Grundlegungen zur Entstehung von Sucht und Sucht im Alter

Modul 2 (90 Min.)

© Lupo / pixelio.de

WORUM GEHT'S IN MODUL 2:

In dieser Unterrichtseinheit sollen die im Modul 1 erworbenen Kenntnisse vertieft und der Zusammenhang zu dem Suchtverhalten bei Senioren auf Grundlage der von den Lehrgangsteilnehmerinnen und Lehrgangsteilnehmer bereits erworbenen Pflegeerfahrungen erweitert werden.

Das zuvor erworbene Verständnis zur Entwicklung von Suchterkrankung und zu süchtigen Verhaltensweisen, wie auch der Bezug zu den Besonderheiten von Sucht im Alter sollen vertieft und konkretisieren werden.

Es wird das Suchtdreieck vorgestellt und einzelne theoretische Modelle zur Entstehung der Suchterkrankung behandelt, die zum Verständnis süchtiger Verhaltensweisen bei Senioren hilfreich sein können. Die Reflektion der Pflegepraxis der Lehrgangsteilnehmerinnen und Lehrgangsteilnehmern soll dazu dienen Relevantes zu den Besonderheiten der Suchterkrankung im Alter herauszuarbeiten.

Soweit in den jeweiligen Lehrgängen ausreichend Unterrichtskapazitäten zur Verfügung gestellt werden können, werden ergänzend noch Unterrichtsbausteine zu den Diagnosekriterien und zu einigen im Zusammenhang mit Suchterkrankung vielfach verwendeten Typisierungen angeboten, die dieses Modul sinnvoll ergänzen können.

Gefördert durch:
Bundesministerium für Gesundheit
aufgrund eines Beschlusses des Deutschen Bundestages

Dieses Unterrichts-Modul ist entstanden im Rahmen des Modellprojektes ***Sucht im Alter Hamburg***

MODUL 2 IM ÜBERBLICK:

Unterrichtsbausteine	Methode	Zeit, ca.	Sozialform	Material
Ursachen für abhängiges Verhalten (M2.1 / Seite 53)	Impulsvortrag Seminardiskussion	30 – 45 Min.	Seminargruppe	**Kopien** für alle TN von: Arbeitsblatt zur Übung (**A2.1 / Seite 67 – 68** Alternativ: **Seite 67 – 70**) Weiterhin: **Beamer**, **Notebook** etc., evtl. **Leinwand** Oder: OVH und Folien zu den o.g. Arbeitsblättern
Welche Besonderheiten von Sucht im Alter kennen Sie? (M2.2 / Seite 55)	Übung Seminardiskussion	30 – 45 Min.	Kleingruppen, Seminargruppe	**Kopien** für alle TN von: Arbeitsblatt zur Übung (**A2.2 / Seite 71 – 72**)

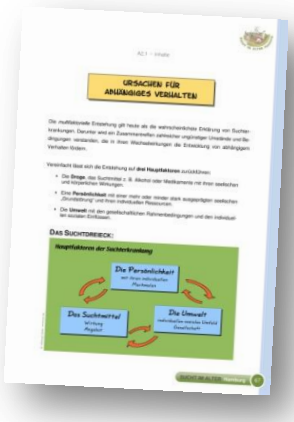
ALTERNATIVEN & ERGÄNZUNGEN
ERWEITERNDE UNTERRICHTSBAUSTEINE IM ÜBERBLICK:

Unterrichtsbausteine	Methode	Zeit, ca.	Sozialform	Material
Psychosoziale Persönlichkeits-Merkmale und Alkohol (M2.A1 / Seite 59)	Übung Seminardiskussion	30 – 45 Min.	Kleingruppen, Seminargruppe	**Kopien** für alle TN von: Arbeitsblatt zur Übung in Modul 1 (**A1.A1 / Seite 43 – 44**)
Wann spricht man von Abhängigkeit - nach ICD 10 - (M2.A2 / Seite 61)	Übung Visualisierung der Arbeitsblätter Seminardiskussion	30 – 45 Min.	Einzelarbeit o. Paararbeit, Seminargruppe	**Kopien** für alle TN von: Arbeitsblatt zur Übung (**A2.A2 / Seite 73 – 74**) **Pinnwand,** oder ausreichend Flip-Charts oder freie Wandfläche im Unterrichtsraum **Moderationskärtchen** **Moderationsstifte schwarz** ***Alternativ:*** Kärtchen fertigen aus der Kopiervorlage zur Übung (**Seite 75 – 76**) Hierzu: **Kopieren** und **zuschneiden**
Suchtentwicklung und Verlauf - nach Jellinek - (M2.A3 / Seite 63)	Hausaufgabe Impulsvortrag Seminardiskussion	30 – 45 Min.	Seminargruppe	**Kopien** für alle TN von: Arbeitsblatt zur Übung (**A2.A3 / Seite 77 – 79**) Weiterhin: **Beamer**, **Notebook** etc., evtl. **Leinwand** Oder: OVH und Folien zu den o.g. Arbeitsblättern

LÖSUNGEN/AUFLÖSUNGEN SEITE 65

URSACHEN FÜR ABHÄNGIGES VERHALTEN

VORBEREITUNG:



- ✓ Besorgen Sie einen Beamer und die notwendige EDV zu dessen Ansteuerung, sowie ggf. eine Leinwand, da das Arbeitsblatt: „Ursachen für Abhängiges Verhalten“ (Seite 67) bei Ihrem Vortrag großflächig präsentiert dargestellt werden sollten.

  Alternative: *Wenn Sie mit einem OVP arbeiten, sollte dieser ebenso rechtzeitig vor Ort sein und weiterhin die* ***Arbeitsblätter auf Folie*** *„gezogen“ vorliegen.*

- ✓ Kopieren Sie bitte einen kompletten Lehrgangssatz der obigen Arbeitsblätter und geben diese im Unterrichtsverlauf an die TN.

  Alternative: *Für die inhaltliche Bearbeitung und zur Dokumentation des Inhaltes sind bereits die beiden Seiten 67 – 68 ausreichend. Es genügt daher lediglich diese beiden Blätter auszugeben. Die Seiten 69 – 70 können das Thema ergänzend und vertiefend eingesetzt werden.*

DURCHFÜHRUNG:

- ✓ Diese Einheit ist als Impuls-Vortrag durch die Lehrkraft vorgesehen.

  Erweiterung: *Abhängig von der vorhandenen Lehrgangszeit können die TN auch hier ermuntert werden von Personen/Fällen aus ihrem Arbeitskontext zu berichten. Dies macht den Vortrag lebendig und konkrete Beispiele erleichtern das Verständnis.*

Hinweis:

Bitte achten Sie darauf, den Zusammenhang mit den „Umweltfaktoren“ hinreichend darzustellen. Viele Betroffene haben über viele Jahre in einem an ihre persönlichen Ressourcen weitreichend angepassten sozialen Umfeld gelebt. Erst mit einer Zunahme der sich hieraus ergebenden Anforderungen kommt es zur Suchtentwicklung. Dies ist insbesondere auch bei Senioren relevant, denn es kann sich z.B. um einen Trauerfall handeln, welcher von der betroffenen Person nicht angemessen verarbeitet werden kann.

Die Rückseite/Folgeseiten vom Arbeitsblatt: „Ursachen für abhängiges Verhalten“ müssen im Unterrichtsverlauf nicht alle explizit durchgesprochen werden, lediglich auf die relevanten Inhalte sollte hingewiesen werden. Sie dienen auch als ergänzende Info/Lektüre für die TN.

