



„Lasst dem alten Mann doch sein Bier“

Merkmale der Alkoholsucht im Alter

Epidemiologie, Ursachen, Warnsignale, Komorbidität

Seesen, 28. November 2012

Dr. med. Björn Ahl

Oberarzt des
Gerontopsychiatrischen
Zentrums (GPZ)

PRIVAT-NERVEN-KLINIK
DR. MED. KURT FONTHEIM





- Mit dem **Altern der „baby boomer“**, die sich durch höhere Auftreten von Suchterkrankungen auszeichnen als frühere Generationen und ihre Konsumgewohnheiten ins Alter mitnehmen, wird es zu einem erheblichen Anwachsen von Suchtproblemen im Alter kommen [*].

[*] Han B, Gfroerer JC, Colliver JD, Penne MA.
Substance use disorder among older adults in the United States in 2020.
Addiction 2009; 104 (1): 88-96



- Überkommene Vorstellungen, **dass Suchterkrankungen sich mit dem Alter „auswachsen“**, haben sich als nicht zutreffend erwiesen.
- Ein **negatives Altersstereotyp** in Verbindung mit oft **unspezifischen Symptomen** führt leichter als im mittleren Erwachsenenalter dazu, dass Suchtprobleme nicht erkannt sondern **körperlichen Erkrankungen**, einer **Demenz** oder **„dem Alter an sich“** zugeschrieben werden.

Problematik der Diagnosestellung



- Die **fließenden Übergänge** vom Genuss über den riskanten Konsum zu Missbrauch und Abhängigkeit machen Diagnostik und Aussagen zur Häufigkeit schwierig.
- Die in der *amerikanischen Literatur* übliche **Abstufung** bei uns weniger geläufig:
 - Abstinenz
 - risikoarmer/mäßiger Konsum
 - riskanter Konsum
 - problematischer Konsum
 - schädlicher Gebrauch/ Missbrauch
 - Abhängigkeit

abstinent //mäßiger K. // riskanter K. // problematischer K. // schädlicher K. // **abhängig**

Standardgetränk /-drink



- weder einheitliche Empfehlungen hinsichtlich der ungefährlichen Konsummenge noch einheitliche Definitionen des Begriffs „Standarddrink“
- Ein „Standardgetränk“ misst die **Menge des reinen Alkohols**, der konsumiert wird (und nicht die Menge der Flüssigkeit, die man trinkt). Die Festsetzung der Alkoholmenge für ein „Standardgetränk“ variiert von Land zu Land (von 10 ml in Grossbritannien bis 25 ml in Japan).
- Für Deutschland gilt: 1 Standardgetränk = 10 g reiner Alkohol entspricht in etwa
 - 3 dl Bier
 - oder 1 dl Wein
 - oder 2 cl Spirituosen



Problematik der Diagnosestellung



abstinent // mäßiger K. // riskanter K. // problematischer K. // schädlicher K. // **abhängig**

- Als „*chronischer Konsum*“ wird der regelmäßige Alkoholkonsum
 - häufiger als 3 x pro Woche,
 - mehr als 3 Standardgetränke pro Trinktag
- Hinsichtlich der Mengen wird von der WHO folgender Konsum als *nicht mehr risikoarm* (mit hoher Abhängigkeitswahrscheinlichkeit) eingestuft:
 - **20g** reinen Alkohol pro Tag bei **Frauen** bzw.
 - **30g** pro Tag bei **Männern**
- Bei 40 g Alkohol pro Tag verdoppelt sich beim Mann das Risiko, eine Lebererkrankung, einen erhöhten Blutdruck und/oder bestimmte Krebserkrankungen zu bekommen

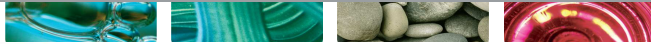
Häufigkeiten



abstinent // mäßiger K. // riskanter K. // problematischer K. // schädlicher K. // **abhängig**

