations- und Beratungstelefon auf einer Karte notieren und diese Karte der angesprochenen Person übergeben.

Gesprächsabschluss

Vielleicht wird die von Ihnen angesprochene Person mit Ablehnung, Ärger, Ausflüchten oder Aggressivität reagieren. Nicht hilfreich ist es, über Trinkmengen, Zahl der gerauchten Zigaretten, die Gefährlichkeit oder angebliche Unbedenklichkeit bestimmter Medikamente etc. zu diskutieren. Auch der Versuch, ihm/ihr die Abhängigkeit durch die Aufzählung von Diagnosekriterien o. Ä. zu beweisen, führt in eine Sackgasse. Suchen Sie einen versöhnlichen Gesprächsabschluss.

»Ich kann mir gut vorstellen, dass Sie darüber erst einmal in Ruhe nachdenken möchten. Ich würde mich freuen, wenn wir in einigen Wochen nochmals auf das Thema zurückkommen könnten.«

»Vielleicht irre ich mich ja. Und letztlich ist es ja sowieso deine Entscheidung. Mir war es aber als dein Sohn wichtig, das Thema einmal anzusprechen. Solltest du Kontakt zu einer Beratungsstelle aufnehmen wollen, bin ich gerne bereit, dich zu begleiten.«

(Quelle: DHS: Substanzbezogene Störungen im Alter. Informationen und Praxishilfen. 2011)

Anlage 3 „Motivierende Gesprächsführung“

5.2 Motivierende Gesprächsführung

Die Technik der Motivierenden Gesprächsführung wurde von den Psychologen William R. Miller und Stephen Rollnick entwickelt und 1991 erstmals als Gesamtkonzept unter dem Titel »Motivational Interviewing« veröffentlicht. Entwickelt für die Beratung von Menschen mit Suchtproblemen, wird diese Gesprächstechnik mittlerweile auch bei anderen gesundheitlichen Problemen wie Gewichtsreduktion, Ernährungsumstellung bei Diabetes etc. angewandt.

Die Technik der Motivierenden Gesprächsführung basiert zum einen auf der Annahme, dass sich Menschen nicht von heute auf morgen verändern, sondern dass Veränderung bzw. die Bereitschaft zur Veränderung ein Prozess ist, in dem verschiedene Phasen der Änderungsbereitschaft unterschieden werden können. Das zweite wesentliche Merkmal ist der Verzicht auf jede Konfrontation. Der/die Betroffene soll dazu angeregt werden, über den eigenen Suchtmittelgebrauch nachzudenken, und ggf. selbst die Notwendigkeit einer Verhaltensänderung erkennen und formulieren.

Veränderung als Prozess

Die Technik der Motivierenden Gesprächsführung basiert auf einem Modell, das im Prozess der Veränderung folgende Stadien unterscheidet: Absichtsbildung, Vorbereitung, Handlung, Aufrechterhaltung und Rückfall. Der Eintritt in den Prozess der Veränderung erfolgt aus dem Stadium

der Absichtslosigkeit heraus und endet mit dem dauerhaften Ausstieg. Kommt es zu einem Rückfall, geht es darum, diesen Prozess erneut anzustoßen, damit die betroffene Person wieder über die Phasen der Absichtsbildung und Vorbereitung zur Handlung gelangt.

Ziel jeder Intervention bzw. jedes Gesprächs ist es nach diesem Modell, die Veränderungsbereitschaft einer Person zu fördern und dazu beizutragen, dass sie das nächste Stadium der Veränderungsbereitschaft erreicht. Dabei hat es sich als sinnvoll erwiesen, jeweils zu erkunden, in welcher Phase sich der/die Angesprochene befindet, und entsprechende Informationen anzubieten. Denn je besser die angebotenen Informationen und Veränderungsbereitschaft bzw. Motivation zusammenpassen, desto eher wird dieses Ziel erreicht.

