

Genau hinsehen und individuell unterstützen

Alkohol, Beruhigungs-, Schmerz- und Schlafmittel: Substanzmissbrauch und -abhängigkeit bei alten Männern und Frauen ist verbreitet. Doch aktuelle Studien und Prävention fehlen weitgehend. Gerontologisch engagierte Fachleute verschiedener Disziplinen plädieren dafür, diese Patienten medizinisch und psychiatrisch besser zu behandeln. Derweil gehen die ersten Jahrgänge der «Generation Babyboom» in Pension, mit ganz anderen Drogen-Erfahrungen als ihre Eltern. Von Gerlind Martin



Mit einer Bekannten im Quartier unterwegs sein, alltägliche Pflichten erfüllen, Pläne schmieden und auch mal alleine sein: Gesund ist eine gute Mischung.
Foto: keystone

«Es braucht Mut, jemanden auf seinen exzessiven Alkoholkonsum oder seinen Medikamentenmissbrauch anzusprechen.» Das Thema «Sucht im Alter» sei zwar hochaktuell und eine Herausforderung für die Fachleute in der Altersarbeit, aber nach wie vor tabuisiert, sagte Urs Gerber von der Fachhochschule Nordwestschweiz, Hochschule für Soziale Arbeit (FHNS). Zusammen mit der Schule für Angewandte Gerontologie (SAG) hatte er im März zur Tagung «Suchtmittelmissbrauch im Alter» nach Olten geladen. Die Tagung organisierten die Veranstalterinnen mit Blick auf die neue Altersgruppe der «Babyboomer»: Die geburtenstarken Jahrgänge der nach dem Krieg Geborenen kommen langsam ins Rentenalter, und sie bringen eine völlig andere Einstellung gegenüber Suchtmitteln mit als ihre Eltern, die heute 80-jährig und älter sind.

Viele der «Babybommer», so Urs Gerber, konsumierten in jüngeren Jahren illegale Drogen wie Cannabis, LSD, Haschisch oder kiffen über Jahre hinweg von Zeit zu Zeit. Viele seien aus diesem Konsumverhalten hinausgewachsen, andere seien dabei geblieben und hätten härtere Drogen wie Heroin konsumiert. Von ihren Eltern unterscheide sie zudem ihre Einstellung gegenüber Psychopharmaka: «Das hedonistische Glück ist – und sei es chemisch herbeigeführt – wichtiger als Abstinenz und eventuelles physisches und psychisches Leiden.» Aufgrund ihrer Erfahrungen mit wirksamen Psychopharmaka sei ihre Hemmschwelle gegenüber Medikamenten, die beispielsweise die Stimmung beeinflussen, stark herabgesetzt. «Wer sich mit Suchtmittelkonsum im Alter befasst, muss deshalb

stets den Wertewandel und die individualisierte Perspektive der Menschen in diesem Lebensabschnitt berücksichtigen», betonte Urs Gerber ein wichtiges gerontologisches Postulat.

So genannte Altjunkies übrigens gibt es aktuell offenbar nur wenige: Medizinerinnen und Forscher hielten an der Tagung nämlich fest, Leute, die lange harte Drogen konsumierten, würden meist nicht alt – oder sie stiegen im Laufe der Jahre auf legale Substanzen um. Für diese Leute gibt es in der Schweiz noch kaum angepasste Wohnmöglichkeiten, wenn sie auf eine Institution angewiesen sind. Im Mittelpunkt der Tagung aber standen Informationen und Diskussionen rund um die zahlenmässig und gesellschaftlich weit bedeutsamere Alkohol- und Benzodiazepinabhängigkeit älterer und alter Menschen.

«Missbrauch und Abhängigkeit von Substanzen werden bei älteren Menschen wenig thematisiert.»