LERNZIELE:

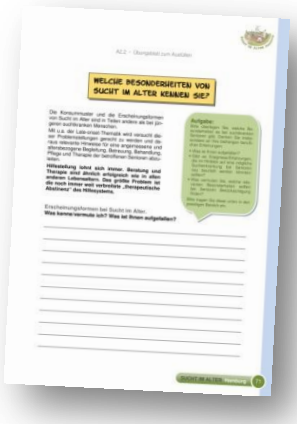
- Vertiefende Reflektion auch im Hinblick auf die eigenen Motive des Suchtmittelkonsums
- Vertiefende Reflektion der Gefährdungen durch süchtige Verhaltensweisen bei den zu betreuenden Senioren
- Kenntnis relevanter Erklärungsmodelle und Ursachen der Suchtentstehung
- Vertiefende Reflektion des Zusammenhangs von psychosozialen Defiziten und Suchtentstehung, sowie der Etablierung und Stabilisierung von Suchtverläufen

Notizen ▪ Gedanken ▪ Erinnerungen ▪ Ideen ▪ Inspirationen ▪ Phantasien

M2.2 ▪ Kleingruppen & Seminardiskussion

WELCHE BESONDERHEITEN VON SUCHT IM ALTER KENNEN SIE?

VORBEREITUNG:



✓ Kopieren Sie bitte einen kompletten Lehrgangssatz der Arbeitsblätter (Seite 71 - 72).

Hinweis:

Das Arbeitsblatt ist im Hinblick auf die Reflektion der unterschiedlichen kompensativen Ebenen des Suchtmittelmissbrauches bedeutsam.

DURCHFÜHRUNG:

✓ Lassen Sie Kleingruppen bilden. (Je 3 bis 5 TN.)

✓ Bitte geben Sie die Arbeitsblätter aus.

✓ Die Kleingruppen bearbeiten das Arbeitsblatt für einen Zeitraum von ca. 15 - 30 Min. selbständig. Die TN können/sollen hierbei ihre beruflichen Erfahrungen bereits in der Kleingruppe diskutieren.

Fragen, die auf dem Arbeitsblatt formuliert sind:

Die Konsummuster und die Erscheinungsformen von Sucht im Alter sind in Teilen andere als bei jüngeren suchtkranken Menschen. Mit u.a. der Late-onset-Thematik wird versucht dieser Problemstellungen gerecht zu werden und daraus relevante Hinweise für eine angemessene und altersbezogene Begleitung, Betreuung, Behandlung, Pflege und Therapie der betroffenen Senioren abzuleiten.
Hilfestellung lohnt sich immer. Beratung und Therapie sind ähnlich erfolgreich wie in allen anderen Lebensaltern. Das größte Problem ist die noch immer weit verbreitete „therapeutische Abstinenz“ des Hilfesystems.

Bitte überlegen Sie, welche Besonderheiten es bei suchtkranken Senioren gibt. Denken Sie insbesondere an Ihre bisherigen beruflichen Erfahrungen:

- *Was ist Ihnen aufgefallen?*
- *Gibt es Ereignisse/Erfahrungen, die im Hinblick auf eine mögliche Suchterkrankung bei Senioren neu beurteilt werden könnten/sollten?*
- *Was vermuten Sie, welche relevanten Besonderheiten sollten bei Senioren Berücksichtigung finden?*

✓ Die TN stellen ihre Arbeitsergebnisse vor, die Gruppenergebnisse werden zusammengetragen und gemeinsam besprochen.

LERNZIELE:

- Vertiefende Selbstreflektion im Hinblick auf die eigenen Motive des Suchtmittelkonsums
- Vertiefende Reflektion der Gefährdungen durch süchtige Verhaltensweisen bei den zu betreuenden Senioren
- Vertiefende Reflektion des Zusammenhangs von psychosozialen Defiziten und Suchtentstehung, sowie der Etablierung und Stabilisierung von Suchtverläufen
- Erkennen und Reflektion der Besonderheiten von Sucht im Alter

Notizen ▪ Gedanken ▪ Erinnerungen ▪ Ideen ▪ Inspirationen ▪ Phantasien

© Lupo / pixelio.de

ES FOLGEN ERWEITERNDE UNTERRICHTSBAUSTEINE ZU MODUL 2:

© Michael Härth / Illustration Isabel Kreitz / hrkontor.de

Es geht nichts über eine tüchtige Suchthelferin!

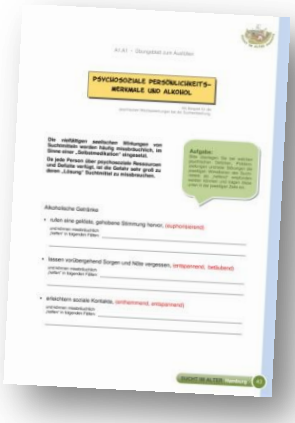
Notizen ▪ Gedanken ▪ Erinnerungen ▪ Ideen ▪ Inspirationen ▪ Phantasien

PSYCHOSOZIALE PERSÖNLICHKEITS-MERKMALE UND ALKOHOL

Hinweis: Diese Übung wird auch im vorausgehenden Modul als Alternative/Ergänzung vorgeschlagen. Soweit sie noch nicht eingesetzt wurde, eignet sie sich auch in diesem Modul hervorragend für den Einsatz.
Die Thematik der psychosozialen Defizite nimmt sehr gut die Themenstellung der „Ursachen für abhängiges Verhalten“ auf und vertieft diese.

VORBEREITUNG:

✓ Kopieren Sie bitte einen kompletten Lehrgangssatz des Arbeitsblatts (Seite 43 - 44, Achtung: Das Blatt ist in Modul 1).


PSYCHOSOZIALE PERSÖNLICHKEITS-MERKMALE UND ALKOHOL

Hinweis:

Die Bearbeitung des Arbeitsblatts vertieft die Reflektion der kompensativen Ebenen des Suchtmittelmissbrauches und erweitert das Verständnis der TN im Hinblick auf die ggf. zugrundeliegenden psychischen Störungen und/oder die vorhandenen psychosozialen Defizite.

Die Bedeutung dieser Einheit wird insbesondere in der präventiven Ebene für die Seminargruppe gesehen. Den TN bietet dies die Option die eigenen Gefährdungspotentiale deutlicher zu erfassen und ggf. im weiteren Berufsleben an der Stärkung ihrer psychischen Potentiale zu arbeiten.

DURCHFÜHRUNG:

✓ Lassen Sie Kleingruppen bilden. (Je 3 bis 5 TN.)

Hinweis:

Die Übung kann auch in Einzelarbeit durchgeführt werden.

✓ Bitte geben Sie die Arbeitsblätter aus.

✓ Anschließend bearbeiten die TN das Arbeitsblatt für einen Zeitraum von ca. 15 Min. selbständig.

Folgende Fragestellung wird auf dem Arbeitsblatt formuliert:

Da im Grunde jede Person über psychosoziale Defizite verfügt, ist die Gefahr sehr groß zu deren „Lösung“ Suchtmittel zu missbrauchen.

➲ *Bitte überlegen Sie bei welchen psychischen Defiziten, Problemstellungen und/oder Störungen die jeweiligen Wirkebenen des Suchtmittels als „helfend“ empfunden werden könnten.*

✓ Die TN stellen ihre Arbeitsergebnisse vor, die Gruppenergebnisse werden zusammengetragen und gemeinsam besprochen.

Hausaufgabe:
Diese Übung kann von den Altenpflegeschülern auch im Rahmen einer Hausaufgabe bearbeitet werden.

LERNZIELE:

- Anregung zur Selbstreflektion im Hinblick auf den eigenen Konsum von Suchtmitteln
- Verstehen der zentralen Dimension von Kompensation für die Entstehung und den Verlauf von Abhängigkeitserkrankungen
- Kenntnis der Grundprinzipien der Suchtentstehung
- Erkennen und Reflektion des Zusammenhangs von psychosozialen Defiziten und Suchtentstehung, sowie entsprechend der Etablierung und Stabilisierung von Suchtverläufen

EIGENE ANMERKUNGEN:

M2.A2 ▪ Einzelarbeit/Paararbeit + Seminardiskussion

WANN SPRICHT MAN VON ABHÄNGIGKEIT NACH ICD-10

Hinweis: Es handelt sich hierbei um die Diagnosekriterien nach ICD-10. Im Hinblick auf die knappen Zeitressourcen wird diese wichtige Thematik dennoch lediglich als Ergänzung vorgeschlagen.

