

# Angebote der ambulanten und stationären Suchthilfe für SeniorInnen

5. Nordrhein-Westfälischer Kooperationstag „Sucht und Drogen“  
D. Geyer: Ambulante und stationäre Angebote 04.03.2009



5. Nordrhein-Westfälischer Kooperationstag „Sucht und Drogen“  
D. Geyer: Ambulante und stationäre Angebote 04.03.2009

- 1. Demographische Entwicklung**
- 2. Wahrnehmung von Alter, alten Menschen, alten Suchtkranken**
- 3. Epidemiologie, Alkohol, Medikamente, Tabak im Alter**
- 4. Geriatrische Aspekte**
- 5. Gerontopsychiatrische Aspekte**
- 6. Diagnose**
- 7. Symptomatologie und Typologie der Sucht im Alter**
- 8. Besonderheiten der Behandlung Älterer Suchtkranker**
- 9. Ambulante Angebote**
- 10. Stationär Behandlung**
- 11. Behandlungsergebnisse**

# Demographische Entwicklung

- **Jede nachfolgende deutsche Kindergeneration ist um ein Drittel kleiner als die ihrer Eltern (seit 1970)**
- **Heutige Kinder haben eine 50% Wahrscheinlichkeit, 100 Jahre alt zu werden**
- **Die Zahl der Älteren und Alten übertrifft die der Kinder und Jugendlichen**

# Demographische Entwicklung



5. Nordrhein-Westfälischer Kooperationstag „Sucht und Drogen“  
D. Geyer: Ambulante und stationäre Angebote 04.03.2009

# Demographische Entwicklung

**Eine Häufigkeitszunahme substanzbezogener Störungen im Alter ist zukünftig wahrscheinlich:**

- **Zunahme älterer Menschen**
- **Medizinischer Fortschritt**
- **„Neue“ Alte**
- **Individuation**

# Wahrnehmung des Alters und des Alterns

**„Aufgrund seiner Lebenserfahrung erwartet der alte Mensch stets, dass sich die Dinge zum Schlechten wenden. Er lebt mehr in der Erinnerung als aus der Hoffnung“. *Aristoteles, 384-322 v.Chr.***

**„Das Alter befreit den Menschen aus der Sklaverei seiner Triebe und verhilft ihm auf diese Weise zu heiterer Gemütsruhe.“ *Plato, 427-348 v.Chr.***

# Wahrnehmung von Alter und Altern

## Menschen über 60 seien / hätten:

- **Starrer**
- **Unrealistischer**
- **Unplastischer**
- **Keine Bereitschaft zum Wandel**
- **Keine Fähigkeit zum Wandel**

**„Man kann einem älteren neurotischen Menschen im allgemeinen viel weniger an Wahrheit im Sinne der Desillusionierung zumuten“ .... „Der Ältere wird zäher an seiner „Lebenslüge“ festhalten als der Jüngere“.**

*Franz Heigl, 1978*



# Wahrnehmung von Alter und Altern

## Kompetenz im Alter

- Fähigkeit zur Kompromissbildung zwischen dem Erwarteten und dem Erreichten
- Fähigkeit, die Begrenztheit des Lebens zu akzeptieren und gleichzeitig neue Lebensmöglichkeiten zu erkunden
- Umfassende Einordnung und Neubewertung zurückliegender Ereignisse, Erlebnisse und Erfahrungen
- Vertieftes Urteil über ethische Fragen
- Hohes Maß an Lebenserfahrung und „Weisheit“
- Altruismus
- Verantwortungsgefühl für nachfolgende Generationen

# Wahrnehmung von Alter und Altern

## Altern als mehrdimensionaler Prozess

- **Biographische Verankerung**
  - bisheriger Lebensstil
  - Akzeptanz des bisherigen Lebens
- **Wahrnehmung der augenblicklichen Situation**
- **Überzeugung, von Anderen akzeptiert und in der Individualität geachtet zu werden**
- **Soziale Integration**
- **Verhalten des sozialen Umfelds**

# Wahrnehmung von Alter und Altern

## Altern als dynamischer Prozess

- **Fähigkeit zur Weiterentwicklung im seelischen Bereich, Prozess der „Reifung“**
- **Qualitative Veränderungen**
  - Vertiefung des Urteils
  - Höhere Kompromissfähigkeit
- **Bewältigung von „Entwicklungsaufgaben“**
- **Veränderung der Intelligenzstruktur**
  - kaum Änderung der kristallinen Intelligenz
  - Verlangsamung kognitiver Prozesse

# Epidemiologie, Alkohol

**Mindestens 50 % der über 65-Jährigen trinken  
regelmäßig Alkohol**

*Mann et al., 2003*

# Epidemiologie, Alkohol

**Riskanter Alkoholkonsum im Alter ab 60  
Mehr als 30g (Männer) bzw. 20g (Frauen) täglich**

- **26% der Männer**
- **8% der Frauen**

*Kraus & Augustin, 2005*

# Epidemiologie, Alkohol

**Ca. 400.000 Männer und Frauen über 60 Jahre haben ein „Alkoholproblem“.**

**2-3% der Männer**

**0,5-1% der Frauen**

*Kraus & Augustin, 2005*

# Epidemiologie, Medikamente

- **Zwischen 5-10% der über 60-Jährigen haben einen problematischen Gebrauch von psychoaktiven Medikamenten bzw. von Schmerzmitteln**
- **Das sind 1-2 Millionen Menschen!**
- **Psychopharmaka Verordnungen steigen mit dem höheren Lebensalter deutlich an**