«Geringes Forschungsinteresse»

Substanzmissbrauch und -abhängigkeit bei älteren Frauen und Männern gelten seit Jahren als vernachlässigtes Thema. Fachleute nehmen zwar schon seit Jahren wahr, dass ältere Personen häufig legalen Substanzmissbrauch betreiben, meist gar auf Rezept – doch gibt es dazu erst wenige Forschungen. Immerhin ist bekannt, dass ältere Frauen und Männer unterschiedliche Substanzen konsumieren: Während Alkoholmissbrauch oder -abhängigkeit mehr Männer als Frauen betrifft, sind von einem problematischen Medikamentengebrauch ungefähr doppelt so viele Frauen wie Männer betroffen. 1999 wiesen gemäss einer SFA-Studie schätzungsweise 170 000 Erwachsene einen problematischen Gebrauch von Medikamenten auf, rund 60 000 Personen waren medikamentenabhängig. Die Studie belegte, dass Personen über 40 deutlich stärker zu Medikamentenabhängigkeit neigen als jüngere. Studien zu Häufigkeit, Entstehung, Verlauf und Behandlung von Suchtkrankheiten im höheren Alter fehlen. Es blieb wenig anderes, als an der Tagung in Olten erneut das geringe Forschungsinteresse festzustellen, wie dies der Soziologe Harald Klingemann – unwidersprochen – tat. «Missbrauch und Abhängigkeit von Substanzen werden bei älteren Menschen wenig thematisiert im Vergleich zu früheren Lebensabschnitten.» Allzu oft werde beispielsweise übersehen, dass alte Menschen sogar in Institutionen (Spital, Heim) abhängig sein könnten, kritisierte er.

Trauer, diffuse Ängste, Unsicherheit können nach kritischen Lebensereignissen dazu führen, dass ältere Menschen sich zurückziehen.
Foto: Ursula Markus

Hinter die Depression schauen

Die Entwicklungspsychologin Pasqualina Perrig-Chiello, die im Frühling letzten Jahres an einer Tagung in Bern über spezifisch gerontologische Aspekte von Abhängigkeit und Sucht informierte, konstatierte: «Gerade bei älteren Patienten zücken Ärzte schneller und häufiger den Rezeptblock, wenn es mit dem Schlafen nicht klappt, wenn Angst und Unruhe überhandnehmen.» (Sucht und Einsamkeit im Alter, Ref. Kirchen Bern-Jura-Solothurn, Pro Senectute) Sie stellte einen Zusammenhang her zwischen Einsamkeit und Sucht im Alter: Studien zeigten, dass ältere Personen oft «unfähig oder unwillig» seien, über ihre Einsamkeit zu sprechen. Vielmehr versuchten sie, ihre Gefühle zu verstecken, aus Angst, den Respekt anderer zu verlieren. Einsam fühlten sich alte Menschen, wenn sie die Abwesenheit oder den Verlust einer sehr wichtigen nahestehenden Person erlebten, sei dies durch Tod oder eine Form von Trennung. Aber auch ein Mangel an Unabhängigkeit könne Einsamkeitsgefühle bewirken. Sie kritisierte, dass die Ärzte häufig unangemessen auf die Ängste und Nöte älterer Frauen und Männer reagierten. Obwohl diese nämlich nicht öfter an seelischen Störungen litten als jüngere, «bekommen sie viel häufiger Beruhigungsmittel verschrieben». Depressionen bei Älteren würden sehr oft fälschlicherweise mit Beruhigungsmitteln behandelt, stellte Perrig-Chiello fest. Sie plädierte für einen Gesinnungswandel – bei den medizinischen Fachleuten ebenso wie in der Öffentlichkeit –, als sie betonte: Die oft hinter Unruhe und Ängsten verborgene Depression lasse sich im Alter gut mit Antidepressiva und einer Psychotherapie behandeln.



Antidepressiva und Therapieangebote

Zum selben Schluss kamen in Olten Peter Bäuerle und Andrea Muck, zwei medizinische Fachpersonen, die eintraten für die Verwendung von Antidepressiva und die Behandlung von älteren Suchterkrankten mit Psychotherapie. «Es sollten weniger Tranquilizer und mehr Antidepressiva verordnet werden», sagte Peter Bäuerle, Leitender Arzt des Bereichs Alterspsychiatrie und Psychotherapie in Münsterlingen. «Antidepressiva machen nicht süchtig.» Darüber müssten Patienten und Ärzte besser informiert und davon erst noch überzeugt werden. «Gerade Ältere», so Bäuerle, «fürchten sich vor dieser Gefahr und lehnen Antidepressiva deshalb ab.» Doch Muck und Bäuerle stellten auch fest: «Ältere Personen gehen selten in eine Therapie.» Warum? Bäuerle nannte verschiedene Gründe: Zum einen würden nur wenige Überweisungen an Psychiater stattfinden, und das Weiterbildungsinteresse der Hausärzte an geronto-psychiatrischen Fragen



halte er für sehr gering. «Angst und Alkoholkonsum werden oft dem Alter zugeschrieben und gar nicht als Krankheiten von älteren Personen diagnostiziert», kritisierte er. Siegfried Weyerer vom Zentralinstitut für Seelische Gesundheit sekundierte: Hausärzte sollten vermehrt geronto-psychiatrische Kollegen beiziehen,