VORBEREITUNG:

- ✓ Besorgen Sie ausreichend Moderationskarten und Stifte, so dass jeder TN jeweils eine/n erhalten kann.
- ✓ Es ist eine Pinnwand oder ausreichend Flip-Charts oder eine freie Wand-Fläche im Unterrichtsraum erforderlich.
- ✓ Kopieren Sie bitte einen kompletten Lehrgangssatz der obigen Arbeitsblätter (Seite 73 - 74).
- ✓ ***Alternative:***
  Sofern Sie mit den Übungsblättern (Seite 75 - 76) arbeiten wollen, kopieren Sie bitte auch diese und schneiden daraus die einzelnen Kärtchen aus.

Hinweis:

Die Kärtchen haben in etwa das Format von Moderations-Karten, so dass sich die Möglichkeit weiterer Übungsvarianten und die Weiterarbeit mit der Moderationsmethode ergibt.

DURCHFÜHRUNG:

- ✓ Bitte geben Sie die Arbeitsblätter aus.
- ✓ Die Altenpflegeschüler lesen die Arbeitsblätter selbständig in Einzelarbeit.

Hinweis:

Die Übung kann auch als Paararbeit durchgeführt werden.

- ✓ Nachdem die Arbeitsblätter von allen APS gelesen wurden, werden durch die Lehrkraft die offenen Fragen und Begrifflichkeiten gesammelt und erklärt.
- ✓ Die Lehrkraft erläutert die anschließende Übung:

„Beipackzettel“ – Welche Nebenwirkungen sind möglich?

1. Die Diagnosekriterien zum ICD-10 beschreiben bereits deutliche Folgen / „Nebenwirkungen“ einer Abhängigkeitserkrankung.
2. Die TN sollen nun auf Moderationskarten, entsprechend dem Beipackzettel für Medikamente, einen eigenen Beipackzettel formulieren, welcher die/weitere „Nebenwirkungen“ im Zusammenhang eines Diagnosekriteriums zum ICD-10 beschreibt.
3. Die TN können sich am obigen Arbeitsblatt orientieren und auch Textpassagen daraus verwenden. Sie sollen aber in jedem Fall ihre bisherigen Praxiserfahrungen und idealerweise auch Entsprechungen zur Lebenswirklichkeit von Senioren einbringen.

4. Die Gestaltung des Beipackzettels kann frei gewählt werden, ob in Textform, mit Stichworten oder mit Bildern und Zeichnungen bleibt den TN überlassen.

- ✓ Die Lehrkraft gibt die Moderationskarten und die Stifte aus.
- ✓ Anschließend bearbeiten die TN die Aufgabe für einen Zeitraum von ca. 15 Min. selbständig und schreiben/zeichnen das Ergebnis direkt auf die Rückseite der Karten.

Soweit Sie die vorgegebenen Übungsblätter (Seite 75 - 76) verwenden, sind dort folgende Fragen formuliert:

Bitte formulieren Sie (auf der Rückseite) für unseren „Beipackzettel“:

- *Welche weiteren „Nebenwirkungen“ sind in diesem Zusammenhang zu erwarten?*
- *Bitte berücksichtigen Sie Ihre bisherigen Praxiserfahrungen, die Lebenswirklichkeit von Senioren, sowie auch die emotionalen, sozialen, wirtschaftlichen und persönlichen Folgen.*

- ✓ Die Moderationskarten werden eingesammelt, von der Lehrkraft vorgelesen und an die Pinnwand gehängt.
- ✓ Nun darf sich jeder TN, außer dem eigenen, ein Kärtchen heraussuchen, das interessant erscheint.
- ✓ Die TN lesen nun nacheinander die von ihnen gewählten Kärtchen vor und sagen was sie daran besonders gelungen fanden.
- ✓ Anschließend versuchen sie zu raten von wem dies geschrieben worden sein könnte. Wenn das Raten nicht klappt darf die Unterrichtsgruppe helfen. Derjenige, welcher erraten wurde kommt dann als nächster dran.

Hausaufgabe:
Der erste Teil dieser Übung kann von den Altenpflegeschülern auch im Rahmen einer Hausaufgabe bearbeitet werden. Die Vorstellung der Ergebnisse findet dann gemeinsam statt.

LERNZIELE:

- Vertiefende Selbstreflektion im Hinblick auf die Gefährdungen durch Suchtmittelkonsum
- Vertiefende Reflektion der Gefährdungen durch süchtige Verhaltensweisen bei den zu betreuenden Senioren
- Kenntnis und Reflektion der Diagnosekriterien nach ICD-10

EIGENE ANMERKUNGEN:

SUCHTENTWICKLUNG UND VERLAUF
NACH JELLINEK

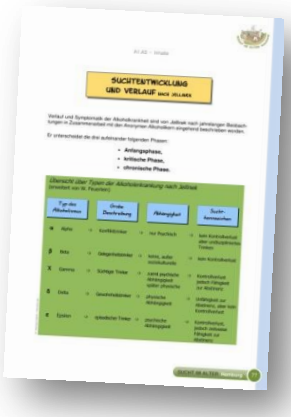
Hinweis: Diese Einheit wird explizit nur als Ergänzung und der Vollständigkeit halber vorgeschlagen.

Es handelt sich um eine Typisierung der Alkoholerkrankung nach Jellinek, erweitert von W. Feuerlein. In Fachkreisen kommt diese immer weniger zur Anwendung und verliert somit ihre Relevanz, jedoch sind die Begriffe in der Praxis noch weit verbreitet, deren Kenntnis ist also weiterhin zu empfehlen.
Gleichwohl ist für den Bereich der Altenpflege eine detaillierte Kenntnis dieser Klassifikationen vermutlich nicht erforderlich.

Es wird daher vorgeschlagen in solchen Lerngruppen, die sich mit dieser Thematik intensiver beschäftigen wollen/sollen, Kopien der Arbeitsblätter zur eigenverantwortlichen Durcharbeit/Vertiefung auszugeben und diese Aktivitäten im Vorwege oder im Anschluss durch einen straffen Vortrag mit abschließender Seminardiskussion zu ergänzen.

Natürlich kann das Thema auch im Unterrichtsverlauf durchgeführt werden. Jedoch wären dann, zum Erhalt der notwendigen Unterrichtszeit, an anderer Stelle die Abläufe entsprechend zu kürzen.

VORBEREITUNG:



- ✓ Besorgen Sie einen Beamer und die notwendige EDV zu dessen Ansteuerung, sowie ggf. eine Leinwand, da die Arbeitsblätter: „Suchtentwicklung und Verlauf“ (Seite 77 - 79) und vor allem die dortige Grafik: „Übersicht über Typen der Alkoholerkrankung nach Jellinek“, bei Ihrem Vortrag großflächig präsentiert dargestellt werden sollten.
  Alternative: *Wenn Sie mit einem OVP arbeiten sollte dieser ebenso rechtzeitig vor Ort sein und weiterhin die* ***Arbeitsblätter auf Folie*** *„gezogen“ vorliegen.*
- ✓ Kopieren Sie bitte einen kompletten Lehrgangssatz der obigen Arbeitsblätter und geben diese im Unterrichtsverlauf an die TN.