# Epidemiologie, Medikamente

## Epidemiologische Untersuchungen zu Benzodiazepinen

- **Exponentieller Anstieg mit zunehmenden Alter**
- **Überrepräsentanz von Frauen** (*Glaeske, 1996*)
- **Häufiger Verordnung bei mehreren körperlichen Erkrankungen** (*Glaeske, 1996*)
- **26% der über 70-Jährigen in Berliner Heimen nehmen Psychopharmaka, davon entfallen 13,2% auf Benzodiazepine** (*Helmchen et al., 1996*)
- **Besonders häufig erfolgt eine Langzeitverordnung von Benzodiazepinen bei älteren Menschen mit Schlafstörungen und bei Institutionalisierten** (*Melchinger, 1993*)



# Epidemiologie, Medikamente

**Die großzügigere Verordnung von Opiaten in der Behandlung des (nicht onkologischen) chronischen Schmerzes führt zu einer Zunahme opiatabhängiger älterer Menschen.**

# Epidemiologie, Medikamente

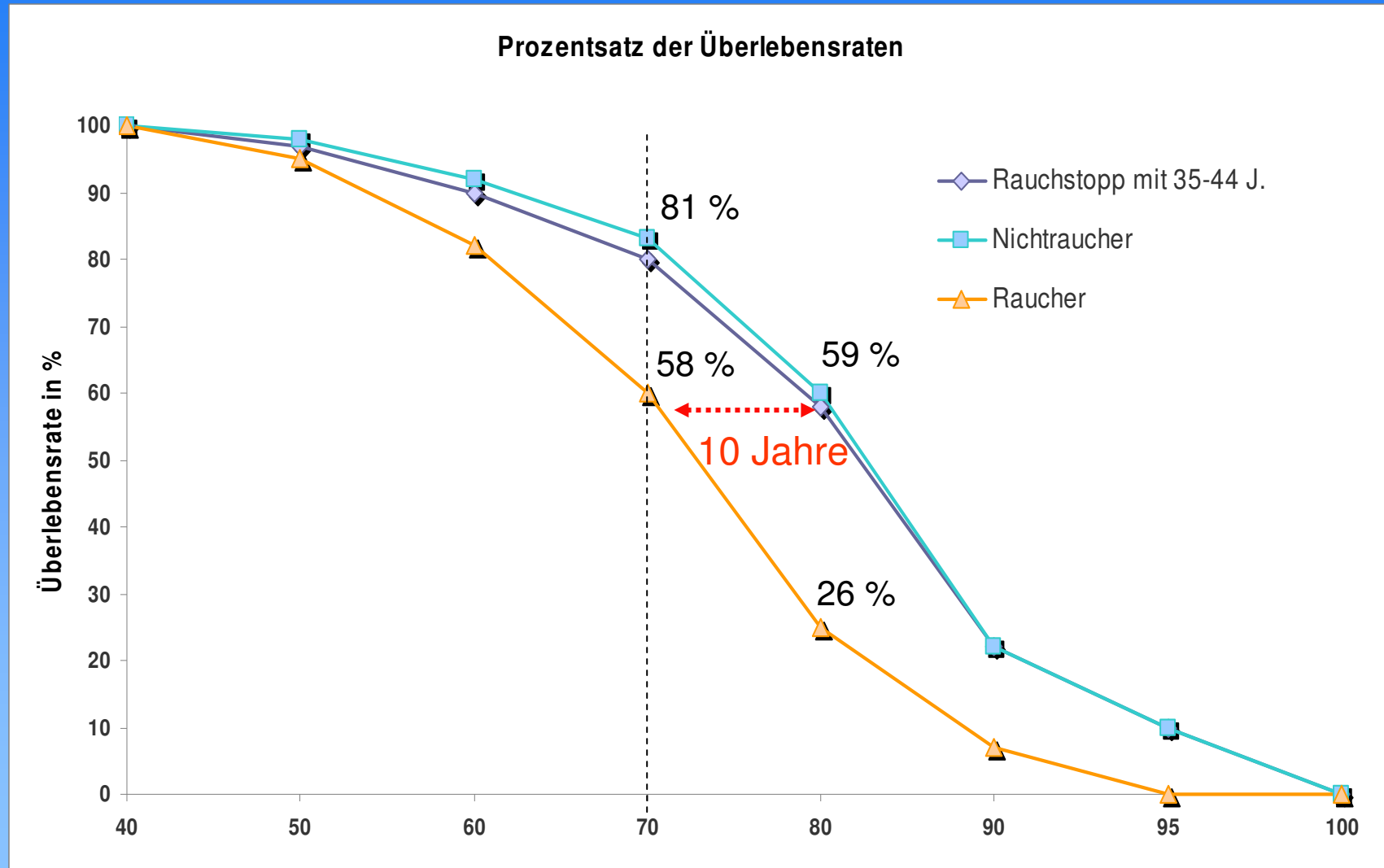
- Kontraindikationen (z.B. vorbestehender Alkoholabusus oder Alkoholabhängigkeit) werden nicht hinreichend beachtet
- Chronische Opiatgabe führt über gegenregulatorische Prozesse zu einer Hyperalgesie (*kann durch tierexperimentelle Befunde als gesichert gelten, Streltzer & Linden, 2008*)
- (Rasches) Absetzen führt zu Absetzeffekten und Craving
- Patient und Arzt verwechseln das Auftreten von Absetzphänomenen mit einer therapeutischen Wirkung bei Fortführung der Medikation
- Diese Fehlinterpretation und die erhöhte Schmerzempfindlichkeit fördern das Insistieren des Patienten auf Fortsetzung der Opiattherapie