Die oft hinter Unruhe und Ängsten verborgene Depression lässt sich im Alter gut behandeln.

diese seien spezialisiert auf die spezifisch gerontologischen Bedingungen älterer Menschen und beherrschten die entsprechend sachgerechte Medikation. Zum ändern, so Bäuerle, würden Erkrankte und Angehörige Sucht und Abhängigkeit im Alter oft als beschämend empfinden. Zudem fragten sich Patientinnen und Patienten häufig, ob eine solche Therapie in ihrem Alter noch rentiere. Für den Arzt ist klar: Eine psychiatrische Therapie lohnt sich für die erkrankte Person und ihre Angehörigen: «Oft wird durch die Sucht ein ganzes Familiensystem betroffen, Angehörige haben zum Beispiel das Risiko, an Depression zu erkranken.»

Missbrauch von Medikamenten

Kriterien für einen Missbrauch von psychotropen Substanzen, z.B. Benzodiazepinen, sind:

- Die Einnahme erfolgt in höherer Dosierung bzw. über einen längeren Zeitraum als angemessen oder verordnet;
- die Einnahme erfolgt nicht zur Behandlung einer Erkrankung, sondern zur Ausnutzung von Effekten, die eigentlich als Nebenwirkungen von Substanzen gelten;
- die Einnahme erfolgt ausdrücklich wegen der als positiv erlebten psychotropen Wirkung und/oder die Einnahme kann nicht mehr kontrolliert werden.

Im Einzelfall ist die eindeutige Feststellung eines Benzodiazepinmissbrauchs schwierig, weil die Dosierung dieser Medikamente häufig nicht höher ist als vorgeschrieben. Oft erfolgt sie zwar über eine lange Zeit, aber mit ärztlicher Verordnung. Zudem ist die Grenze unscharf zwischen der missbräuchlichen Anwendung, um psychotrope Wirkungen zu erzielen, und der Behandlung von Krankheitssymptomen wie Schlafanbahnung, Beruhigung/Sedierung, Verminderung von Angstzuständen. (Nach Siegfried Weyerer, 2007)

Angstlösende und Beruhigungsmittel eignen sich nur zur Krisenintervention, doch – genau wie Alkohol – nicht zur Langzeitbehandlung.
Foto: Franca Pedrazzetti

Die Ärzte reden aus Erfahrung: Die von Oberärztin Andrea Muck geleitete Gerontopsychiatrische Aufnahmestation der Psychiatrischen Klinik Münsterlingen verfügt über 20 Betten und über ein teilstationäres Behandlungs- und Therapieangebot für Patientinnen und Patienten über 60. Bei einem Fünftel der im letzten Jahr Eingetretenen lautete die Hauptdiagnose Suchterkrankung, die Substanzen waren Alkohol und Benzodiazepine. Das stationär durchgeführte Angebot für ältere Suchtkranke umfasst unter anderem

Alkoholabhängige Patienten mit einem späten Krankheitsbeginn haben insgesamt eine günstigere Prognose als früh erkrankte.

Entzugsbehandlung, Krisenintervention, Gruppentherapie bei Suchtmittelmissbrauch mit der Möglichkeit, diese bei teilstationärem Aufenthalt und bei ambulanter Behandlung weiterführen zu können. Siegfried Weyerer wies darauf hin, alkoholabhängige Patienten (vorwiegend Männer) mit einem späten Krankheitsbeginn (im Alter von 60 und älter) liessen sich laut Studien eher behandeln und hätten insgesamt eine günstigere Prognose als Patienten mit einem früheren Krankheitsbeginn. Zirka ein Drittel der alkoholkranken über 60-Jährigen sind laut Weyerer spät erkrankt (late onset). Bei ihnen spielten soziale Faktoren und kritische Lebensereignisse – Pensionierung, der Verlust einer langjährigen Partnerin oder eines gewachsenen Freundeskreises, Autonomieverlust – eine wesentliche Rolle für die Alkoholabhängigkeit.