- In **Gemeindestudien** liegt das Vorkommen für Missbrauch und Abhängigkeit der älteren Bevölkerung bei
 - 2 - 4 % und für riskanten
 - 9 - 16 % für problematischen Konsum
 - die Raten liegen für Männer deutlich höher als für Frauen
- Unter **deutschen Hausarztpatienten ab 75 Jahre** betreiben 6,5 % riskanten Konsum

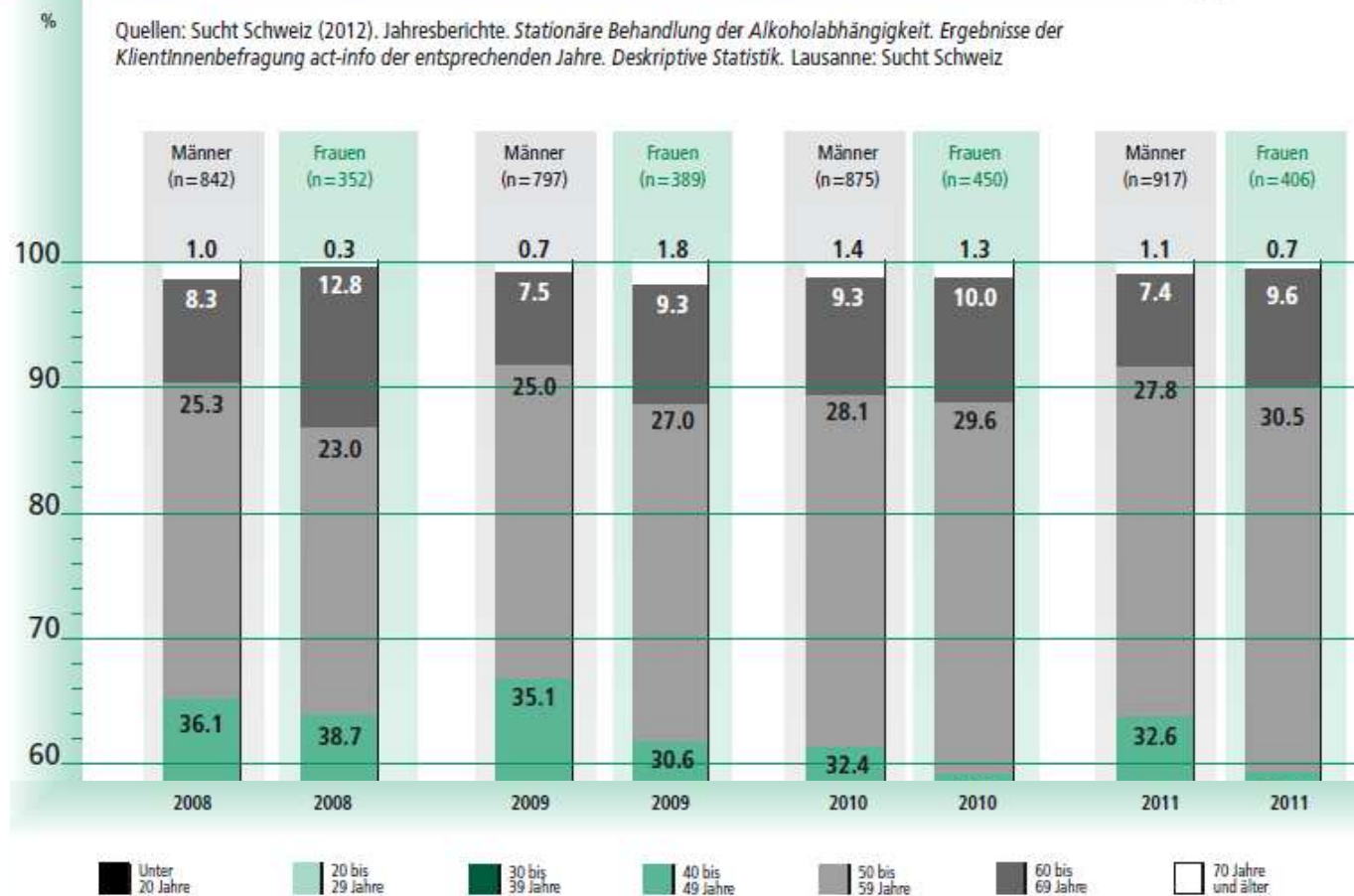
Stationäre Aufnahmen aufgrund des Alkohols