Zwei Beispiele:

Eine Frau, die seit Jahren regelmäßig ein ärztlich verordnetes Schlafmittel einnimmt, benötigt zunächst Informationen über mögliche nachteilige Wirkungen des Konsums bzw. über die Vorteile, die ein Absetzen des Medikaments für sie haben könnte, um in das Stadium der Absichtsbildung zu gelangen.

Ein Raucher, der einen Rauchstopp bereits konkret ins Auge gefasst hat, braucht z. B. Informationen über ein entsprechendes Selbsthilfemanual sowie die Nummern der Rauchertelefone.

Die folgende Tabelle gibt eine Übersicht über die verschiedenen Stadien der Veränderung, Beispiele für typische Aussagen von Menschen in den jeweiligen

Stadien und welche Informationen dazu beitragen könnten, die Veränderungsbereitschaft zu erhöhen.

Tabelle 5.1: Veränderung als Prozess – Stadien der Veränderungsbereitschaft

| Stadium | Typische Aussagen | Hilfreiche Informationen Therapeutische Aufgabe |
|---|--|---|
| <p>Absichtslosigkeit Es besteht kein Problembewusstsein hinsichtlich des Substanzkonsums und der Substanzkonsum ist stabil.</p> | <p>»Mein Alkoholkonsum ist kein Thema für mich.«</p> <p>»Ich habe nicht vor, mit dem Rauchen aufzuhören.«</p> <p>»Ich sehe keine Notwendigkeit, meinen Medikamentengebrauch zu überprüfen.«</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Vermittlung von Informationen über Grenzwerte bzw. Regeln eines verantwortungsvollen Umgangs sowie die Risiken des Substanzkonsums. - Informationen über den durchschnittlichen Konsum in der Bevölkerung, um die Selbstreflexion zu fördern. |
| <p>Absichtsbildung Es bestehen Zweifel, ob der Substanzkonsum in bisheriger Weise fortgeführt werden soll.</p> | <p>»Ich habe mir vorgenommen, weniger zu trinken«</p> <p>»Ich habe vor, in nächster Zeit mit dem Rauchen aufzuhören / weniger zu rauchen.«</p> <p>»Ich denke darüber nach, meinen Medikamentengebrauch zu überprüfen.«</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Diese Phase ist von Ambivalenz gekennzeichnet. Der Wunsch nach Veränderung und der Wunsch, alles beim Alten zu lassen, halten sich die Waage. - Vermittlung von Informationen, die geeignet sind, den Veränderungswunsch zu verstärken. - Vermittlung von Informationen, die eine Veränderung machbar erscheinen lassen. (Hinweis auf Hilfeangebote und Menschen, die es bereits geschafft haben, ihr Verhalten dauerhaft zu ändern). |

| Stadium | Typische Aussagen | Hilfreiche Informationen Therapeutische Aufgabe |
|---|--|--|
| <p>Vorbereitung Eine Veränderung des Konsums erscheint eindeutig erstrebenswert und wird konkret geplant.</p> | <p>»Ich werde vom nächsten Monat an weniger trinken.«</p> <p>»Ich habe vor, das nächste Mal, wenn mein Enkelkind zu Besuch kommt, Nichtraucher zu sein.«</p> <p>»Ich werde beim nächsten Arzttermin meinen Medikamentenkonsum ansprechen.«</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Ausführliche Informationen über Wege der Veränderung und Unterstützungsangebote (Selbsthilfe, Beratungs- und Therapieangebote). - Hilfe bei der Entscheidung für das individuell angemessene Hilfeangebot. |
| <p>Handlung Der Suchtmittelkonsum wird reduziert bzw. eingestellt. Der Medikamentengebrauch wird mit ärztlicher Unterstützung verändert.</p> | | <ul style="list-style-type: none"> - Äußern von Lob und Anerkennung für das Erreichte. - Bestärkung der getroffenen Entscheidung, z. B. durch Herausstreichen der positiven Konsequenzen für die Gesundheit. - Anbieten von Unterstützung bei Rückfallgefahr. |
| <p>Aufrechthaltung Das veränderte Konsumverhalten wird beibehalten.</p> | | <p>s. oben</p> |
| <p>Rückfall Der Substanzkonsum wird wieder aufgenommen bzw. man fällt in alte Konsummuster zurück.</p> | <p>»Ich habe einige Monate nicht mehr / deutlich weniger getrunken / geraucht, aber jetzt ist alles wieder wie vorher.«</p> <p>»Ich bin ohne mein Medikament auf Dauer nicht zurechtgekommen, deshalb habe ich es mir wieder verschreiben lassen.«</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Aufarbeitung der Gründe für den Rückfall. - Entwicklung von alternativen Verhaltensideen. - Vermittlung der Erkenntnis, dass man an bereits Erreichtes wieder anknüpfen kann. - Eventuell Informationen über andere, evtl. intensivere Hilfeangebote und Unterstützung bei der Auswahl. |

