

Abhängigkeit von Tabletten und Alkohol im Alter – was tun?

Dr.med. Peter Bäurle, Leitender Arzt
Bereich Alterspsychiatrie und Psychotherapie PKM
Mail: peter.baeurle@stgag.ch



Psychiatrische Dienste Thurgau
Spital Thurgau AG

Übersicht (1/2)

- Wie häufig ist Sucht im Alter?
- Wie unterscheiden sich Männer und Frauen im Suchtverhalten?
- Unterscheiden sich alt gewordene Süchtige und neu Erkrankte?
- Was sind die Risikofaktoren?
- Wie verändert sich die Toleranz von Alkohol im Alter?
- Was sind die Folgen?
- Was sind die Gründe für das Ausbleiben der Diagnose?

Übersicht (2/2)

- Was sind die Gründe für das Ausbleiben einer Therapie?
- Was sind die Ursachen für Sucht im Alter?
- Wie ist die Prognose?
- Was sind die Behandlungsziele bei Sucht im Alter?
- Was tun, wenn Verdacht besteht?
- Was kann man vorbeugend tun?
- Zusammenfassung

Formen der «Sucht»

- Gewöhnung
- Missbrauch
- Abhängigkeit
- Folgekrankheiten

Wie verändert sich die Toleranz von Alkohol im Alter?

- Mit dem Alter erhöht sich der Alkoholgehalt im Blut bei der gleichen Alkoholmenge, die getrunken wird.
- Weltgesundheitsorganisation: 21 Drinks pro Woche für den Mann und 14 für die Frau. Für über 65-jährige Personen verringert sich diese Menge auf 14 bzw. 7 Drinks.

Besondere Gefahr im Alter:

**Entwicklung von Problemen
(«schädlichen Folgen») durch Alkohol
bei gleich bleibendem Konsum trotz
sinkender Toleranz**

Was sind die Verbreitungsmuster von Sucht im Alter?

- Schmerz-Schlaf-Beruhigungsmittelkonsum steigt steil an (bei Frauen ab 60, bei Männern ab 70) gleichzeitig Abnahme von Alkoholkonsum
- Vielfach grösserer Konsum von Beruhigungsmitteln (zirka 40%) in Heimen
- Frauen konsumieren mehr Tabletten, Männer mehr Alkohol

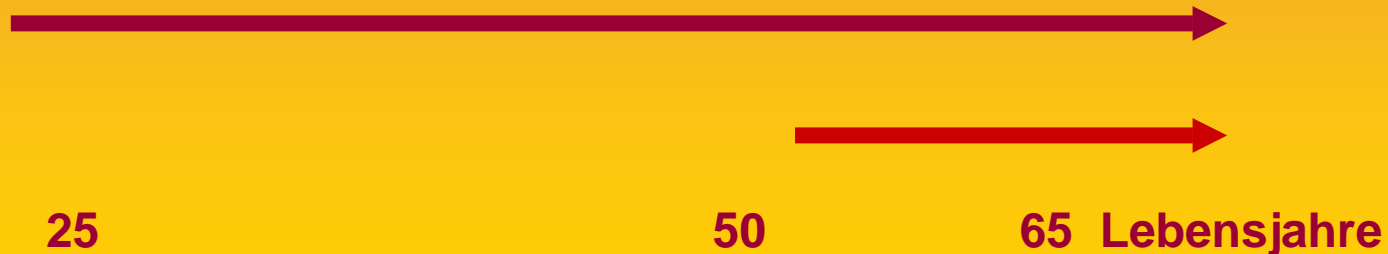
Beruhigungsmittel

- Zunahme des Konsums von Schmerz- und Schlafmitteln jenseits des 60. Lebensjahres. Dies gilt sowohl für die ärztliche verordnete wie für die Selbstmedikation. Bei 2/3 bis 3/4 aller behandelten Fälle von Medikamentenabhängigkeit sind Beruhigungsmittel beteiligt.
- Bei etwa 90% der mit Beruhigungsmitteln Behandelten handelt es sich um eine Langzeitbehandlung (über 6 Monate)

Risikofaktoren für Suchtverhalten im Alter

2 Gruppen von älteren Süchtigen mit unterschiedlichen Risikofaktoren?

Vor 25 Lebensjahren



1. «Frühbeginn»

Beginn vor dem 25.Lebensjahr

2. «Spätbeginn»