Alter der Klientinnen und Klienten mit dem Hauptproblem Alkohol bei Aufnahme in eine spezialisierte stationäre Institution, nach Geschlecht (2008 - 2011)



Quellen: Sucht Schweiz (2012). Jahresberichte. Stationäre Behandlung der Alkoholabhängigkeit. Ergebnisse der Klientinnenbefragung act-info der entsprechenden Jahre. Deskriptive Statistik. Lausanne: Sucht Schweiz



Sinkender Alkoholkonsum?



- Der absolute Alkoholkonsum geht *im Durchschnitt* mit dem Lebensalter aus verschiedenen Gründen zurück:
 1. registrieren die meisten älteren Menschen die altersphysiologisch **nachlassende Alkoholtoleranz** und trinken dementsprechend weniger,
 2. spielen **Altersarmut, verminderte Zugangsmöglichkeit** zu Alkohol durch **eingeschränkte Mobilität** und
 3. **reduzierte soziale Kontakte** eine Rolle.
- Der Rückgang schwächt sich jedoch ab
→ die **Frauen „holen auf“**



Körperliche Faktoren ändern sich



- **Veränderter Stoffwechsel** im Alter führen zu:
 - Absinken des Körperwasseranteils
 - verminderter Enzymaktivität (Leber!)→ Somit ist **im Alter** bei **gleicher Trinkmenge** die **Blutalkoholkonzentration erhöht**.



- Andererseits sind bei gleicher BAK die **Effekte auf das Nervensystem bei Senioren ausgeprägter** als bei Jüngeren
 - Einfluss auf verschiedene Botenstoffsysteme, z.B. Opiod-, Cannabinoid- und GABA-Rezeptoren)



CAGE Fragebogen

(bei 1x „JA“ möglicher Missbrauch, bei 2x „JA“ mögliche **Abhängigkeit**)

- Haben Sie schon einmal das Gefühl gehabt, dass Sie Ihren Alkoholkonsum **verringern** sollten? (*Cut down*)
- Hat Sie schon einmal jemand durch Kritisieren Ihres Alkoholtrinkens **ärgerlich** gemacht? (*Annoyed*)
- Haben Sie schon einmal wegen Ihres Alkoholtrinkens ein **schlechtes Gewissen** gehabt oder sich schuldig gefühlt? (*Guilty*)
- Haben Sie schon einmal **morgens als erstes** Alkohol getrunken, um sich nervlich wieder ins Gleichgewicht zu bringen oder einen Kater loszuwerden? (*Eye opener*)

Screening auf Alkoholmissbrauch oder -abhängigkeit (CAGE)

1. Haben Sie schon einmal das Gefühl gehabt, dass Sie Ihren Alkoholkonsum verringern sollten? (Cut down)
2. Hat Sie schon einmal jemand durch Kritisieren Ihres Alkoholtrinkens ärgerlich gemacht? (Annoyed)
3. Haben Sie schon einmal wegen Ihres Alkoholtrinkens ein schlechtes Gewissen gehabt oder sich schuldig gefühlt? (Guilty)
4. Haben Sie schon einmal morgens als erstes Alkohol getrunken, um sich nervlich wieder ins Gleichgewicht zu bringen oder einen Kater loszuwerden? (Eye opener)