Prinzipien Motivierender Gesprächsführung

Das Herzstück Motivierender Gesprächsführung ist eine einführende, akzeptierende Grundhaltung und der Verzicht auf Konfrontation, Beweisführung und Etikettierung. Motivierende Gesprächsführung ist jedoch nicht absichtslos. Sie möchte die weitere Beschäftigung mit der Problematik des Substanzmissbrauchs erreichen und die Motivation zur Veränderung stärken. Die Argumente für eine Veränderung soll dabei die Klientin/der Klient selbst liefern. Die Anwendung der fünf Grundprinzipien Motivierender Gesprächsführung schafft eine positive Gesprächsatmosphäre, die einer Veränderung dienlich ist.

Die fünf Prinzipien Motivierender Gesprächsführung

- Empathie ausdrücken
Das Verhalten wird nicht kritisiert und die Person wird mit ihrem Verhalten angenommen. Einfühlsamkeit und aktives Zuhören prägen das Gespräch.
- Diskrepanzen entwickeln
Diskrepanz bedeutet Widerspruch. Wird offensichtlich, dass das derzeitige Verhalten (der gegenwärtige Alkohol-, Medikamenten- oder Tabakkonsum) mit wichtigen persönlichen Zielen unvereinbar ist, wird dadurch die Bereitschaft zur Veränderung gestärkt.
Ansatzpunkte für Diskrepanzen:
Welches sind die persönlichen Ziele der Person, der die Intervention gilt?
Welche Vor- und welche Nachteile hat der Konsum für die Person?
Biografieorientierte Fragen:
Welche Interessen hatte die Person früher und welche Interessen hat sie heute? Stimmt das gegenwärtige Selbstbild mit dem Bild überein, das sich die Person früher von sich selbst machte?
- Beweisführungen vermeiden
Beweisführungen sind kontraproduktiv und erzeugen Abwehr.
Die Annahme eines Etiketts, z. B. des Etiketts »süchtig«, ist unnötig.
- Den Widerstand aufnehmen
Widerstand wird nicht als etwas Negatives verstanden, sondern als eine Chance, die es aufzugreifen und in positiver Weise zu nutzen gilt.
- Selbstwirksamkeit fördern
Der Glaube, sich wirklich verändern zu können, ist eine wichtige Motivationsquelle.