Beginn nach dem 45.Lebensjahr

Keine klare Grenze 45 / 50 / 60 Jahre

(in der BMFT-Studie 16,8% nach 45 Lebensjahren)

Spätmanifestation von Abhängigkeit

- Zirka 1/3 aller Suchtkrankheiten im Alter sind Spätmanifestationen
- Eher stabile / wenig auffällige Persönlichkeiten
- Eher sozial integriert
- Konsumverhalten eher gleichmässig / angepasst
- Behandlungsbereitschaft und -prognose eher günstig

(nach Atkinson et al 1990, Bron 1993, Mundle 1997)

Unterschiede bei frühem und spätem Beginn von Alkoholmissbrauch

«Late onset» Alkoholiker zeigen:

- niedrigen Anteil an Alkoholkranken in Familie
- niedrige Anzahl von Trinktagen
- geringe Trinkmenge pro Trinktag
- niedrige Anzahl von Entgiftungsbehandlungen
- geringere Anzahl von somatischen und psychosozialen Komplikationen
- weniger Kontakte mit anderen Alkoholkranken
- geringeren Anteil an Rauchern

(Wetterling et al., Eur Psychiatry 2003)

Formen von Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit im Alter

- Altgewordene Alkoholabhängige mit durchgängigem Konsum
- «Trockene» Alkoholiker mit Rückfall in das Suchtverhalten im Alter
- Alkoholmissbrauch im Alter bei wiederholten Missbrauchsepisoden in der Vorgeschichte
- Beginn des Alkoholmissbrauchs erst im Alter als Reaktion auf alterstypische Belastungen
- Beginn des Alkoholmissbrauchs erst im Alter infolge des Wegfalls sozialer Kontrolle

Konsumverhalten im Alter

- Konsumverhalten verändert sich nach dem 50. Altersjahr
- bei Frauen früher und stärker als bei Männern
- steiler Anstieg bei Beruhigungs-, Schlaf- und Schmerzmitteln
- Abnahme beim Alkohol
- 2/3 der über 75-Jährigen und die Hälfte der 60- bis 65-Jährigen leben alkoholabstinent
- Abnahme z.T. erklärbar durch Übersterblichkeit der Suchtmittelgeschädigten

Psychopharmaka im Alter

- 2/3 aller Psychopharmaka werden an Personen über 60 verschrieben

(Glaeske 1993)

- 70-80% der verschriebenen Psychopharmaka sind Beruhigungsmittel

(Schwabe & Paffrath 1992)

- Schlafstörungen und psychische Begleiterscheinungen körperlicher Erkrankungen stehen im Vordergrund

(Laux 1995)