DURCHFÜHRUNG:

- ✓ Bitte geben Sie die Arbeitsblätter aus.
- ✓ Die Altenpflegeschüler lesen/bearbeiten die Arbeitsblätter selbständig im Rahmen einer Hausarbeit.
- ✓ In der nächsten Unterrichtseinheit:
  Nachdem die Arbeitsblätter von allen APS gelesen wurde, werden durch die Lehrkraft die offenen Fragen und Begrifflichkeiten gesammelt und erklärt.
- ✓ Abschließend, soweit erforderlich, wird das Thema als Impuls-Vortrag mit Seminardiskussion durch die Lehrkraft abschließend dargelegt.

Hinweis:

Es genügt, wenn Sie lediglich die Grafik: „Übersicht über Typen der Alkoholerkrankung nach Jellinek“ (Seite 77) präsentieren und diese detailliert besprechen. Hier sind weitgehend alle wesentlichen Stufen und Zusammenhänge dargestellt.

✓ Abschließend, soweit erforderlich, wird das Thema als Impuls-Vortrag mit Seminardiskussion durch die Lehrkraft dargelegt.

LERNZIELE:

- Vertiefende Selbstreflektion im Hinblick auf die eigenen Motive des Suchtmittelkonsums
- Vertiefende Reflektion der Gefährdungen durch süchtige Verhaltensweisen bei den zu betreuenden Senioren
- Kenntnis relevanter Erklärungsmodelle und Ursachen der Suchtentstehung
- Vertiefende Reflektion des Zusammenhangs von psychosozialen Defiziten und Suchtentstehung, sowie der Etablierung und Stabilisierung von Suchtverläufen
- Erkennen erster Besonderheiten von Sucht im Alter
- Ggf. Kenntnis und Reflektion der Typisierung der Alkoholerkrankung nach Jellinek

EIGENE ANMERKUNGEN:

LÖSUNGEN/AUFLÖSUNGEN
ZU DEN FRAGESTELLUNGEN IN DEN ARBEITSBLÄTTERN:

BESONDERHEITEN VON SUCHT IM ALTER

Erscheinungsformen bei Sucht im Alter. Was kenne/vermute ich?

- Sucht kann auch ohne Dosissteigerung, durch die altersbedingte Abnahme z.B. der Alkoholverträglichkeit oder des Stoffwechsels entstehen oder
- beim Auftreten von Krankheiten, die eine Dauermedikation erfordern.

- Konsummuster von Senioren sind insgesamt meist weniger auffällig, die sozialen Kontrollen oft geringer (Arbeitsplatz),
- weniger exzessiv und ausufernd in den Rauschzuständen,
- es wird eher versucht den Alkoholspiegel konstant zu halten,
- es wird eher zuhause und allein konsumiert.

- „Späteinsteiger“ („late onset“) fühlen sich in Therapie- / Selbsthilfegruppen häufig als Außenseiter und sind beschämt über ihren Status,
- leben jedoch meist sozial abgesichert (Rentenbezüge) und sind insofern zumindest sozial „unkaputtbar“.
- Personen der Kategorie „early onset" leben oft isoliert und vereinsamt und sind in Gefahr zu verwahrlosen.

- Beim Einzug ins Pflegeheim ist das Alter von Alkoholkranken, im Vergleich zu anderen Senioren, meist deutlich niedriger und
- sie werden viel seltener von Verwandten besucht.

(Aufzählung nicht abschließend)

LÖSUNGEN/ANTWORTEN FÜR SEITE 67 – 68

PSYCHOSOZIALE PERSÖNLICHKEITS-MERKMALE UND ALKOHOL

LÖSUNGEN/ANTWORTEN FÜR SEITE 39 – 40
FINDEN SIE AUF SEITE 32, MODUL 1

Notizen ▪ Gedanken ▪ Erinnerungen ▪ Ideen ▪ Inspirationen ▪ Phantasien

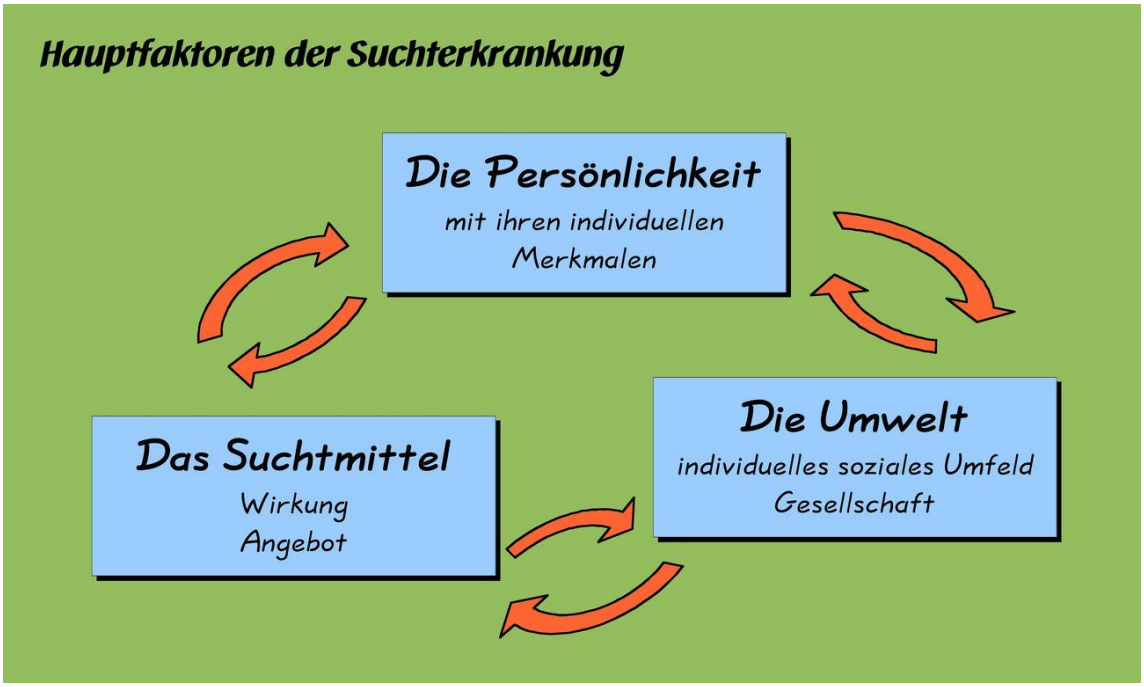
URSACHEN FÜR ABHÄNGIGES VERHALTEN

Die *multifaktorielle* Entstehung gilt heute als die wahrscheinlichste Erklärung von Suchterkrankungen. Darunter wird ein Zusammentreffen zahlreicher ungünstiger Umstände und Bedingungen verstanden, die in ihren Wechselwirkungen die Entwicklung von abhängigem Verhalten fördern.

Vereinfacht lässt sich die Entstehung auf **drei Hauptfaktoren** zurückführen:

- Die **Droge**, das Suchtmittel z. B. Alkohol oder Medikamente mit ihren seelischen und körperlichen Wirkungen.
- Eine **Persönlichkeit** mit einer mehr oder minder stark ausgeprägten seelischen „Grundstörung“ und ihren individuellen Ressourcen.
- Die **Umwelt** mit den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und den individuellen sozialen Einflüssen.

DAS SUCHTDREIECK:



© Michael Hörth / hrkontor.de

Die tieferen Ursachen und auslösenden Bedingungen für eine Abhängigkeit bilden ein Geflecht, das eine Vielzahl von Wechselbeziehungen zulässt. Diese Vielzahl an Verflechtungen erklärt die Vielfalt des Erscheinungsbildes, das der Suchtkranke bieten kann. Das bedeutet aber nicht, dass die folgenden Faktoren in jedem Fall vorhanden und nachweisbar sein müssen.

Kein Suchtkranker, kein Alkoholiker gleicht dem anderen!

Klinische, testpsychologische und psychoanalytische Untersuchungen haben gezeigt, dass es z. B. einen bestimmten, allen Suchtkranken gemeinsamen seelischen Faktor nicht gibt. Die Motive, Fehlhaltungen, Befindlichkeitsstörungen und Veranlagungen, die zur Abhängigkeit führen, sind von Fall zu Fall verschieden.