**Im Beratungsgespräch kommen dabei fünf Strategien zum Einsatz.
Diese Strategien sind:**

- Offene Fragen
Offene Fragen sind Fragen, die nicht durch Ja oder Nein zu beantworten sind, sondern zum Erzählen anregen, z. B.: »Worüber machen Sie sich in Bezug auf Ihren Medikamentengebrauch Gedanken?«
- Aktives Zuhören
Aktiv zuhören bedeutet, das zum Ausdruck zu bringen, was man verstanden hat. Dadurch werden Missverständnisse im Gespräch vermieden und die erzählende Person wird ermutigt, die Thematik zu vertiefen und eventuellen Widersprüchen auf den Grund zu gehen.
- Bestätigen
Bestätigung beinhaltet Lob und Anerkennung der Leistungen der anderen Person und Verständnis für ihre Lage.
- Zusammenfassen
Das Zusammenfassen der wesentlichen Aussagen und insbesondere von Aussagen, die auf eine Veränderungsbereitschaft hindeuten, verstärkt die Veränderungsbereitschaft.
- Selbstmotivierende Aussagen hervorrufen
Als selbstmotivierende Aussagen werden alle Äußerungen verstanden,
 - in denen Problembewusstsein zum Ausdruck kommt:
»Das Rauchen belastet meine Gesundheit stärker als ich bisher dachte.«
»Bisher war mir gar nicht so bewusst, wie viel ich trinke.«
 - in denen Besorgnis geäußert wird:
»So wie bisher kann es nicht weitergehen.«
 - in denen eine Veränderungsabsicht zum Ausdruck kommt:
»Ich glaube, es wird höchste Zeit, über das Aufhören nachzudenken.«
»Damit bin ich ganz und gar nicht zufrieden. Da muss ich etwas unternehmen.«
 - in denen Zuversicht im Hinblick auf eine Veränderung zum Ausdruck kommt:
»Ich glaube, ich kann das schaffen.«
»Ich sehe, dass es schwierig ist, aber so viele andere haben es auch geschafft.«

Für die Entscheidung zur Veränderung und ihre Durchführung ist der Klient bzw. die Klientin letztlich immer selbst zuständig. Am Ende eines Gespräches ist es immer wichtig, weitere Gesprächsbereit-

schaft zu signalisieren und möglichst eine Vereinbarung über den weiteren Fortgang zu treffen.

(Quelle: DHS: Substanzbezogene Störungen im Alter. Informationen und Praxishilfen. 2011)

Anlage 4 „Kurze Motivierende Intervention“

5.3 Kurze Motivierende Intervention

Grundlagen und Prinzipien der Motivierenden Gesprächsführung sind leicht nachvollziehbar. Ihre konsequente praktische Umsetzung verlangt jedoch intensive Schulung und Übung. Dennoch können die Prinzipien der Motivierenden Gesprächsführung auch für Nicht-Spezialisten auf dem Gebiet der Gesprächsführung hilfreich sein.

Vielen Menschen ist durchaus bewusst, dass ihr Alkohol-, Medikamenten- oder Tabakkonsum zu Problemen in ihrem Leben führt. Dann kann ein Anstoß von außen genügen, um den Prozess der Veränderung in Gang zu setzen. Eine Kurzintervention, die nach dem Umfang des Substanzkonsums fragt, Informationen bereitstellt und die Notwendigkeit einer Verhaltensveränderung unterstreicht, kann unter diesen Umständen sehr wirksam sein. Andererseits kann der direkte Ratschlag auch als Konfrontation verstanden werden. Die Empfehlungen für eine kurze Motivierende Intervention verbinden das Prinzip der Kurzintervention mit den Prinzipien Motivierender Gesprächsführung. Zwei grundlegende Prinzipien Motivierender Gesprächsführung sollten dabei vor allem berücksichtigt werden: das der Nichtkonfrontation sowie das Herausarbeiten von Besorgnis und Bedenken auf Seiten der angesprochenen Person.

Eröffnungsphase

Die Eröffnungsphase des Gesprächs dient dem Beziehungsaufbau. Dazu ist es empfehlenswert, ein Thema anzusprechen, das für die angesprochene Person von Interesse ist und zugleich mit dem Suchtmittelkonsum in Verbindung steht: gesundheitliche Probleme, körperliche

und geistige Leistungsfähigkeit, Gestaltung des Alltags nach dem Austritt aus dem Berufsleben, Alltagsbewältigung, Kontakte zu den erwachsenen Kindern und Enkelkindern usw.