Gründe für ein verändertes Konsumverhalten im Alter

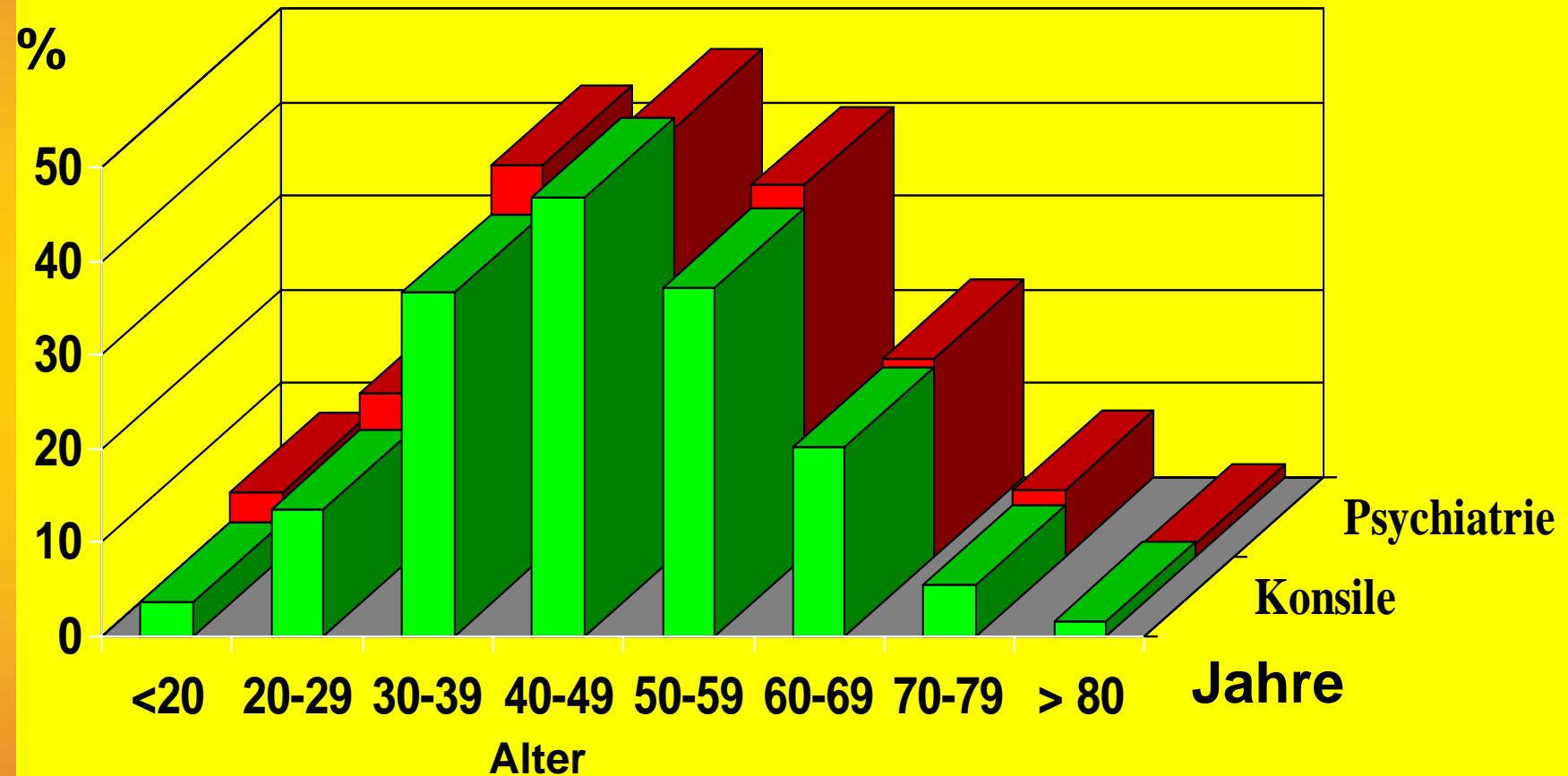
- Frühere Stress-Situationen werden seltener, Trinkzwänge nehmen ab
- Zunehmender Medikamentenkonsum macht Alkoholkonsum entbehrlicher (?)

Aber :

- Neue Stress-Situationen treten auf
- Personen in Alters- und Pflegeheimen erhalten / konsumieren mehr als allein Lebende, v.a. zur Beruhigung

(Atkinson 1997)