Besonders das Alter und das Geschlecht sind wichtige Kriterien (Wirkfaktoren) die bei der Entstehung und dem Verlauf, bzw. den Wegen aus der Sucht einen bedeutenden Einfluss haben.

Allerdings treten einige Merkmale gehäuft auf, die als Teilfaktoren im Bedingungsgefüge der Alkoholkrankheit eine wesentliche Rolle spielen können. Die Kenntnis dieser Faktoren bildet eine wichtige Voraussetzung für das Verständnis der Erkrankung und für die Therapie. Welchem Persönlichkeitsfaktor bzw. welchen Konflikten und psychischen Entwicklungsstörungen am Abhängigkeitsprozess der größte Anteil zukommt, ist im Einzelfall sehr unterschiedlich.

Persönlichkeitsmerkmale, die zu einer Abhängigkeitserkrankung führen können:

- unzureichende Realitätsanpassung und Schwierigkeiten in der Herstellung dauerhafter sozialer Beziehungen
- Frustrationsintoleranz, d. h. mangelnde Fähigkeit notwendige Spannungen und Belastungen zu ertragen
- unzureichend ausgebildete Kompetenzen des Frustrationsabbaus und von Konfliktlösungsstrategien, insbesondere das Fehlen alternativer Handlungsstrategien
- Verlangen nach rascher Wunscherfüllung und dementsprechend geringes Durchhaltevermögen und Labilität
- übertriebenes Aushalten von z. B. Anstrengung, Überforderung und Stress
- Unfähigkeit der Grenzsetzung gegenüber eigener oder fremder Überforderung (ggf. in der Erscheinungsform des Perfektionismus)
- wenig Fähigkeiten einer gesunden Entspannung und Entlastung, sowie insgesamt wenig positive Strategien zur Schaffung persönlicher Lebensfreude
- Mangelndes Selbstwertgefühl, entsprechend geringe Selbstsicherheit (unzureichend ausgebildete Ich-Stärke)

Bei vielen Alkoholkranken treten affektive Befindlichkeitsstörungen auf mit dysphorischen (gereizt-missmutigen), depressiven (gedrückten) oder hypomanischen (gehobenen) Stimmungszuständen, die längerfristig anhalten können. Ebenso wird von Alkoholikern häufig über Angst-, Spannungs- und Unruhezustände sowie über körperliche Missempfindungen geklagt.

In den meisten Fällen ist es nicht mehr möglich, aus den genannten Beschwerden herauszufinden, ob sie ursprünglich für den Alkoholmissbrauch und die nachfolgende Abhängigkeit entscheidend waren oder ob sie als Begleitsymptome einer sich entwickelnden Alkoholkrankheit aufzufassen sind.
Die Frage nach der Unterscheidung von Ursache und Wirkung bleibt aber zweitrangig, denn letzten Endes kommt es darauf an, die für das Fortbestehen der Abhängigkeit wichtigen psychodynamischen und psychopathologischen Phänomene zu erfassen.

Beispielsweise können zur Depression neigende Stimmungsschwankungen, die erst durch die Alkoholkrankheit ausgelöst worden sind, durchaus in einer Wechselwirkung das Fortbestehen der Alkoholkrankheit unterhalten. Daher ist nicht nur in jedem Einzelfall abzuklären, welche psychopathologischen Phänomene im Krankheitsverlauf von entscheidender Bedeutung waren. Gleichzeitig muss auch untersucht werden, welcher Stellenwert ihnen im jeweiligen Stadium der Behandlung zukommt.

Hinweise für die speziellen Probleme des Alkoholkranken geben zusätzlich die unterschiedlichen Trinkmotive, die den erhöhten Alkoholkonsum ausgelöst haben.

So kann Alkohol dazu benutzt worden sein, quälende Unruhe, Verdruss, Angst, Spannungen, Sorgen, Verstimmungen, Hemmungen, Gefühle der Langeweile, der Einsamkeit, der Selbstunsicherheit und der Minderwertigkeit zu beseitigen oder zu mindern. Andere sehen Alkohol als eine aktivierende Droge an und wollen mit ihr in eine gehobene Stimmung, zu einem gesteigerten Selbstwertgefühl, zu größerer Erlebniskraft oder zu Machtbewusstsein kommen. Diesen Motivationen liegt das zutiefst menschliche Bestreben zugrunde, Unlust zu beseitigen oder Lust zu verstärken. Für den Alkoholkranken ist Alkohol Mittel zum Zweck geworden. Anstatt sich aktiv mit den ihn belastenden Problemen des täglichen Lebens auseinander zu setzen, verharrt er in passiver Haltung und versucht sein Unbehagen durch Alkohol zu dämpfen. In gewisser Weise ist daher die ständige Anwendung der Droge Alkohol zur Behebung von Alltagssorgen eine Flucht aus der Realität in eine Scheinlösung, die nicht weiterhilft, sondern höchstens für kurze Zeit ein Gefühl des Vergessens oder der Erleichterung verschafft.
Alkohol ist für den Alkoholkranken ein Selbstheilungsversuch mit untauglichen Mitteln, die auf längere Sicht zur Selbstzerstörung führen.

AUS TIEFENPSYCHOLOGISCH-PSYCHOANALYTISCHER SICHT beruht die Sucht in erster Linie auf einer Störung der Persönlichkeitsentwicklung in der frühen Kindheit. Neben anderen Störungen wird von einer Ich-Schwäche ausgegangen, die dazu führt, dass das „Ich“ nur mangelhaft in der Lage ist, sich mit den Triebimpulsen des „Es“ und den Forderungen des „Über-Ich“ auseinander zu setzen. Die Abwehr affektiver Impulse ist geschwächt und die Fähigkeit des „Ich“ zum Ertragen von Spannungen liegt extrem niedrig. Durch die Einnahme des Suchtmittels versucht der Süchtige im Sinne der Selbstmedikation, unerträgliche innere Spannungen herabzusetzen, Trennungsschmerzen, Ängste oder Wut zu verdrängen und stattdessen ein wohliges Körpergefühl sowie einen angenehmen Stimmungszustand zu erreichen. Alkohol bietet damit kurzfristig einen Schutz vor unerträglichen Affekten.

Daneben scheint der Alkohol die kritischen Forderungen des „Über-Ich“ abzuschwächen, was ebenfalls zu einer vorübergehenden Entlastung des „Ich“ führt. Der vom „Über-Ich“ oder Gewissen ausgehende Druck kann von unbewussten, unerfüllbaren Idealvorstellungen ausgehen, aber auch von unbewussten, sadistisch gefärbten, permanenten Selbstvorwürfen und Herabsetzungen. Ein Motiv zum Konsum des Suchtmittels wäre dann die unbewusste Suche nach einer Entlastung und nach einem Schutz vor den unerträglichen Forderungen des „Über-Ich“.

DAS LERN- UND VERHALTENSTHEORETISCHE SUCHTMODELL erklärt die Suchtentstehung als erlerntes Fehlverhalten. Als positiver Verstärker zur Fortsetzung des Fehlverhaltens kommen die angenehmen Selbsterfahrungen durch das Trinken von Alkohol in Betracht, aber auch die Vorbildfunktion von Erwachsenen und Gleichaltrigen. Bei fortgeschrittenem Alkoholmissbrauch kommt als positiver Verstärker die Erfahrung hinzu, dass sich Entzugserscheinungen als negative Verstärker durch den Alkoholkonsum vermeiden lassen.