# Epidemiologie, Tabak

- Die Quote der Raucher unter Älteren ist geringer, da die Lebenserwartung des Rauchers von mehr als 20 Zigaretten täglich um ca. 10 Jahre gemindert ist. *(Peto al. 2005)*
- Ältere Frauen rauchen seltener als ältere Männer
- Die Quote ist kulturabhängig: Ältere männliche Migranten rauchen häufig, ältere weibliche Migranten selten.

# British Doctors Study

## Doll & Peto seit 1951



# Geriatrische Aspekte

## Somatische Multimorbidität

- Herz- Kreislauferkrankungen
- Krebserkrankungen
- Stoffwechselerkrankungen, bes. Diabetes mellitus
- Degenerative Erkrankungen des Skelettsystems
- Urologische Erkrankungen
- Pneumologische Erkrankungen
- Ophthalmologische Erkrankungen
- Schwerhörigkeit

# Geriatrische Aspekte

## Im Alter:

- **Geringere Toleranz**
- **Erhöhte Sensibilität**
- **Veränderter Abbau in der Leber führt zu verlängerter Halbwertszeit**
- **Steady-State wird später erreicht**
- **Kumulation führt zu schleichender Intoxikation**
- **Elimination im Alter wesentlich verlangsamt**

## **Geriatrische Aspekte**

**Der Abbau einzelner Benzodiazepine ist unterschiedlich. Zum Teil entstehen wirksame Produkte als Zwischenstufen.**

**HWZ unterschiedlich lang, für Diazepam z.B. 22 Stunden!**

# Geriatrische Aspekte

**Wegen der Summation der Effekte der verlängerten Halbwertszeit und der erhöhten Sensibilität ist in der Behandlung Älterer für die meisten Benzodiazepine die Wirkdauer unkalkulierbar.**

**Lediglich die Glukuronidierung ist nahezu unabhängig von Alterungsprozessen**

**Deswegen ist Oxazepam in der Entgiftung (Benzodiazepine müssen stets ausgeschlichen werden!) besser geeignet als Diazepam**



# Gerontopsychiatrische Aspekte

- **25% der >60-Jährigen leiden unter psychischen Störungen:**
  - Depressionen
  - Dementielle Prozesse
  - Schlafstörungen
  - Sucht und Missbrauch
- **Die höchsten Suizidraten haben Ältere, v.a. Männer**

# Gerontopsychiatrische Aspekte

## Geschätzte Zahl der Demenzkranken in Deutschland

*Bickel 2002*

<b>Altersgruppe</b>	<b>Mittlere Prävalenzrate</b>	<b>Krankenzahl</b>
<b>65-69</b>	<b>1,2%</b>	<b>55.700</b>
<b>70-74</b>	<b>2,8%</b>	<b>100.200</b>
<b>75-79</b>	<b>5,8%</b>	<b>165.700</b>
<b>80-84</b>	<b>13,3%</b>	<b>254.300</b>
<b>85-89</b>	<b>22,6%</b>	<b>197.300</b>
<b>90+</b>	<b>33,5%</b>	<b>193.800</b>
<b>&gt; 65</b>	<b>7,1%</b>	<b>967.000</b>

# Gerontopsychiatrische Aspekte

## Prävalenzrate Depressionen

Etwa so häufig wie in jüngeren Jahren

Frauen > Männer

Bei Heimbewohnern 40% (*Weyerer et al. 1995*)

Gehäuft bei:

- Demenzen
- akuten körperlichen Erkrankungen, bes. Apoplex
- chronischen körperl. Erkrankung und Behinderung
- schlechte ökonomische Situation
- Verwitweten und Geschiedenen

**Depressive Ältere haben eine wesentlich erhöhte Mortalität**

# Gerontopsychiatrische Aspekte

## Prävalenzrate Schlafstörungen

**Ca. 25% der > 65-J. leiden unter einer schweren Insomnie**  
(Hohagen et al. 1994)

**Die Ursachen unterscheiden sich bei Älteren:**

- Körperliche Erkrankungen und Lärm ↑
- Persönliche und berufliche Probleme ↓

# Gerontopsychiatrische Aspekte

## Veränderungen des Schlafs im Alter

- Verminderte Schlafeffizienz
- Keine wesentliche Verminderung der Schlafdauer über 24 Std.
- Zunahme von Tagesschlaf
- Erniedrigung der Weckschwelle
- Verminderung des Tiefschlafanteils
- Höhere Neigung zur Desynchronisation des Schlaf-Wach-Rhythmus