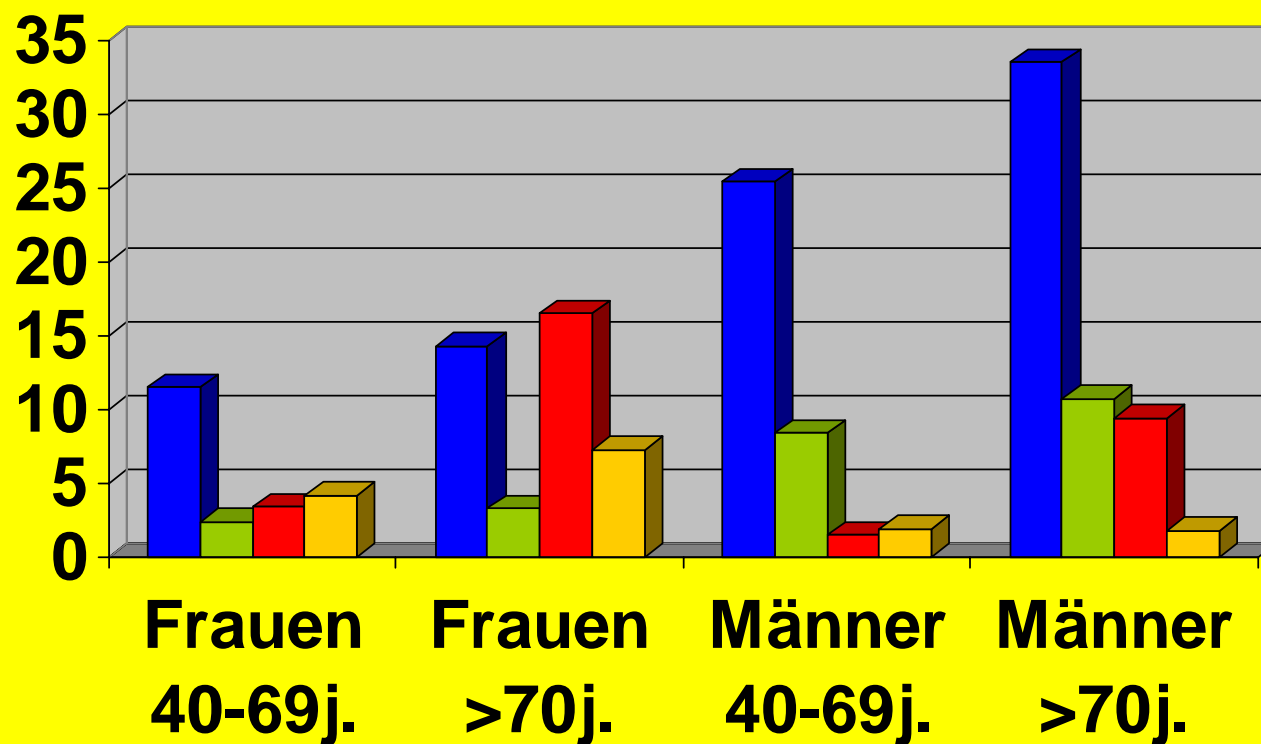
Altersverteilung der Alkoholkranken



Prozentanteil an den Patienten der jeweiligen Altersgruppe
N=6551 bzw. 10540 MUL 1990-1998

Konsumhäufigkeit im Alter

Tab. 1 : Suchtmittelkonsum CH (in % der Altersgruppe)



■ Alkohol tägl.

■ Alkohol >1xtägl.

■ Schlafmittel tägl.

■ Beruhigungsmittel tägl.

Allgemeine Aspekte (1/2)

- «Sucht» ist in der Vorstellungswelt alter Menschen nicht enthalten.
- Die Neigung zur Problemverleugnung ist größer («peinlich»).
- Reaktion auf die Konfrontation mit der Missbrauchsthematik: Tabuisierung oder Überreaktion.
- Abwehr unter Verweis auf die kurze verbleibende Lebensspanne (Patient und Behandler).
- Missbrauch und seine Folgen werden nicht als eigenständiges Problem wahrgenommen, sondern körperlichen Erkrankungen oder dem Alter an sich zugeschrieben.

Suchtmittelkonsum als Selbstmedikation ?

- In 81% der Späterkrankungen geht ein ungünstiges Lebensereignis der Erkrankung voraus, doppelt so häufig wie bei Früherkrankungen