Das Trinkverhalten wird vom Vorbild der Primärgruppe, das heißt von der Familie und dem Freundeskreis, wesentlich beeinflusst. Jugendliche tendieren insgesamt dazu, die Trinkgewohnheiten der Erwachsenen zu übernehmen. Einen zusätzlichen Einfluss nimmt der Bekanntenkreis auf das Trinkverhalten des Jugendlichen, der pubertätsbedingt nach anderen Vorbildern als den Eltern sucht und zu gruppenkonformem Verhalten neigt.

BEI DER ERFORSCHUNG DES BIOLOGISCHEN SUCHTMODELLS stehen heute vor allem die Neurotransmitter, wie Dopamin, Noradrenalin, GABA, Serotonin, Glutamat und die Endorphine im Mittelpunkt des Interesses. Dabei geht es insbesondere um die Abklärung der biochemischen Grundlage der Entwicklung einer Alkoholtoleranz, um ein besseres Verstehen des starken Verlangens nach Alkohol, um die biochemischen Veränderungen beim Entzugssyndrom und um die biochemischen Faktoren einer Alkoholabhängigkeit. Vermutet werden Wechselbeziehungen zwischen den verschiedenen Neurotransmittersystemen und den Neuropeptiden einerseits sowie den kortikalen Strukturen des sogenannten Suchtgedächtnisses andererseits.

Ein weiterer biologischer Forschungsansatz befasst sich mit der Abklärung von Erbfaktoren bei der Entstehung einer Alkoholkrankheit. Dafür spricht das gehäufte Vorkommen des Alkoholismus in der gleichen Familie. Als Gegenargument wurden Milieufaktoren angeführt, die zum gleichen Ergebnis führen können. So ließe sich das gehäufte Vorkommen von Alkoholikern in einer Familie allein durch die Nachahmung der elterlichen Vorbilder erklären im Sinne des sozialen Lernens. Um Klarheit darüber zu schaffen, wurden als Zielgruppe für diese Untersuchungen in sogenannten Adoptivstudien Kinder ausgewählt, die getrennt von ihren alkoholkranken Eltern in Pflegefamilien aufwuchsen. Die Ergebnisse stützen die Annahme von Erbfaktoren, denn es fand sich auch bei den getrennt von den Eltern in Pflegefamilien aufgewachsenen Söhnen eine deutlich erhöhte Alkoholismusrate. Bei den Töchtern ließ sich dagegen keine so eindeutige Beziehung feststellen.

Vererbt wird sicher nicht die Alkoholkrankheit als solche, sondern nur eine konstitutionelle Disposition. Es könnte sich dabei um bestimmte Persönlichkeitseigenschaften handeln, die wie bei den Eltern zu positiven Trinkerfahrungen führen und insofern den fortgesetzten Missbrauch begünstigen.

Welche Erkenntnisse ergeben sich hieraus für mich und meine Tätigkeit?

Erkenntnisse, Erfahrungen, Ideen, Kompetenzen – Transfer in den Berufsalltag

WELCHE BESONDERHEITEN VON SUCHT IM ALTER KENNEN SIE?

Die Konsummuster und die Erscheinungsformen von Sucht im Alter sind in Teilen andere als bei jüngeren suchtkranken Menschen.

Mit u.a. der Late-onset-Thematik wird versucht dieser Problemstellungen gerecht zu werden und daraus relevante Hinweise für eine angemessene und altersbezogene Begleitung, Betreuung, Behandlung, Pflege und Therapie der betroffenen Senioren abzuleiten.

Hilfestellung lohnt sich immer. Beratung und Therapie sind ähnlich erfolgreich wie in allen anderen Lebensaltern. Das größte Problem ist die noch immer weit verbreitete „therapeutische Abstinenz“ des Hilfesystems.

Aufgabe:
Bitte überlegen Sie, welche Besonderheiten es bei suchtkranken Senioren gibt. Denken Sie insbesondere an Ihre bisherigen beruflichen Erfahrungen:

- Was ist Ihnen aufgefallen?
- Gibt es Ereignisse/Erfahrungen, die im Hinblick auf eine mögliche Suchterkrankung bei Senioren neu beurteilt werden könnten/ sollten?
- Was vermuten Sie, welche relevanten Besonderheiten sollten bei Senioren Berücksichtigung finden?

Bitte tragen Sie diese unten in den jeweiligen Bereich ein.

Erscheinungsformen bei Sucht im Alter.
Was kenne/vermute ich? Was ist Ihnen aufgefallen?

Erscheinungsformen bei Sucht im Alter.

Gibt es Ereignisse/Erfahrungen, die im Hinblick auf eine mögliche Suchterkrankung bei Senioren neu beurteilt werden könnten/sollten?

Erscheinungsformen bei Sucht im Alter.

Was vermuten Sie, welche relevanten Besonderheiten sollten bei Senioren Berücksichtigung finden?

WANN SPRICHT MAN VON ABHÄNGIGKEIT NACH ICD 10

Die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD = ***I***nternational Statistical ***C***lassification of ***D***iseases and Related Health Problems) ist das wichtigste, weltweit anerkannte Diagnoseklassifikationssystem der Medizin. Es wird von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herausgegeben. In Deutschland sind die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und ärztlich geleiteten Einrichtungen verpflichtet, Diagnosen nach ICD-10 zu verschlüsseln.

Abhängigkeit bedeutet, dass man nicht mehr in der Lage ist, seinen Konsum, bzw. die pathologischen Verhaltensweisen willentlich zu steuern.

Man unterscheidet zwischen körperlicher und psychischer Abhängigkeit. Bei der reinen psychischen Abhängigkeit sind die Betroffenen nicht mehr in der Lage, bestimmte Lebenssituationen oder auch das Leben an sich ohne das Suchtmittel durchzustehen. Kommt eine körperliche Abhängigkeit hinzu, so treten bei fehlendem Suchtmittelkonsum körperliche Beschwerden auf.

Für die Diagnose z.B. einer Alkoholabhängigkeit muss **keine** körperliche Abhängigkeit (Entzugssyndrom) vorliegen. Die Grenze, an der Genuss aufhört und Sucht anfängt, ist fließend.

Man versucht die Abhängigkeit durch mehrere Faktoren zu beschreiben. Jede einzelne der unten aufgeführten Warnhinweise ist ein deutliches Alarmsignal.

Diagnosekriterien nach ICD-10:
Zur Diagnose des Abhängigkeitssyndroms müssen drei oder mehr der folgenden Kriterien gemeinsam erfüllt sein.

1. Starker Wunsch oder Zwang

Es besteht ein starker Wunsch, ein Zwang eine Substanz zu konsumieren oder etwas immer wieder zu tun. So verspürt z.B. ein alkoholkranker Mensch ein starkes Verlangen nach dem nächsten Schluck, der Nikotinsüchtige die Gier nach der nächsten Zigarette.

Dieses Verlangen kann auch dann außerordentlich stark sein, wenn noch keine körperliche Abhängigkeit vorhanden ist, also keine körperlichen Symptome beim Entzug auftreten.

2. Kontrollverlust

Ein zweites Kennzeichen einer Sucht ist der Kontrollverlust. So ist beispielsweise ein Alkoholkranker kaum in der Lage zu kontrollieren, wann er trinkt, bzw. wann er mit dem Trinken aufhört und wie viel Alkohol er konsumiert. Ein Spielsüchtiger oder Kaufsüchtiger wird weiterspielen und einkaufen, auch wenn er es sich finanziell gar nicht mehr leisten kann und er praktisch schon ruiniert ist.

3. Abstinenzverlust

Aus der Unfähigkeit, den Konsum einer Droge zu kontrollieren, bzw. auf ein bestimmtes Verhalten zu verzichten, resultiert der Verlust zur Abstinenz. Das geht soweit, dass der suchtkranke Mensch selbst dann auf seine Drogen nicht verzichten kann, wenn die Sucht bereits schwere gesundheitliche oder soziale Konsequenzen hat.