# Gerontopsychiatrische Aspekte

**Die Differenzialdiagnose zwischen einer Suchterkrankung im Alter, einer Depression in Alter und einer beginnenden Demenzerkrankung kann schwer sein, zumal die Störungen gehäuft gemeinsam auftreten**

# Diagnose

## Abhängigkeitssyndrom nach ICD-10 (3 von 6 Kriterien während des letzten Jahres)

- **Starker Wunsch oder Zwang, zu konsumieren**
- **Minderung der Kontrolle über Beginn, Umfang und Beendigung des Konsums**
- **Toleranzentwicklung**
- **Auftreten von Entzugerscheinungen**
- **Vernachlässigung anderer Neigungen und Interessen zugunsten des Konsums**
- **Fortführung des Konsums trotz eindeutig eingetretener körperlicher oder psychischer Folgeschäden**

# Diagnose

- **Primärärzte erkennen alkoholbezogene Störungen bei Älteren seltener als bei Jüngeren (37% versus 60%)**
- **Interventionen erfolgen noch seltener**

*Curtis et al., 1989*



# Diagnose

**Die Abhängigkeit von Benzodiazepinen wird häufig nicht erkannt:**

**Niedrigdosisabhängigkeit**

**Keine sozialen Auffälligkeiten**

**Patienten gehen zu mehreren Ärzten**

**Symptome werden mit „dem Alter“ erklärt**

# Typologie des Altersalkoholismus

- **Early-onset-Trinker**
- **Late-onset-Trinker**

*Droller, 1964*

# Typologie des Altersalkoholismus

## Besonderheiten des Late-onset-Alkoholismus

- **Später Beginn**
- **Manifestation an kritischen Übergängen oder „Lebensaufgaben“**
- **Höhere psychische Stabilität**
- **Geringere psychische Komorbidität**
- **Mehr Ressourcen**
- **Bessere Behandlungsprognose**

# Typologisierung der Alkoholabhängigkeit

## Genetische Subtypen nach Cloninger

*Cloninger, 1987*

**Typ I: Milieutyp, später Beginn**

**Typ II: früher Beginn, schwere soziale Folgen, nur Männer**

## Typologie nach Babor, empirisch begründet

*Babor et al., 1992*

**Typ A: später Beginn, günstige Prognose**

**Typ B: früher Beginn, höhere Kindheitsrisiken, familiäre Belastung, häufiger Rückfälle**

# Typologie der Benzodiazepinabhängigkeit

- **Low-dose-Abhängigkeit**
- **High-dose-Abhängigkeit**

# Typologie der Benzodiazepinabhängigkeit

## Benzodiazepine, Besonderheiten im Alter

- Geringere Toleranz
- Erhöhte Sensibilität
- Veränderter Abbau in der Leber führt zu verlängerten HWZ
- Steady-state wird später erreicht
- Kumulation führt zu schleichender Intoxikation

# **Symptomatologie der Sucht im Alter Alkohol**

- **häufige Stürze**
- **Durchfälle**
- **Fehlernährung**
- **nachlassende Leistungsfähigkeit**
- **Hirnleistungsstörungen, besonders mnestiche Störungen**
- **Antriebs- und Interesselosigkeit**
- **sozialer Rückzug**
- **nachlassende Körperhygiene**
- **Verwahrlosung**

# **Symptomatologie der Sucht im Alter**

## **Benzodiazepine**

- **häufige Stürze**
- **Ataxie**
- **Verwaschene Sprache**
- **nachlassende Leistungsfähigkeit**
- **Hirnleistungsstörungen, besonders mnestiche Störungen („Pseudodemenz“)**
- **Antriebs- und Interesselosigkeit**
- **sozialer Rückzug**
- **nachlassende Körperhygiene**
- **Verwahrlosung**





5. Nordrhein-Westfälischer Kooperationstag „Sucht und Drogen“  
D. Geyer: Ambulante und stationäre Angebote 04.03.2009

# **Besonderheiten in der Behandlung Älterer Suchtkranker**

- **Ausgeprägter Schuld- und Schamgefühle**
- **Geringere Verbalisierungsfähigkeit von Emotionen**
- **Größere Gelassenheit**
- **Höhere Frustrationstoleranz**
- **Höhere Impulskontrolle**
- **Geringere Aggressivität**
- **Somatische Multimorbidität**
- **Andere Zugangswege in die Suchthilfe**
- **Motivation durch/wegen Kinder und Enkel**

# Spezifische Themen in der Rehabilitation Älterer Abhängiger

- **Einsamkeit**
- **Trauerbewältigung**
- **Angst vor Siechtum und Tod**
- **Nachlassen körperlicher Fähigkeiten**
- **Verlust des beruflichen Status**
- **Verlust des bisherigen Freizeitverhaltens**
- **Kriegs- und Nachkriegserlebnisse**