Prototypen des Alkoholismusbeginns



	„early onset“ (EOA)	„late onset“ (LOA)
Alter bei Beginn des Alkoholproblems	< 60 Jahre	> 60 Jahre
Geschlecht	eher männlich	eher weiblich
Häufigkeit	2/3 der Prävalenz	1/3 der Prävalenz
Persönlichkeit	eher instabil	eher stabil
Wohnsituation	häufig wechselnd	eher konstant
Soziales Netzwerk	häufig alleinstehend, geschieden	häufig familiäre Bindung
sozioökonomischer Status	häufiger niedriger Status	häufiger höherer Status
Bildungsniveau	eher niedrig	eher höher
Konfliktverhalten	eher vermeidend	eher problemlösend
Probleme mit der Justiz	häufiger	selten
Familiäre Erfahrung mit exzessivem Alkoholkonsum	häufig	selten
Raucherstatus	meist Langzeit-Raucher	häufiger Nichtraucher
Kognitive Beeinträchtigungen	eher ausgeprägt	eher gering
Therapieadhärenz und -prognose	mäßig	gut

Später Alkoholismus (*late onset*)



- **Pensionierungsschock, Verlusterlebnisse = Klischee !**
- alterstypischen Belastungen (s.o.) sind oft nicht die Ursache (werden aber von der Umgebung und den Ärzten meist unkritisch übernommen!)
- Erhöhter Alkoholkonsum ist auch zurückzuführen auf:
 - Wegfall **sozialer Kontrollinstanzen** (Beziehungsverlust)
 - Wegfall **äußerer Abstinenzmotivation** (Berufstätigkeit)

→ in diesen Fällen ist als Hintergrund eine bis dahin kompensierte **psychische Störung zu diskutieren.**



Später Alkoholismus (*late onset*)



Weitere Subgruppen älterer Alkoholiker:

- „**trockene Alkoholiker**“ mit langen Abstinenzphasen im mittleren Erwachsenenalter, die erst im Senium von neuem missbräuchlich beziehungsweise abhängig trinken,
- **alt gewordene chronisch-mehrfach geschädigte Alkoholiker**, bei denen in der Regel auch ausgeprägte hirnorganische Veränderungen vorliegen

Alkoholentzug



- Das reine kalendarische Alter erhöht nicht die Intensität des Alkoholentzugssyndroms, entscheidend sind:
 - Komorbidität und
 - Schweregrad der Suchterkrankung
 - Polytoxikomanie, d.h. Konsum anderer Suchtmittel
 - Delir-Vorgeschichte mit Psychosen
 - Epileptische Anfälle im Entzug
 - Folgekrankheiten mit weiteren Folgen [Auswahl...]

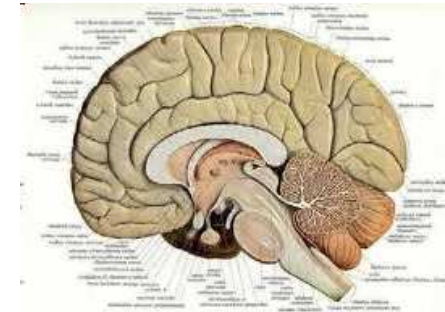


- Schädigungen am zentralen und/oder peripheren Nervensystem
 - » Koordinations-, Gang-, Sprech-, Schluckstörung
- Grad der Leberschädigung
 - » Umgehungskreislauf der Leber mit Varizenbildung
- Herzinsuffizienz
 - » Wasser in den Beinen mit Luftnot, verminderter Gehstrecke,
- Knochenmarksschädigung
 - » Infekt- und Blutungsneigung

Alkoholassoziierte Demenzen



1. Atypische Alzheimerdemenz
2. Amnestisches Syndrom bei chronischer Abhängigkeit
3. Weitere Komplikationen des Zentralnervensystems:
 - **Entzugsdelir**
 - Gefahr schwerer vegetativer Entgleisungen
 - **Epileptischer Anfall** (im Entzug oder bei Intoxikation)
 - Gefahr des Status sowie Trauma durch motorische Entäußerungen
 - **Thiamin-Mangel**-Zustände mit Wernicke-Korsakow-Syndrom
 - Gefahr irreversibler neurologischer Ausfälle (Ataxie, Okulomotorikstörung)
 - **Hepatische Enzephalopathie** bei Leberzirrhose
 - Gefahr des Leberkomas
 - **Mikro- und makroangiopathische** Komplikationen
 - Gefahr des Schlaganfalles mit entsprechenden Ausfälle
 - **Zentrale pontine Myelinolyse** bei Elektrolytverschiebung
 - Gefahr schwerer neurologischer Ausfälle