So gibt es starke Raucher, die trotz einer Herzerkrankung nicht auf Zigaretten verzichten, oder Menschen die weitertrinken, obwohl ärztliche Untersuchungen eindeutig ergeben haben, dass ihre Gesundheit in Gefahr ist (z.B. erhöhte Leberwerte oder Leberzirrhose).

Sie sind während der Arbeitszeit oder auch im Straßenverkehr alkoholisiert. Sie trinken weiter, obwohl sie Probleme in der Familie / mit dem Partner haben oder der Alkohol der Grund eines drohenden Arbeitsplatzverlustes ist.

4. Toleranzbildung

Menschen, die in eine Sucht schlittern, brauchen immer größere Mengen ihrer Droge um den gleichen Effekt zu erzielen. Der Körper gewöhnt sich an die Droge, der Konsum steigt. Das kann auch für Verhaltensweisen mit Suchtcharakter gelten, die häufig immer weiter ausufern. Ein Beispiel ist die Glücksspielsucht.

5. Entzugserscheinungen (Entzugssyndrom)

Die heftigsten Entzugserscheinungen treten beim Absetzen harter Drogen wie Heroin aber auch bei Alkoholikern beim Entzug auf. Sie reichen von verhältnismäßig leichten Symptomen wie Schwitzen, Frieren und Zittern bis hin zu starken Gliederschmerzen, Schlafstörungen, Halluzinationen, Krampfanfällen und Kreislaufzusammenbrüchen. Da die Gier nach der Droge dabei ins Unermessliche wachsen kann, ist ein Entzug aus eigener Willenskraft meist kaum zu schaffen, aber auch nicht ungefährlich.

Insbesondere bei älteren Menschen sind gesundheitliche Komplikationen nicht selten. Ein Entzug sollte daher immer im stationären Setting, idealerweise als sog. qualifizierte Entzugsmaßnahme stattfinden.

Verhaltenssüchte oder -zwänge wie Spiel- oder Kaufsucht machen natürlich nicht körperlich abhängig wie Süchte, die auf dem Missbrauch von Substanzen basieren.
Der Kick für den Suchtkranken beruht aber auch hier auf bio-chemischen Prozessen im Gehirn. Bleiben diese aus, können durchaus Entzugserscheinungen auftreten wie Nervosität, Aggressivität und der unwiderstehliche Drang, das Suchtverhalten wieder auszuüben.

6. Rückzug aus dem Sozialleben

Wer in einer Sucht gefangen ist, verliert das Interesse an anderen Menschen und anderen Beschäftigungen. Hobbys, soziale Kontakte und selbst der Beruf werden vernachlässigt.

Die „Droge“, sei sie nun eine Substanz oder ein bestimmtes Verhalten, wird zum absoluten und dominierenden Lebensmittelpunkt. So empfinden z.B. viele Angehörige, dass sie ihren Partner an die Sucht oder das Suchtmittel verloren haben.

DIAGNOSEKRITERIEN NACH ICD-10

STARKER WUNSCH ODER ZWANG

Bitte formulieren Sie (auf der Rückseite) für unseren „Beipackzettel“:

WELCHE WEITEREN „NEBENWIRKUNGEN“ SIND IN DIESEM ZUSAMMENHANG ZU ERWARTEN?

BITTE BERÜCKSICHTIGEN SIE IHRE BISHERIGEN PRAXISERFAHRUNGEN,
DIE LEBENSWIRKLICHKEIT VON SENIOREN, SOWIE AUCH DIE EMOTIONALEN,
SOZIALEN, WIRTSCHAFTLICHEN UND PERSÖNLICHEN FOLGEN.

DIAGNOSEKRITERIEN NACH ICD-10

KONTROLLVERLUST

Bitte formulieren Sie (auf der Rückseite) für unseren „Beipackzettel“:

WELCHE WEITEREN „NEBENWIRKUNGEN“ SIND IN DIESEM ZUSAMMENHANG ZU ERWARTEN?

BITTE BERÜCKSICHTIGEN SIE IHRE BISHERIGEN PRAXISERFAHRUNGEN,
DIE LEBENSWIRKLICHKEIT VON SENIOREN, SOWIE AUCH DIE EMOTIONALEN,
SOZIALEN, WIRTSCHAFTLICHEN UND PERSÖNLICHEN FOLGEN.

DIAGNOSEKRITERIEN NACH ICD-10

ABSTINENZVERLUST

Bitte formulieren Sie (auf der Rückseite) für unseren „Beipackzettel“:

WELCHE WEITEREN „NEBENWIRKUNGEN“ SIND IN DIESEM ZUSAMMENHANG ZU ERWARTEN?

BITTE BERÜCKSICHTIGEN SIE IHRE BISHERIGEN PRAXISERFAHRUNGEN,
DIE LEBENSWIRKLICHKEIT VON SENIOREN, SOWIE AUCH DIE EMOTIONALEN,
SOZIALEN, WIRTSCHAFTLICHEN UND PERSÖNLICHEN FOLGEN.

DIAGNOSEKRITERIEN NACH ICD-10

TOLERANZBILDUNG

Bitte formulieren Sie (auf der Rückseite) für unseren „Beipackzettel“:

WELCHE WEITEREN „NEBENWIRKUNGEN“ SIND IN DIESEM ZUSAMMENHANG ZU ERWARTEN?

BITTE BERÜCKSICHTIGEN SIE IHRE BISHERIGEN PRAXISERFAHRUNGEN,
DIE LEBENSWIRKLICHKEIT VON SENIOREN, SOWIE AUCH DIE EMOTIONALEN,
SOZIALEN, WIRTSCHAFTLICHEN UND PERSÖNLICHEN FOLGEN.

DIAGNOSEKRITERIEN NACH ICD-10

ENTZUGSERSCHEINUNGEN

Bitte formulieren Sie (auf der Rückseite) für unseren „Beipackzettel“:

WELCHE WEITEREN „NEBENWIRKUNGEN“ SIND IN DIESEM ZUSAMMENHANG ZU ERWARTEN?

BITTE BERÜCKSICHTIGEN SIE IHRE BISHERIGEN PRAXISERFAHRUNGEN,
DIE LEBENSWIRKLICHKEIT VON SENIOREN, SOWIE AUCH DIE EMOTIONALEN,
SOZIALEN, WIRTSCHAFTLICHEN UND PERSÖNLICHEN FOLGEN.

DIAGNOSEKRITERIEN NACH ICD-10

RÜCKZUG AUS DEM SOZIALLEBEN

Bitte formulieren Sie (auf der Rückseite) für unseren „Beipackzettel“:

WELCHE WEITEREN „NEBENWIRKUNGEN“ SIND IN DIESEM ZUSAMMENHANG ZU ERWARTEN?

BITTE BERÜCKSICHTIGEN SIE IHRE BISHERIGEN PRAXISERFAHRUNGEN,
DIE LEBENSWIRKLICHKEIT VON SENIOREN, SOWIE AUCH DIE EMOTIONALEN,
SOZIALEN, WIRTSCHAFTLICHEN UND PERSÖNLICHEN FOLGEN.

SUCHTENTWICKLUNG UND VERLAUF NACH JELLINEK

Verlauf und Symptomatik der Alkoholkrankheit sind von *Jellinek* nach jahrelangen Beobachtungen in Zusammenarbeit mit den Anonymen Alkoholikern eingehend beschrieben worden.