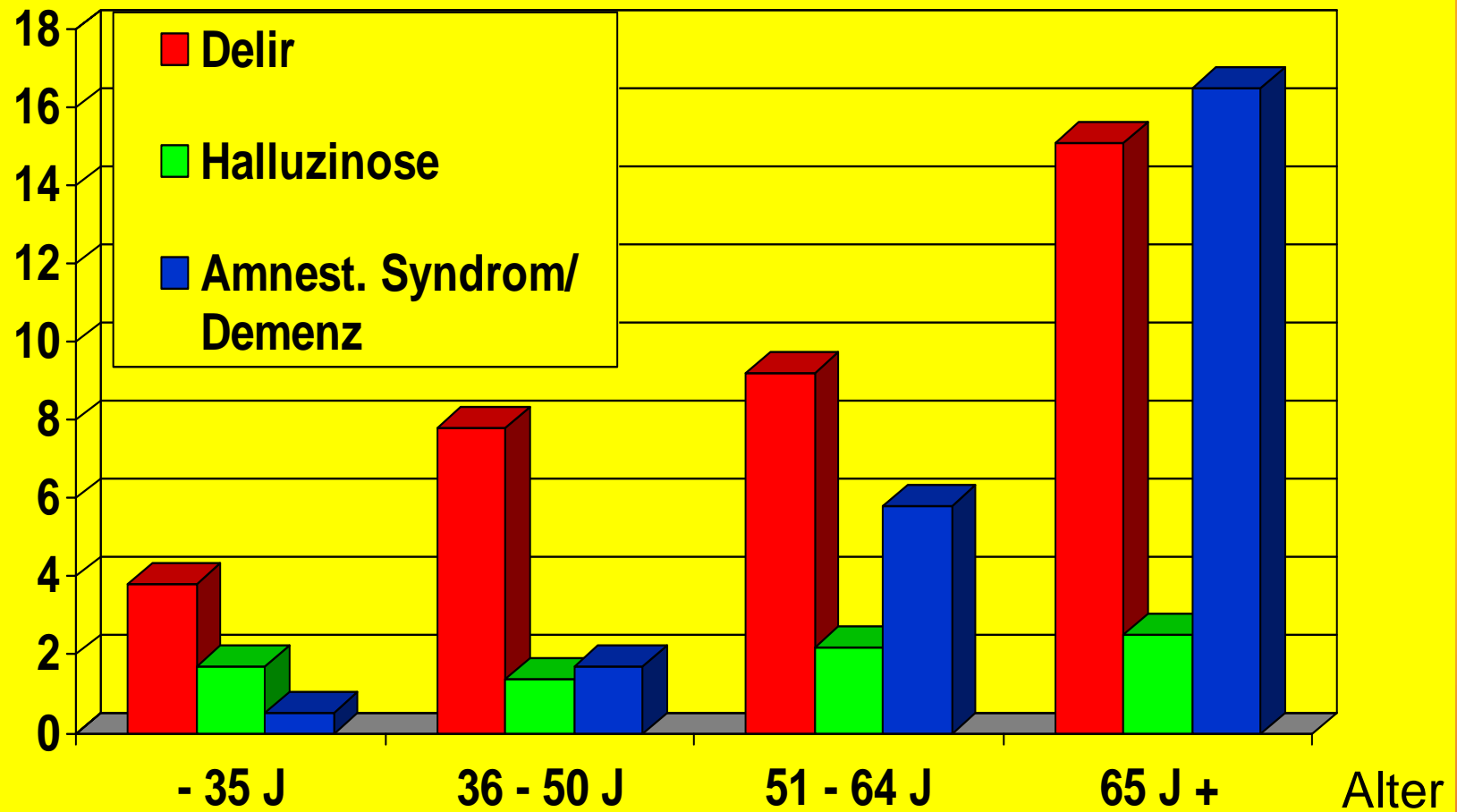
(Finlayson 1988)

- V.a. Verlusterlebnisse gelten als Risikofaktoren

(Feuerlein 1996)