# **Besonderheiten in der Behandlung älterer Suchtkranker**

- **Ärztliche Behandlung**
- **Therapeutische Beziehung**
- **Klinische Sozialarbeit**

# Besonderheiten in der Behandlung älterer Suchtkranker

## Ärztliche Behandlung

- Internistische Kompetenz wegen häufigen Herz-Kreislauf Erkrankungen und Stoffwechselstörungen
- Schwerhörigkeit
- Orthopädische Leiden
- Urologische Leiden

# Besonderheiten in der Behandlung älterer Suchtkranker

## Übergreifende Therapieziele

- Förderung der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben
- Erhöhung der Selbständigkeit, Eigenverantwortung und Unabhängigkeit
- Verbesserung sozialer Fähigkeiten
- Bearbeitung und Integration von Verlusten
- Akzeptanz der Endlichkeit des Lebens
- Förderung des Gegenwartsbezugs
- Verbesserung der Lösungskompetenzen

# Besonderheiten in der Behandlung älterer Suchtkranker

## Besonderheiten der therapeutischen Beziehung

- „Umgekehrte“ Übertragung (*Radebold*)
- Das ungelebte Leben (*Hinze*)
- Therapeut als Ersatzkind
- Enkelübertragung (Patient und Therapeut verbünden sich gegen die Eltern)

# Besonderheiten in der Behandlung älterer Suchtkranker

## Therapiestil

- **Motivierender und Kompetenz fördernder Interaktionsstil**
- **Aufbau vertrauensvolles, tragfähiges therapeutisches Bündnis**
- **Kein brüsk konfrontativer Interaktionsstil**



# Besonderheiten in der Behandlung älterer Suchtkranker

## Verhaltensmedizin

- **Schlafstörungen**
- **Inkontinenz**
- **Mnestische Störungen**
- **Hörgeräteanpassung**
- **Blutdruckmessen**
- **Medikamenteneinnahme**

# Besonderheiten in der Behandlung älterer Suchtkranker

## Klinische Sozialarbeit

- Vernetzung mit Altenhilfe
- Kenntnisse Betreuungsrecht
- Einbezug der Angehörigen

# Merkmale älterer Medikamentenabhängiger

**Alkohol- und Medikamentenabhängige fühlen sich subjektiv belasteter als Alkohol- oder Medikamentenabhängige (0,007)**

**Sie leiden häufiger und mehr unter körperlichen Beschwerden (0,001)**

**Medikamentenabhängige denken negativistischer (0,057)**

**Medikamentenabhängige (0,001) und von Medikamenten und Alkohol Abhängige (0,041) weisen häufiger eine selbstunsichere Persönlichkeitsstörung auf.**

**Medikamentenabhängige (0,046) und von Medikamenten und Alkohol Abhängige (0,013) weisen häufiger eine depressive Persönlichkeitsstörung auf**

**Alkohol- und Medikamentenabhängige haben häufiger Suizidversuche begangen (0,005)**

*Geyer, Sauter, Förtsch 2008*

# Merkmale älterer Medikamentenabhängiger

## Erstkonsum/-verordnung von Benzodiazepinen

- Schlafstörungen
- Depressive Verstimmungen
- Angststörungen
- unspezifische, zumeist reaktive Unruhe- und Überforderungszustände
- Spätfolgen früherer Traumatisierungen
- Leider häufig ohne Indikation oder bei körperlicher Multimorbidität

# Merkmale älterer Medikamentenabhängiger

## Besondere motivationale Aspekte älterer Medikamentenabhängiger

- **Starke Fixierung auf ärztliche Behandlung und zugleich Infragestellung psychotherapeutischer Möglichkeiten**
- **Passiv-aggressive Haltung**
- **„Bunkern“ von „Notfall-“ Medikamenten**

# Aspekte in der ambulanten Betreuung und Behandlung älterer Suchtkranker

- **Barrierefreiheit**
- **Tageszeit/ Tagesstruktur**
- **Aufsuchende Arbeit**
- **Vernetzung ambulante und stationäre ärztliche Behandlung**
- **Vernetzung mit ambulanter Pflege**
- **Vernetzung mit Altenhilfe**

# Ambulante Angebote

- **Integration Älterer in das bestehende Angebot an Prävention, Beratung und Behandlung**
- **Spezifizierte Angebote**
- **Kooperation mit ambulanten und stationären Einrichtungen der Altenhilfe**

# Stationäre Rehabilitation

## Beispiel Fachklinik Fredeburg

- **Altershomogene Gruppen**
  - **Gruppenpsychotherapie**
  - **Ergotherapie**
  - **Bewegungs- und Sporttherapie**
  - **Hirnleistungstraining**



# Stationäre Rehabilitation

- **Altersgemischte Behandlungsteams**
  - **Indikative Gruppen**
  - **Großgruppen und Teamvollversammlungen**
  - **Patientenselbstverwaltung**