Er unterscheidet die drei aufeinander folgenden Phasen:

- **Anfangsphase,**
-
- **kritische Phase,**
- **chronische Phase.**

Übersicht über Typen der Alkoholerkrankung nach Jellinek
(erweitert von W. Feuerlein)

Typ des Alkoholismus		Grobe Beschreibung	Abhängigkeit	Sucht-kennzeichen
α	Alpha	Konflikttrinker	nur Psychisch	kein Kontrollverlust aber undiszipliniertes Trinken
β	Beta	Gelegenheitstrinker	keine, außer soziokulturelle	kein Kontrollverlust
χ	Gamma	Süchtiger Trinker	zuerst psychische Abhängigkeit später physische	Kontrollverlust jedoch Fähigkeit zur Abstinenz
δ	Delta	Gewohnheitstrinker	physische Abhängigkeit	Unfähigkeit zur Abstinenz, aber kein Kontrollverlust
ε	Epsilon	episodischer Trinker	psychische Abhängigkeit	Kontrollverlust, jedoch zeitweise Fähigkeit zur Abstinenz

© Michael Hörth / hrkontor.de

Die *Anfangsphase* (Prodromalphase) ist für den Laien, und nicht nur für ihn, oft schwer erkennbar. Der Gefährdete selbst, häufig auch seine Umgebung, neigen zur Bagatellisierung und verzögern damit rechtzeitige Hilfe.

Die Erkrankung deutet sich an, wenn Alkohol zunehmend als Mittel zur Verminderung psychischer Spannungen und Ängste benutzt wird oder wenn sich eine Tendenz zur Steigerung der Trinkmenge bemerkbar macht.

Mehr und mehr beherrscht das wachsende Verlangen nach Alkohol das Denken und Handeln. Dies wird oft begleitet von Schuldgefühlen. Die Suche nach Gelegenheiten, unauffällig Alkohol zu sich zu nehmen, wird zum zentralen Anliegen. Die zunehmende Verstrickung löst Schuldgefühle aus und führt zum Versuch, das Fehlverhalten durch heimliches Trinken vor der Umwelt zu verbergen. In diesem Stadium können bereits alkoholbedingte Ausfallerscheinungen, wie Erinnerungslücken und Flucht aus der Realität auftreten. Unangenehme Empfindungen werden immer häufiger mit Alkohol betäubt und die Fähigkeit zur Abstinenz, insbesondere unter Belastungssituationen, nimmt stetig ab.

In der *kritischen Phase* machen sich deutliche psychische Veränderungen bemerkbar.
Der Kranke wird reizbar und unwillig. Vorhaltungen werden zuerst mit Ausreden, später mit Widerstand beantwortet. Das Denken engt sich ein und wird zunehmend auf die Beschaffung und die Bevorratung mit Alkohol ausgerichtet. Andere Dinge verlieren für den Alkoholiker an Bedeutung. Darunter leiden schließlich die zwischenmenschlichen Beziehungen. Es kommt zu Störungen im Familienleben und im Freundeskreis. Die Krisen im familiären, beruflichen und sozialen Bereich summieren sich zu neuen Belastungen, die meist in Depressionen, Selbstvorwürfen und Selbstbemitleidung ihren Ausdruck finden. Das starke Verlangen nach Alkohol manifestiert sich unter anderem im morgendlichen Trinken auf nüchternen Magen.

Es tritt häufiger Kontrollverlust ein, abstinente Intervalle werden kürzer und seltener, die Nahrungsaufnahme wird vernachlässigt, der Kalorienbedarf vorwiegend über Alkohol gedeckt. Bei manchen Kranken zeigen sich bereits die ersten körperlichen Schäden, die eventuell sogar eine klinische Behandlung erfordern. Dabei verschleiert der Kranke in typischer Weise seine alkoholbedingten Beschwerden, so dass die eigentliche Ursache seiner Leiden nicht selten unentdeckt bleibt. Es kann zu sexuellen Störungen kommen, die von einseitig gegen den Partner gerichteten Eifersuchtsvorstellungen begleitet sein können.

Die alkoholbedingten körperlichen und psychischen Begleiterkrankungen geben häufig den ersten Anlass zum Kontakt mit dem medizinischen System, werden aber oft nicht als Folgeerscheinungen des übermäßigen Alkoholtrinkens erkannt. So wird eine erste Chance vertan, die Alkoholabhängigkeit und damit die eigentliche Grunderkrankung einer Behandlung zuzuführen. Begünstigt wird das Nichterkennen der Grunderkrankung durch die fehlende Krankheitseinsicht des Alkoholkranken, der seinen Alkoholkonsum weiterhin bagatellisiert oder gar bestreitet.

Anlass zu vertiefenden Fragestellungen zum Alkoholkonsum sollten vor allem solche Krankheitsbilder geben, die erfahrungsgemäß gehäuft auf übermäßiges Trinken zurückzuführen sind, wie beispielsweise **Lebererkrankungen, Entzündungen der Bauchspeicheldrüse und in diesem Zusammenhang auch die Diabetes, Unfälle unter Alkoholeinfluss und anhaltende Entzündungen der Magenschleimhäute**. Es gibt aber auch spezifische Haut- und Gefäßveränderungen, ja selbst Muskelschwund kann auf süchtigen Alkoholmissbrauch hindeuten.

Die *chronische Phase* wird durch deutliche Schädigungsfolgen seelischer, körperlicher und/oder sozialer Art gekennzeichnet. Dazu gehören beispielsweise Beeinträchtigungen des Denkens, vorübergehende Psychosen, ethischer Verfall, Angstzustände, psychomotorische Verlangsamung, Nachlassen der Alkoholverträglichkeit, Abstieg im Sozialstatus. Das Trinken ist durch starkes Verlangen gekennzeichnet und kann sich zu verlängerten, tagelangen Räuschen steigern. Der Zusammenhang zwischen Alkoholismus und seinen Folgeschäden wird nun so offensichtlich, dass auch der Betroffene seinen Zustand zu erkennen beginnt.

Erfahrungsgemäß müssen erst Krisen entstehen, bevor der Alkoholiker zur Krankheitseinsicht gelangt und zur Annahme von Hilfe bereit ist.

Die von *Jellinek* herausgearbeiteten Auffälligkeiten geben einen Überblick über eine fortschreitende Entwicklung mit zunehmendem Schweregrad. Bei der Zuordnung zu den Phasen kommt es im Wesentlichen auf den Gesamteindruck an. Einzelne Merkmale bieten dagegen keine hinreichende Sicherheit bei der Beurteilung, da die Verläufe von Fall zu Fall sehr verschiedenartig sein können und einzelne Auffälligkeiten nicht als charakteristisch für eine bestimmte Phase gelten.

Der zeitliche Ablauf der Abhängigkeitsentwicklung kann ebenfalls erhebliche Unterschiede aufweisen. Der Beginn ist immer uncharakteristisch und geht meist über Jahre fließend in den schweren Missbrauch über. In der Regel vergehen dann weitere Jahre bis zum Vollbild der Erkrankung.

Dem oft schleichenden Verlauf und den „positiven“ Selbsterfahrungen des Alkoholtrinkers ist es zuzuschreiben, dass kein echtes Krankheitsgefühl entsteht oder sehr früh verdrängt wird. Es fehlt dazu der Leidensdruck. Vor diesem Hintergrund der subjektiven Verdrängung und Verleugnung wird es verständlich, dass oft selbst im fortgeschrittenen Krankheitsstadium die gut gemeinten Ratschläge von Freunden und Bekannten als unzutreffend zurückgewiesen werden.

Eine Krankheitseinsicht und eine damit verbundene Behandlungsbereitschaft beginnt erst mit wachsendem Leidensdruck zu reifen, wenn die schädigenden Auswirkungen unübersehbar werden und sich der Alkoholiker den negativen Fakten nicht mehr verschließen kann. Aber selbst dann kann ein hartnäckiges Verleugnen der Realität fortbestehen, das allen therapeutischen Bemühungen sehr enge Grenzen setzen kann.

Welche Erkenntnisse ergeben sich hieraus für mich und meine Tätigkeit?

Erkenntnisse, Erfahrungen, Ideen, Kompetenzen – Transfer in den Berufsalltag

Notizen ▪ Gedanken ▪ Erinnerungen ▪ Ideen ▪ Inspirationen ▪ Phantasien