- Die Entzugsbehandlung unterscheidet sich nicht grundsätzlich von der bei jüngeren Patienten
- **Symptomgetriggerte Therapieschemata**, in denen vegetative Parameter (Pulsfrequenz, Blutdruck) eine zentrale Rolle spielen, sind bei älteren Patienten mit Herz-Kreislauf-Vorerkrankungen allerdings nur bedingt einsetzbar.
- Wichtig ist die **Berücksichtigung von Begleiterkrankungen** einerseits und der geringeren Reservekapazitäten in vielen Bereichen.
 - Auswahl der Begleitmedikation eingeschränkt
- Insbesondere bei **kachektischen alten Patienten** ist eine weite Indikationsstellung für die Vitamin B1-Gabe zur Prophylaxe einer Wernicke-Enzephalopathie zu bedenken
 - Störung der Okulomotorik und Gangstörungen





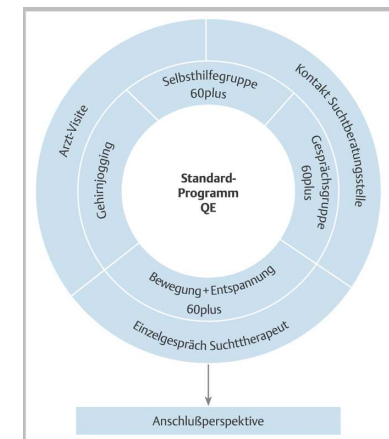
- insgesamt **nicht schlechter** als für jüngere
- für „late onset“-Patienten **sogar besser!**
- **Minimal- und Kurzinterventionen**
 - für riskanten beziehungsweise problematischen Konsum
- **kognitiv-behavioral fundierte Konzepte**
 - für Missbrauch und Abhängigkeit
- die **Grundsätze der motivierenden Gesprächsführung** auch für Ältere favorisiert





Spezifische Settings für ältere Patienten sind von Vorteil.

- Wichtig: **altersspezifische** Aspekte beachten!
 - körperliche Erkrankungen und Funktionsfähigkeit,
 - Kommunikationsgewohnheiten,
 - Lebenserfahrung und kognitive Leistungsfähigkeit
 - Ziel: „harm reduction“ (= Risikominimierung)
- Von zentraler Bedeutung: ein **nicht-konfrontatives** Vorgehen,
 - Respekt vor der erbrachten Lebensleistung der alten Patienten
- Selbst in einem **altersgemischten Setting** zeigen die älteren Patienten im Rahmen eines individualisierten Vorgehens eine
 - bessere Therapie-Adhärenz und
 - niedrigere Rückfallraten als die Jüngeren



Fazit für die Praxis



- Suchterkrankungen bei alten Menschen werden häufig übersehen, weil man zu selten daran denkt und die meist vieldeutigen Symptome anderen Ursachen zugeschrieben werden.
- Dabei wird die Prävalenz zunehmen, weil die ins Alter wachsenden Kohorten ihre Konsumgewohnheiten, die sich von denen der heutigen Altengenerationen deutlich unterscheiden, ins Senium mitnehmen und gleichzeitig der medizinische Fortschritt die Lebenserwartung auch dieser Menschen verlängert.
- Die Therapiechancen der alten Suchtpatienten sind nicht schlechter, teilweise sogar besser als die der jüngeren. Der häufig anzutreffende Defätismus („in dem Alter macht das doch nichts mehr“) ist deshalb keinesfalls angebracht.

Literatur- und Netzempfehlungen...



www.unabhaengig-im-alter.de
www.fosumos.ch