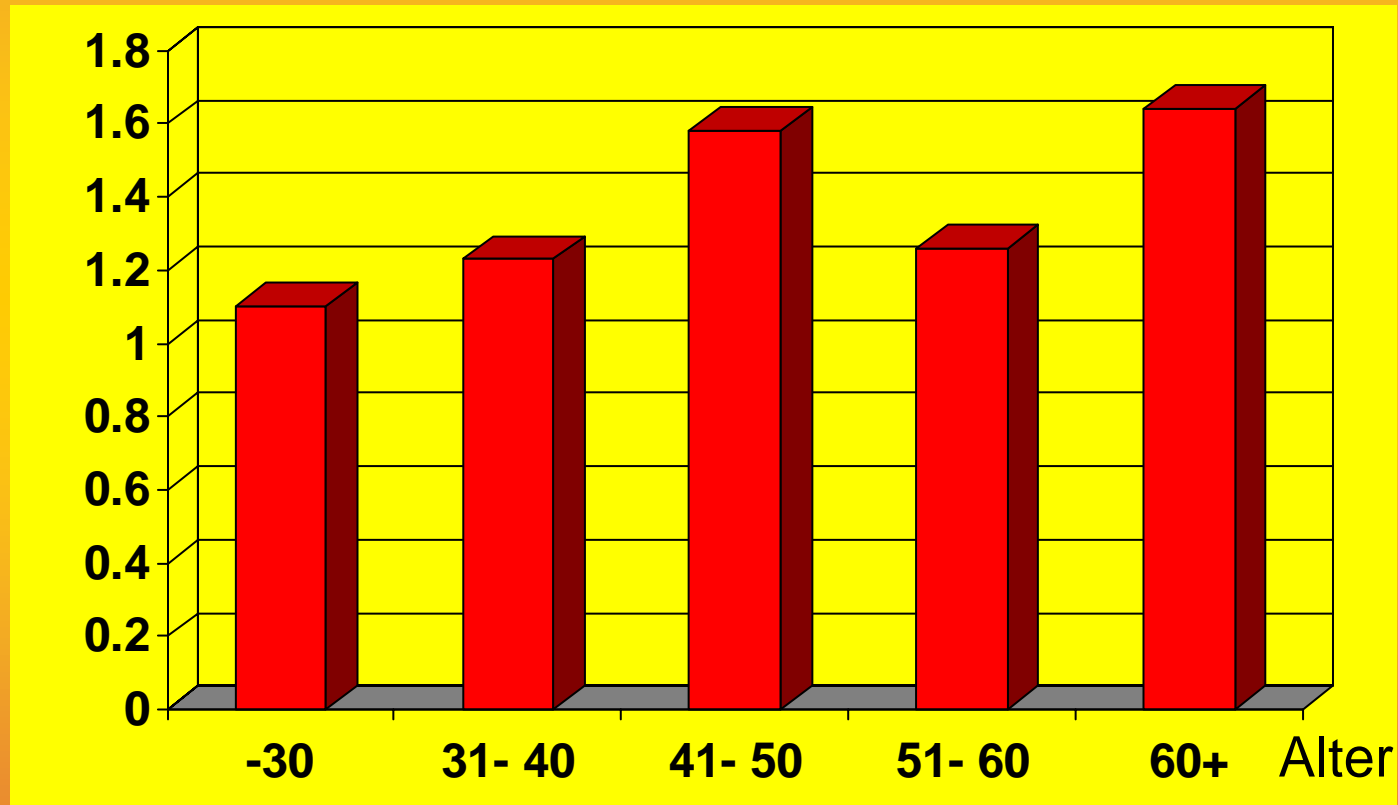
Komplikationen bei Alkoholkranken

% Anteil



Körperliche Erkrankungen bei Alkoholikern

Anzahl



N=322, BMFT-Studie

Folgekrankheiten

- Leber, Magen, Bauchspeicheldrüse
- Hochdruck, Rhythmusstörungen, Herzmuskelerkrankungen
- Infekte: Lungenentzündung
- Unfälle: Frakturen, SHT, Hirnblutungen
- Neurologisch: Nervenerkrankungen, Epilepsie, Zittern
- Psychiatrisch: Demenz, Depression, Angst, Schlafstörung, Stimmungsschwankungen, Wahnsymptome

Folgen der Langzeiteinnahme von Beruhigungsmitteln

- Verschlechterung von Angst, Depressivität und körperlichen Beschwerden
- Gedächtnisstörungen
- Beeinträchtigung von Motorik und Koordination
- Entzugssyndrom beim plötzlichen Absetzen mit «Rebound-Phänomen»:
 - Unruhe
 - Dysphorie
 - Angst- und Schlafstörung

Risikofaktoren Alkoholismus im Alter

Männliches Geschlecht

Raucher (aktuell)

Alkohol- / Nikotinabusus in jungen Jahren

Scheidung / nie verheiratet

Geringe Intelligenz / Schulbildung

Wohnung in Vororten

Unzufriedenheit mit Einkommen

14 Studien

Was sind die Risikofaktoren?

- Tod des (Ehe-) Partners
- Verlust des sozialen Netzwerkes
- Finanzielle Einbussen
- Schlafstörungen
- Autonomieverlust
- Verlust an Perspektive
- Verlust an Lusterlebnissen
- Langeweile
- Körperliche Beschwerden
- Ärztliche Fehlbehandlungen
- Funktions-/Aktivitäts- und Kontaktverluste
- Verstimmung, Depression, Angst

Was sind die Ursachen für Sucht im Alter?

- Angsterkrankungen
- Schlafstörungen
- Depressionen
- Seh- und Hörstörungen
- Mangelnde Fähigkeit, gewohntes Trinkverhalten zu verlassen
- Bewährte Verhaltensmuster bleiben erhalten (Alkoholkonsum wegen Ärgers)
- Arbeitsplatzverlust, fehlende Disziplinierung durch Arbeitgeber
- Partnerverlust, Vereinsamung, Isolation (fehlender Schutz einer Grossfamilie)
- Schmerzen, körperliche Beschwerden
- Eingeschränkte Mobilität nach Schlaganfällen, Stürzen, bei Hüftleiden

Wie stützt man die Behandlungsbereitschaft ?