# Stationäre Rehabilitation

## These:

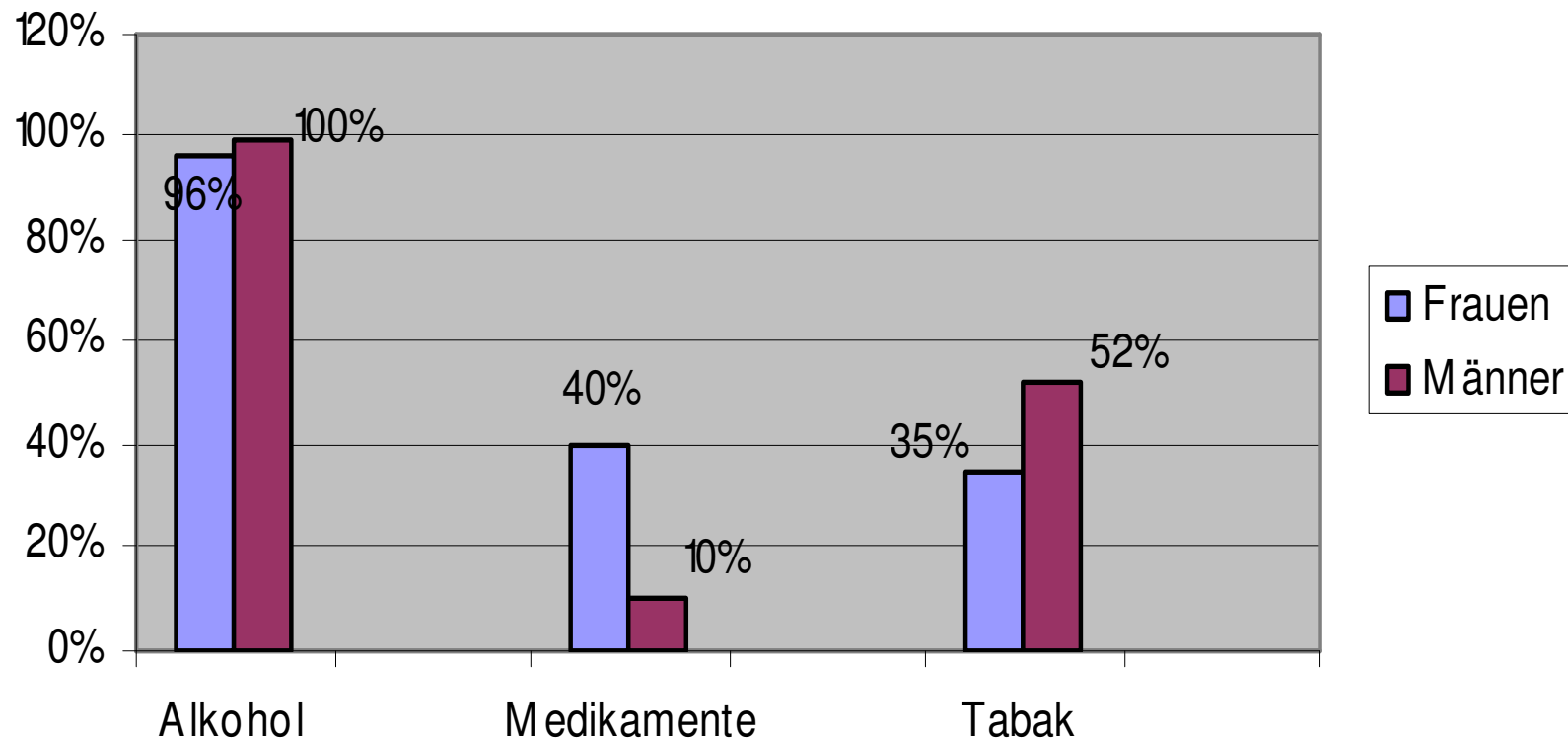
- **Wirkfaktoren, Behandlungsmodule und Interventionsstrategien in der Rehabilitation älterer Alkoholabhängiger unterscheiden sich nicht wesentlich von denen in der Behandlung Jüngerer.**
- **Die Zusammenfassung älterer Alkoholabhängiger in altershomogenen Gruppen erleichtert den Patienten die Krankheitsakzeptanz und den Aufbau einer stabilen Abstinenzfähigkeit. Die Schwerpunktbildung erhöht das spezifische Wissen und Können der Therapeuten und Ärzte und trägt damit wiederum zum Behandlungserfolg bei.**