Benzodiazepine mit Suchtpotenzial

Neben Alkohol können auch Medikamente in die Abhängigkeit führen (vgl. Kasten Missbrauch von Medikamenten). Viele Wissenschaftler, Medizinerinnen und Soziologen sind sich einig: Schlaf- und Beruhigungsmittel wie Valium, Lexotanil, Tavor oder Bromazepam (um nur einige aus der Vielzahl der Gruppe der Benzodiazepine zu nennen) haben es in sich: Denn bereits nach



wenigen Wochen können diese Medikamente bei gleichbleibender Dosis abhängig machen. Gefährdet sind vor allem Frauen. Die Münsterlinger Ärzte zitieren Studien aus den 90-er Jahren: Zwei Drittel aller Psychopharmaka werden an Personen über 60 Jahren verschrieben; 70-80% der verschriebenen Psychopharmaka sind Benzodiazepine (Tranquilizer/Hypnotica); Schlafstörungen und psychische Begleiterscheinungen körperlicher Erkrankungen stehen im Vordergrund. Weyerer verwies auf eine eigene Untersuchung von 1998 zu Verordnungen und Einnahme von Benzodiazepinen, in welcher er einen «exponentiellen Anstieg mit zunehmendem Alter» feststellte, wobei die Rate der Frauen überdurchschnittlich hoch ausfiel. Benzodiazepine wirken bei älteren Personen aufgrund verschiedener Veränderungen im Organismus anders als bei jüngeren: Insbesondere werden sie langsamer

Benzodiazepine wirken bei älteren Personen aufgrund verschiedener Veränderungen im Organismus anders als bei jüngeren.

abgebaut, wirken verzögert und länger und bleiben länger im Körper. Wird dies bei der Verschreibung oder Einnahme nicht beachtet, kann es zu einer schädlichen Wirkstoffanhäufung im Körper kommen. Desinteresse, Bewegungs- und Koordinationsstörungen, Vergesslichkeit und Sturzgefahr können die Folgen sein. Benzodiazepine könnten zwar keine Demenz auslösen, so Perrig-Chiello, sie könnten Demenzercheinungen aber vortäuschen und somit zu weiteren Fehldiagnosen bei älteren Patienten führen. Zudem, so die Ärztin Andrea Muck, könne die lange Einnahme von Benzodiazepinen schwere Depressionen verursachen. Eine Psychotherapie sei in diesem Zustand nicht möglich, da diese mit Emotionen arbeite. «Benzodiazepine aber packen die Leute in Watte und dämpfen all ihre Gefühle», sagte Muck. Erkrankte hätten wegen der Medikamente keinen Zugang mehr zu ihren Gefühlen. «Das macht den Entzug der Medikamente schwierig und langwierig», sagte Muck. Sie bestärkte die Spitex-Fachleute im Publikum in der Ansicht, ein Benzodiazepin-Entzug sollte idealerweise stationär durchgeführt werden, da er zu schweren psychischen Dekompensationen, zu Krisen und Rückfällen führen könne.

Boule spielen, sich unterhalten, Spass haben, in Bewegung sein: Ein anregendes Alltags- und Sozialleben verstärkt das Gefühl, dazu zu gehören.
Foto: keystone

Wie helfen bei Suchtproblemen?

Der Soziologe Harald Klingemann plädierte für altersgerechte Therapiemethoden. Für ältere Menschen forderte er insbesondere: angepasste Gestaltung des Entzugs (Alkohol, Medikamente), langsames Behandlungstempo, vermehrte Nutzung von Telefon und Internet für die persönliche und therapeutische Beratung und Begleitung (u.a. Nachsorge), Eingehen auf medizinische Fragen und auf soziale Isolierung, Unterstützung der Erkrankten (statt Konfrontation), altershomogene Gruppen oder Einzeltherapie. Kurzinterventionen, so Klingemann, hätten sich als erfolgreich erwiesen. Ärztinnen und Ärzte sollten Erkrankte stets als ihre wichtigsten Partner sehen und behandeln, ergänzten Andrea Muck und Peter Bäuerle. Sie sollten deren Eigenwirksamkeit fördern, statt passiven Gehorsam fordern. Ärzte sollten sich mit allen Beteiligten verbünden, die Einstellung der Angehörigen kennen lernen, sie einbeziehen und dafür gewinnen, die erkrankte Person für die Behandlung zu motivieren. (gem)