- Dem Patienten helfen, die Zusammenhänge zwischen dem eigenen Verhalten und den negativen Auswirkungen verstehen zu können
- Dem Patienten helfen, die Vor- und Nachteile seiner Situation und der geplanten Behandlung wahrzunehmen
- Den Patienten als wichtigsten Partner behandeln (Förderung der «Eigenwirksamkeit», statt passiven Gehorsam fordern / Schuld zuweisen)

Palliativbehandlung

- Gute medizinische Versorgung trotz fortgesetztem Suchtverhalten
- Bessere Ernährung
- Ersatz besonders nachteiliger durch weniger riskante Mittel und Konsummuster
- Vermeidung zusätzlicher riskanter Interaktionen
- Unfallprophylaxe
- Verhinderung von Verwahrlosung

Gründe für Psychotherapie

- Angehen von Einstellungen und Zuständen, welche das Suchtverhalten unterstützen, unbewältigte Verlusterlebnisse etc.
- Verhaltenstherapie bei automatisierten Suchthandlungen
- Systemisch orientierte Interventionen bei ungünstiger Umfeldsituation (Angehörige, Heim)

Risikofaktoren für Abhängigkeitsentwicklung im Alter

- mit dem Älterwerden assoziierte Verlustereignisse wie Tod des Lebenspartners, von Freunden, Verkleinerung des sozialen Netzes nach Berentung, finanzielle Einbussen
- Schlafstörungen
- chronische Erkrankungen
- Verlust von Autonomie

Behandlungsziele (1/4)

- Lebensbewältigung und Zufriedenheit mit dem Leben
- Verlängerung der suchstofffreien Perioden, möglichst aber Abstinenz

Behandlungsziele (2/4)

- Wiederaufnahme von Beziehungen zu Freunden und Verwandten
- Sicherstellung einer ausgeglichenen Ernährung
- Erhalt der persönlichen Autonomie
- Lösung finanzieller, sozialer, wohnungsbezogener Probleme
- Sanierung des Haushalts
- Erhalt / Verbesserung der Gesundheit
- Verbesserung des Kontakts zu den Kindern
- Erhalt / Verwirklichung einer Vorbildfunktion für die Enkelkinder

Behandlungsziele (3/4)

- Angstbewältigung auf alternative Weise
- Strukturiertes Tages-/Wochenprogramm
- Beschäftigung/Funktion im sozialen Bereich

Behandlungsziele (4/4)

- Verbesserung von Frustrationstoleranz und Konfliktfähigkeit
- Festgefahrenen Trauerprozeß wieder in Bewegung bringen
- Korrektur falscher Vorstellungen über den Schlaf
- Verbesserung Gedächtnis-Funktionen
- Kompetenteres Auftreten in sozialen Situationen
- Neue Lebensziele

Schmerzmittel und Opioide

- Exposition mit Opioiden und Mischanalgetika ist hoch; trotzdem kein Entstehen neuer Suchterkrankungen
- Nach Schätzungen sind weniger als 10% der Medikamentenabhängigen mit Opioidgebrauch über 60 Jahre (überlebende Altfälle)
- Risiko besteht für ältere Menschen v.a. wenn bereits früher eine Suchtstoffabhängigkeit bestand, z.B. von Alkohol oder Benzodiazepinen

Gründe für veränderte Reaktionen im Alter

- Alkohol / Medikamente werden langsamer abgebaut (geringere Mengen haben gleiche Wirkung, geringere Toleranz)
- Bestehende Krankheiten und deren medikamentöse Behandlung erhöhen die Sensibilität (Interaktionen)

Hinweise für die Behandlung (1/2)

- Therapieziele:
 - Abstinenz in der Klinik ist noch kein Therapieerfolg
 - Eigenständige Abstinenz oder Nutzung äußerer Kontrollinstanzen?
 - Abstinenz oder Eindämmung des Konsums?
- Ungünstig sind:
 - Ungeduld
 - konfrontatives Vorgehen
 - dem Patienten beweisen wollen, dass er süchtig ist
- Notwendig ist:
 - Respekt vor der Lebensleistung der Patienten
- Anforderungen an Nachsorgeeinrichtungen:
 - gemeindenah
 - altengerecht (Erreichbarkeit, Zeiten)

Hinweise für die Behandlung (2/2)

- Therapeutische Beziehung schwieriger aufzubauen (alte Menschen sind vorsichtiger, mehr Vorbehalte gegen Psychiatrie / Psychotherapie, Probleme der Altersdifferenz), dann aber dauerhafter
- Alte Menschen sind «einsichtiger», nachhaltigere Konsequenzen («nicht mehr viel Zeit zu verlieren»; reife Persönlichkeit)
- Aber: für hirnorganisch beeinträchtigte oder chronisch mehrfach geschädigte Patienten sind besondere Angebote erforderlich
- Altershomogene Gruppen günstiger?
- Sitzungsdauer eher kürzer
- Berücksichtigung der körperlichen Erkrankungen

Was sind die Gründe für das Ausbleiben einer Therapie?