Die Eröffnungsphase endet mit der Frage nach dem Substanzkonsum:

»Sie haben mir erzählt, dass Sie viel alleine sind. Darf ich Sie fragen, welche Bedeutung Alkohol für Sie in dieser Situation hat?«

»Sie haben mir gerade erzählt, dass es Ihnen zunehmend schwerfällt, Ihre Einkäufe zu erledigen, vor allem wegen des Treppensteigens. Was, meinen Sie, hat Ihr Rauchen damit zu tun?«

»Sie sagen, dass es morgens immer sehr lange dauert, bis Sie sich einigermaßen wach fühlen. Was, meinen Sie, hat die Einnahme von Schlafmitteln damit zu tun?«

Erkundung von Sorgen und Veränderungswünschen hinsichtlich des Substanzkonsums

Im Hauptteil des Gesprächs geht es darum, herauszufinden, ob ein Problembewusstsein und der Wunsch nach Veränderung bestehen. Die betroffene Person soll angeregt werden, selbst ihre Bedenken zu äußern und über die Notwendigkeit von Verhaltensänderungen nachzudenken. Dazu werden Fragen gestellt, die mehr oder weniger direkt auf die Erkundung der Sorgen bezüglich des Substanzkonsums zielen. Besonders wichtig ist es, offene Fragen zu stellen, die zum Erzählen anregen.

Es sind dies Fragen nach

- Menge und Art des Substanzkonsums
»Was trinken Sie am liebsten?«
»Welche Marke rauchen Sie?«
»Rauchen Sie täglich?«
- typischen Konsumsituationen
»Sie haben gesagt, Sie trinken gerne Bier. Gibt es dabei feste Gewohnheiten? Wie sehen diese aus?«
- der Funktion des Substanzkonsums im Zusammenhang mit Lebensstil und Belastungen
»Sie haben mir erzählt, dass Sie sich manchmal langweilen. Was passiert, wenn Sie dann Alkohol trinken?«
»Sie haben mir erzählt, dass Sie sich Sorgen machen, was im weiteren Alter auf Sie zukommen wird. Wie hilft Ihnen Ihr Medikament in dieser Situation?«
- Auswirkungen des Substanzkonsums auf die Stimmung
»Wie verändert sich Ihre Stimmung, wenn Sie ein Glas Wein trinken?«
- Zusammenhang zwischen Substanzkonsum und allgemeinem Gesundheitszustand, Wohlbefinden
»Sie haben häufig Magenprobleme. Ich frage mich, wie Ihr Alkoholkonsum damit zusammenhängen könnte.«
- nach den erlebten Vor- und Nachteilen des Substanzkonsums
»Ich kann mir gut vorstellen, dass es entspannend ist, nach dem Essen eine Zigarette zu rauchen. Gibt es dabei auch etwas, das Sie als unangenehm erleben?«
- Veränderungen des Substanzkonsums im Laufe der Zeit
»Hat sich Ihr Trinkverhalten in den letzten 20 Jahren verändert?«
»Wie hat sich Ihr Medikamentengebrauch in den letzten Jahren entwickelt?«
- Sorgen hinsichtlich des Substanzkonsums
»Welche Sorgen machen Sie sich aufgrund Ihres Rauchens?«
»Welche negativen Folgen hat Ihr Medikamentengebrauch für Sie?«

Zeigt die angesprochene Person ein gewisses Maß an Veränderungsbereitschaft, endet diese Gesprächsphase mit der Frage nach dem nächsten Schritt.