# **Ergebnisse der stationären Rehabilitation älterer Suchtkranker**

5. Nordrhein-Westfälischer Kooperationstag „Sucht und Drogen“  
D. Geyer: Ambulante und stationäre Angebote 04.03.2009

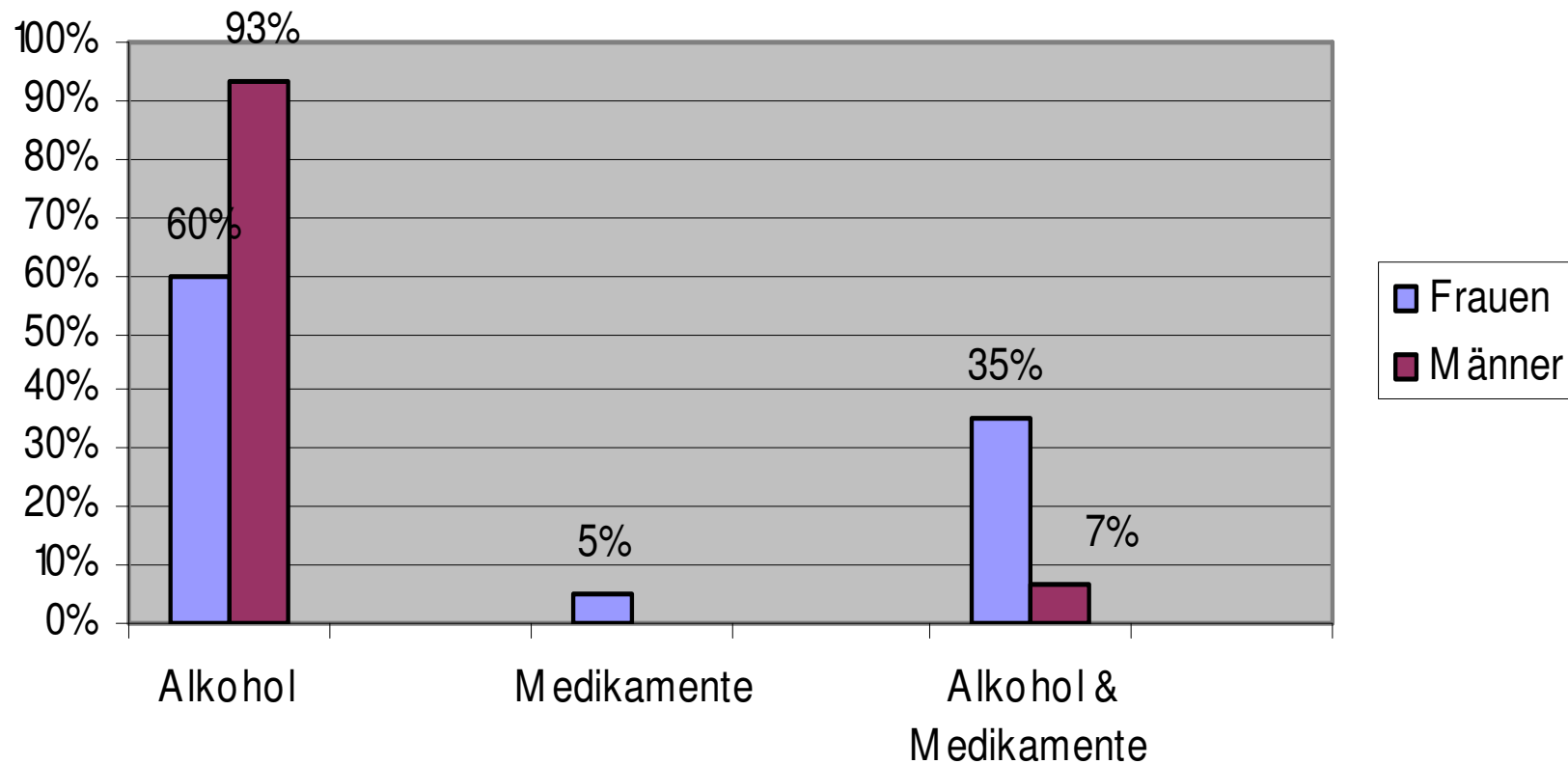
# Diagnose

Abhängigkeitsdiagnosen, PatientInnen über 60 Jahren



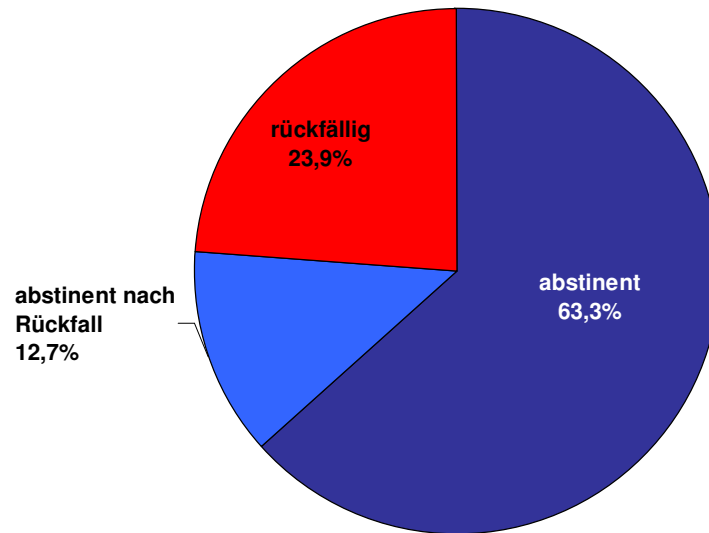
# Diagnose

Muster des abhängigen Konsums bei PatientInnen über 60 Jahren

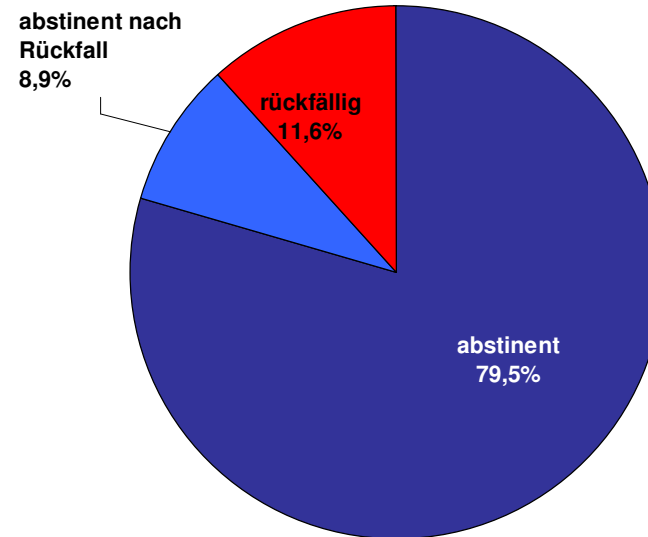


# Ergebnisse

## Abstinenzquoten, „liberale“ Berechnung (2003 und 2004)



Patienten von 18-59 Jahren  
N= 990

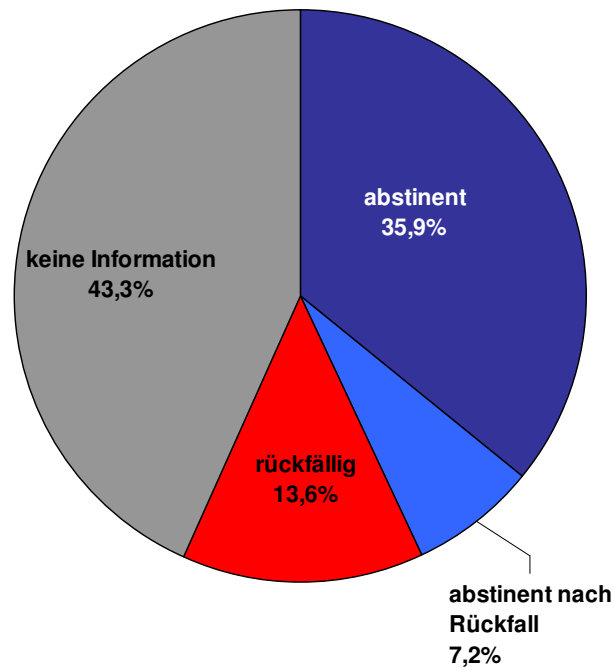


Patienten über 60 Jahre  
N=146

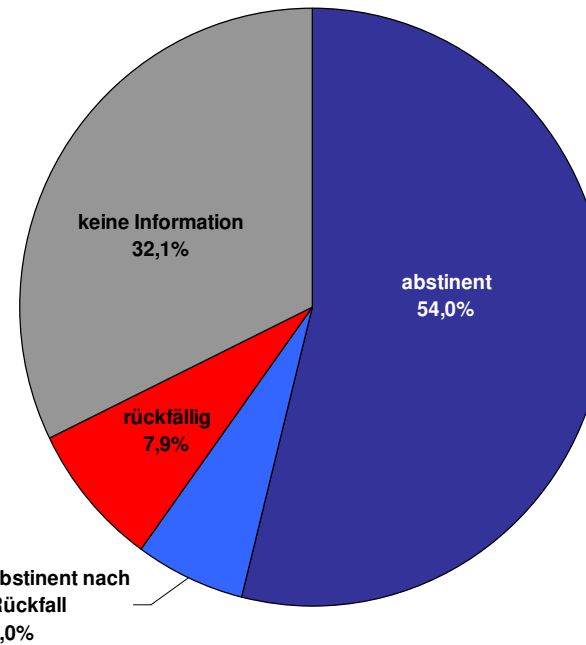
**Unterschied hochsignifikant**

# Ergebnisse

## Abstinenzquoten, „konservative“ Berechnung (2003 und 2004)



Patienten von 18-59 Jahren  
N= 1747



Patienten über 60 Jahre  
N=215

**Unterschied hochsignifikant**

# Ergebnisse

## Größere Zufriedenheit der über 60-Jährigen

- Partnerschaftssituation ( $p=0,004$ )
- Freundes- und Bekanntenkreis ( $p=0,019$ )

## Kein Unterschied in der Zufriedenheit

- Freizeit
- Gesundheitszustand



# Ergebnisse

## Zusammenfassung

**Ältere Alkoholabhängige erreichen durch die stationäre Rehabilitation höhere Abstinenzquoten als jüngere, sie sind signifikant zufriedener mit der Behandlung, zu deren Ende sie mit sich, ihrem Gesundheitszustand und ihrer Teilhabe an Familien- und gesellschaftlichem Leben genauso zufrieden oder sogar zufriedener sind als jüngere Alkoholabhängige**

*Geyer & Penzek, 2007*

**Dr. med. Dieter Geyer**  
**Facharzt für Neurologie und Psychiatrie**  
**Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie**  
**Rehabilitationswesen**  
**Fachklinik Fredeburg**  
**Zu den drei Buchen 1**  
**57392 Schmallenberg**  
**02974/72-0**  
**dieter.geyer@fachklinik-fredeburg**