- Falschverstandenes Mitleid mit dem Patienten
- Scham der Angehörigen, Bagatellisierung
- Ärzte lehnen Therapie ab wegen vermeintlich schlechter Prognose
- Ärztlich verordnete Sucht
- Alkoholiker glaubt, sein Problem allein lösen zu können
- Ältere werden als «Respektspersonen» nicht angesprochen

Schlechte Prognose

- Früher Krankheitsbeginn, hohe Trinkmengen, häufige Intoxikationen
- Zahlreiche Rückfälle
- Kognitive Probleme, Demenz, hirnorganische Störungen
- Einsamkeit, familiäre Probleme, schlechte soziale Integration, keine Hobbys
- Kommunikationsprobleme (Hören ...)

Gute Prognose

- Patienten mit wenigen Vorfällen / Rückfällen
- Gute kognitive Situation
- Soziale Integration
- Unterstützung durch Familie und Freunde
- Teilnahme an Nachbehandlung

Hinweise auf Alkoholmissbrauch oder Alkoholabhängigkeit im Alter (1/2)

- Verletzungen / Blutergüsse
- Häufige Notarztinanspruchnahme / Notaufnahme
- Magen-Darm-Probleme / Durchfall
- Inkontinenz
- Mangelernährung / Gewichtsverlust
- Bluthochdruck
- instabiler Diabetes mellitus

Hinweise auf Alkoholmissbrauch oder Alkoholabhängigkeit im Alter (2/2)

- Sozialer Rückzug
- Verlust von Antrieb und Interesse
- Depressivität
- Schlafstörungen
- Nachlassen der geistigen Leistungskraft
- Vernachlässigung der (Körper-) Hygiene
- Gangunsicherheit / Stürze

Was tun wenn, Verdacht besteht?

- keine massive Konfrontation
- vorsichtig zurückhaltende Fragen
- verstehen kann nur, wer nicht entwertet

Vorbeugende Massnahmen?

- Abgleiten in Suchtverhalten ist am ehesten vermeidbar, wenn die Lebensqualität stimmt
- Behandlung von Angst und Depression
- Zuwendung, Anlass zu Lebensfreude
- Bearbeitung unangemessener Ansprüche an sich und andere
- Bearbeitung zentraler Verlustereignisse
- Hilfe zum Ertragen des Unabänderlichen

Hinweise auf Alkoholmissbrauch oder Alkoholabhängigkeit im Alter (Ergänzungsfragen zum CAGE)

1. Haben Sie das Gefühl, dass Ihr Alkoholkonsum zugenommen hat, nachdem eine nahestehende Person verstorben ist?
2. Macht Alkohol Sie so müde, dass Sie öfter einmal in Ihrem Stuhl einschlafen?
American Medical Association (Council on Scientific Affairs) (1996): Alcoholism in the Elderly. JAMA 275: 797-801
3. Haben Sie in den letzten 3 Monaten Alkohol getrunken?
4. Falls ja: an wie vielen Tagen in der Woche haben Sie durchschnittlich etwas getrunken und wie viele Gläser (getrennt nach Bier, Wein, Likör, Spirituosen)?
5. Wie oft in den letzten 3 Monaten haben Sie bei einem Anlass 6 oder mehr Gläser (getrennt nach Bier, Wein, Likör, Spirituosen) getrunken?
Adams WL, Barry KL, Flemin MF (1996): Screening for Problem Drinking in Older Primary Care Patients. JAMA 276: 1964-1967

Zusammenfassung

- Nichtstun ist nicht gerechtfertigt
- Therapie bei Älteren ist besser wirksam als bei Jüngeren
- Abstinenzraten bei älteren Menschen sind meist sehr gut
- Folgeerkrankungen können vermieden werden
- Volkswirtschaftliche und soziale Vorteile