Gesprächsabschluss

Im Sinne des Konzepts der Motivierenden Gesprächsführung misst sich der Erfolg nicht daran, ob sich die angesprochene Person dazu entschlossen hat, jetzt konkret etwas zu verändern. Vielmehr sind jede Äußerung von Sorge und jedes Nachdenken über eine Veränderung als Erfolg zu werten. Am Ende des Gesprächs ist es hilfreich, noch einmal die wesentlichen Punkte zusammenzufassen und insbesondere die geäußerten Sorgen und Veränderungsabsichten herauszustellen. Zum anderen sollte die Bereitschaft zu weiterer Unterstützung betont werden. Werden konkrete Schritte geplant, sollten Sie – soweit erforderlich – bei der Organisation behilflich sein. Andernfalls kann die Frage, ob Sie z. B. in drei oder sechs Monaten noch einmal auf das Thema zurückkommen dürfen, am Ende des Gesprächs stehen.

(Quelle: DHS: Substanzbezogene Störungen im Alter. Informationen und Praxishilfen. 2011)

Anlage 5 Kopiervorlage „Gefährdet Alkohol meine Gesundheit?“

Gefährdet Alkohol meine Gesundheit?

Mit der Trinkmenge steigt auch das Risiko für zahlreiche Krankheiten und gesundheitliche Beeinträchtigungen. Deshalb ist es sinnvoll, sich einmal bewusst zu machen, wie die eigenen Trinkgewohnheiten aussehen.

An wie vielen Tagen pro Woche trinken Sie Alkohol? An Tagen

Wie viele Gläser trinken Sie dann üblicherweise? Gläser
(1 Glas = 0,3 l Bier, 0,1 l Wein oder Sekt,
0,04 l Branntwein \approx 12 g Alkohol)

Pro Woche trinken Sie danach: Tage x Gläser =
 Gläser.

Pro Tag sind das durchschnittlich: Gläser Alkohol/7 =
 Gläser Alkohol.

Spätestens ab einem durchschnittlichen täglichen Alkoholkonsum von zwei Gläsern bei Frauen und ab drei Gläsern bei Männern ist das Risiko für zahlreiche Krankheiten erhöht. Diese Richtwerte gelten nur für gesunde Erwachsene mittleren Alters. Da mit zunehmendem Alter die Alkoholverträglichkeit abnimmt, sollten Sie als älterer Mensch diese Richtwerte deutlich unterschreiten!

Inwieweit Sie regelmäßig Alkohol trinken können, ohne Ihre Gesundheit zu belasten, hängt zudem stark von Ihrem persönlichen Gesundheitszustand ab. Deshalb ist es auf jeden Fall ratsam, diese Frage einmal mit Ihrem Arzt bzw. Ihrer Ärztin zu besprechen. Besonders wichtig ist, dass Sie dabei auch klären, ob Sie Medikamente einnehmen, die mit Alkohol unverträglich sind.

Welche Rolle spielt Alkohol in Ihrem Leben?

Die folgenden Aussagen beschreiben eine Reihe von Verhaltensweisen und Problemen, die auftreten können, wenn Sie regelmäßig Alkohol trinken. Prüfen Sie bei jeder Aussage, ob diese auf Sie zutrifft oder nicht, und kreuzen Sie das entsprechende Feld an.

| | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| 1 Haben Sie anderen gegenüber schon einmal untertrieben, wie viel Alkohol Sie trinken? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 2 Haben Sie nach ein paar Gläsern Alkohol manchmal nichts gegessen oder eine Mahlzeit ausgelassen, da Sie sich nicht hungrig fühlten? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 3 Helfen ein paar Gläser Alkohol, Ihr Zittern zu verhindern? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 4 Haben Sie, nachdem Sie Alkohol getrunken haben, manchmal Schwierigkeiten, sich an Teile des Tages oder der Nacht zu erinnern? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 5 Trinken Sie gewöhnlich Alkohol, um zu entspannen oder Ihre Nerven zu beruhigen? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 6 Trinken Sie, um Ihre Probleme für einige Zeit vergessen zu können? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 7 Haben Sie schon einmal mehr Alkohol getrunken, nachdem Sie einen Verlust in Ihrem Leben erlitten haben? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 8 Hat Ihnen schon einmal ein Arzt bzw. eine Ärztin oder eine andere Person gesagt, sie mache sich Sorgen bezüglich Ihres Alkoholkonsums? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 9 Haben Sie jemals Trinkregeln aufgestellt, um besser mit Ihrem Alkoholkonsum klarzukommen? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 10 Verschafft Ihnen ein alkoholisches Getränk Erleichterung, wenn Sie sich einsam fühlen? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |

Haben Sie zwei oder mehr dieser Fragen mit JA beantwortet? Dann haben Sie vermutlich ein ernstzunehmendes Alkoholproblem entwickelt und sollten Hilfe und Beratung annehmen.

Bundesweite Sucht und Drogen Hotline 0 1805 313031

(Kostenpflichtig – 0,14 € /Min. a. d. Festnetz,

Mobitfunkpreise max. 0,42 € /Min., unterstützt von NEXT ID)

täglich von 0 bis 24 Uhr verfügbar

BZgA-Infotelefon zur Suchtvorbeugung 0221 892031

(Preise entsprechend der Preisliste Ihres Telefonanbieters für Gespräche in das Kölner Ortsnetz)

Mo. bis Do. von 10 bis 22 Uhr, Fr. bis So. von 10 bis 18 Uhr

(Quelle: DHS: Substanzbezogene Störungen im Alter. Informationen und Praxishilfen. 2011)

Anlage 6 Kopiervorlage „Medikamente“

| Übersicht der eingenommenen Arzneimittel | Name des Medikaments | Grund der Verordnung bzw. Grund der Einnahme | Verordnet durch | Dosierung bzw. Häufigkeit der Einnahme | Einnahme seit | Beobachtete Nebenwirkungen |
|--|----------------------|--|-----------------|--|---------------|----------------------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Welche Rolle spielen Medikamente in Ihrem Leben?

Die folgenden Aussagen beschreiben eine Reihe von Gewohnheiten und Schwierigkeiten, die infolge einer häufigen Einnahme von Schlaf- und Beruhigungsmitteln, Schmerzmitteln sowie von Medikamenten zur Behandlung von Depressionen und Stimmungstiefs auftreten können.

Prüfen Sie bei jeder Aussage, ob diese auf Sie zutrifft oder nicht, und kreuzen Sie das entsprechende Feld an.

| | | |
|--|------------------------------------|--|
| Ohne Medikamente kann ich schlechter einschlafen. | trifft zu <input type="checkbox"/> | trifft nicht zu <input type="checkbox"/> |
| Ich habe mir zur Sicherheit schon einmal einen kleinen Tablettenvorrat angelegt. | trifft zu <input type="checkbox"/> | trifft nicht zu <input type="checkbox"/> |
| Zeitweilig möchte ich mich von allem zurückziehen. | trifft zu <input type="checkbox"/> | trifft nicht zu <input type="checkbox"/> |
| Es gibt Situationen, die schaffe ich ohne Medikamente nicht. | trifft zu <input type="checkbox"/> | trifft nicht zu <input type="checkbox"/> |
| Andere glauben, dass ich Probleme mit Medikamenten habe. | trifft zu <input type="checkbox"/> | trifft nicht zu <input type="checkbox"/> |
| Die Wirkung meiner Medikamente ist nicht mehr so wie am Anfang der Einnahme. | trifft zu <input type="checkbox"/> | trifft nicht zu <input type="checkbox"/> |
| Weil ich Schmerzen habe, nehme ich oft Medikamente. | trifft zu <input type="checkbox"/> | trifft nicht zu <input type="checkbox"/> |
| In Zeiten erhöhter Medikamenteneinnahme habe ich weniger gegessen. | trifft zu <input type="checkbox"/> | trifft nicht zu <input type="checkbox"/> |
| Ich fühle mich ohne Medikamente nicht wohl. | trifft zu <input type="checkbox"/> | trifft nicht zu <input type="checkbox"/> |
| Manchmal war ich selbst erstaunt, wie viele Medikamente ich an einem Tag eingenommen habe. | trifft zu <input type="checkbox"/> | trifft nicht zu <input type="checkbox"/> |
| Mit Medikamenten fühle ich mich oft leistungsfähiger. | trifft zu <input type="checkbox"/> | trifft nicht zu <input type="checkbox"/> |

Treffen zwei oder mehr dieser Aussagen auf Sie zu? Dann kann es sein, dass Sie aufgrund einer längerfristigen Medikamenteneinnahme eine Gewöhnung entwickelt haben, die zu einer Abhängigkeit werden kann.

Informieren Sie sich. Fragen zu problematischem Medikamentenkonsument und Medikamentenabhängigkeit beantworten:

| | | | |
|--|--------------|--|-------------|
| Bundesweite Sucht und Drogen Hotline | 01805 313031 | BZgA-Infotelefon zur Suchtvorbeugung | 0221 892031 |
| (Kostenpflichtig – 0,14 €/Min. a. d. Festnetz, | | (Preise entsprechend der Preisliste Ihres Telefonanbieters | |
| Mobilfunkpreise max. 0,42 €/Min., unterstützt von NEXT ID) | | für Gespräche in das Kölner Ortsnetz) | |
| täglich von 0 bis 24 Uhr verfügbar | | Mo. bis Do. von 10 bis 22 Uhr, Fr. bis So. von 10 bis 18 Uhr | |

(Quelle: DHS: Substanzbezogene Störungen im Alter. Informationen und Praxishilfen. 2011)

Literaturverzeichnis und Internetquellen

Internet

Drugscouts Leipzig: www.drugscouts.de, 18.11.2011

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. : www.dhs.de/infomaterial/broschueren-und-faltblaetter.html, 18.11.2011

Landesstelle für Suchtfragen Mecklenburg-Vorpommern e. V.: www.lsmv.de, 18.11.2011

Literatur

Borowiak, Simon: Alk. Fast ein medizinisches Sachbuch. 2006. Eichborn AG, Frankfurt am Main

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V.: Jahrbuch Sucht 2010. 2010. Neuland Verlagsgesellschaft mbH, Geesthacht

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V.: Jahrbuch Sucht 2011. 2011. Neuland Verlagsgesellschaft mbH, Geesthacht

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.: : Substanzbezogene Störungen im Alter. Informationen und Praxishilfen. 2011, Broschüre

Gastpar, M.; Mann, K.; Rommelspacher, H.: Lehrbuch der Suchterkrankungen. 1999. Thieme Verlag, Stuttgart

Fachstelle für Suchtprävention im Direktionsbezirk Chemnitz der Stadtmission Chemnitz e.V.: Rogers Suchtprozess. 2010, Arbeitsblatt

Fengler, J.: Handbuch der Suchtbehandlung: Beratung, Therapie, Prävention. 100 Schlüsselbegriffe. 2002. Hüthig Jehle Rehm Verlag, Landsberg/Lech

Feuerlein, Wilhelm: Alkoholismus. Warnsignale - Vorbeugung - Therapie. 6., aktualisierte Auflage. 2008. C.H.Beck Verlag, München

ICD-10-GM 2010 Systematisches Verzeichnis: Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme10. Revision - 2009. Bearbeitet von Dr. med. Bernd Graubner. Auflage: 1. 2009. Deutscher Ärzte-Verlag;

Schneider, Ralf: Die Suchtfibel. Wie Abhängigkeit entsteht und wie man sich daraus befreit. Informationen für Betroffene, Angehörige und Interessierte. 15. Auflage. August 2010. Verlag: Schneider Verlag GmbH

Wolter, Dirk K.: Sucht im Alter – Altern und Sucht. Grundlagen, Klinik, Verlauf und Therapie. 1. Auflage. 2011. W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart