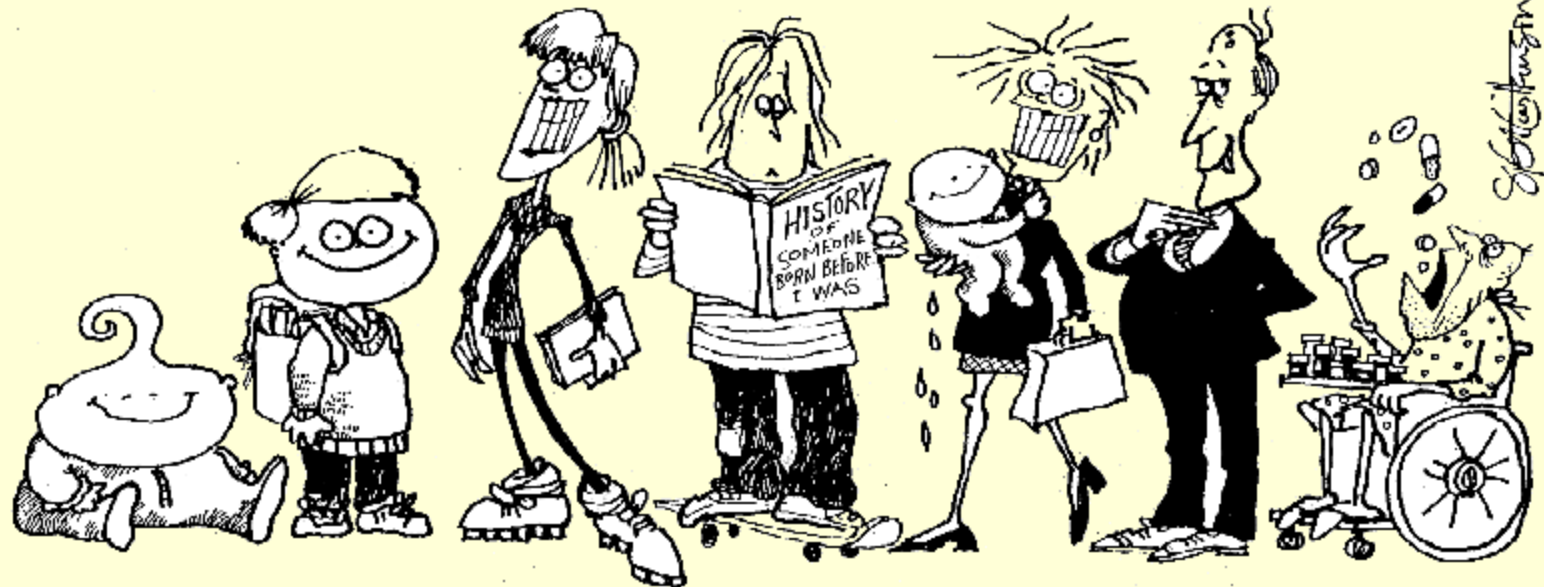


Fachtagung „Sucht im Alter“ Suchterkrankungen im Alter -eine Einführung

Dipl.-Psych. M.A. Gerhard Grohe
Psychologischer Psychotherapeut
Ansbach, 22. April 2015

SIGN

DRUG-FREE AMERICA



AGE 0-4
AMOXICILLIN

4-12
RITALIN

12-18
APPETITE
SUPPRESSANTS

18-24
NO-DOZ

24-38
PROZAC

38-65
VIAGRA

65 —
EVERYTHING
ELSE

Nikot Alc
Opiate, BZO

Nikotin

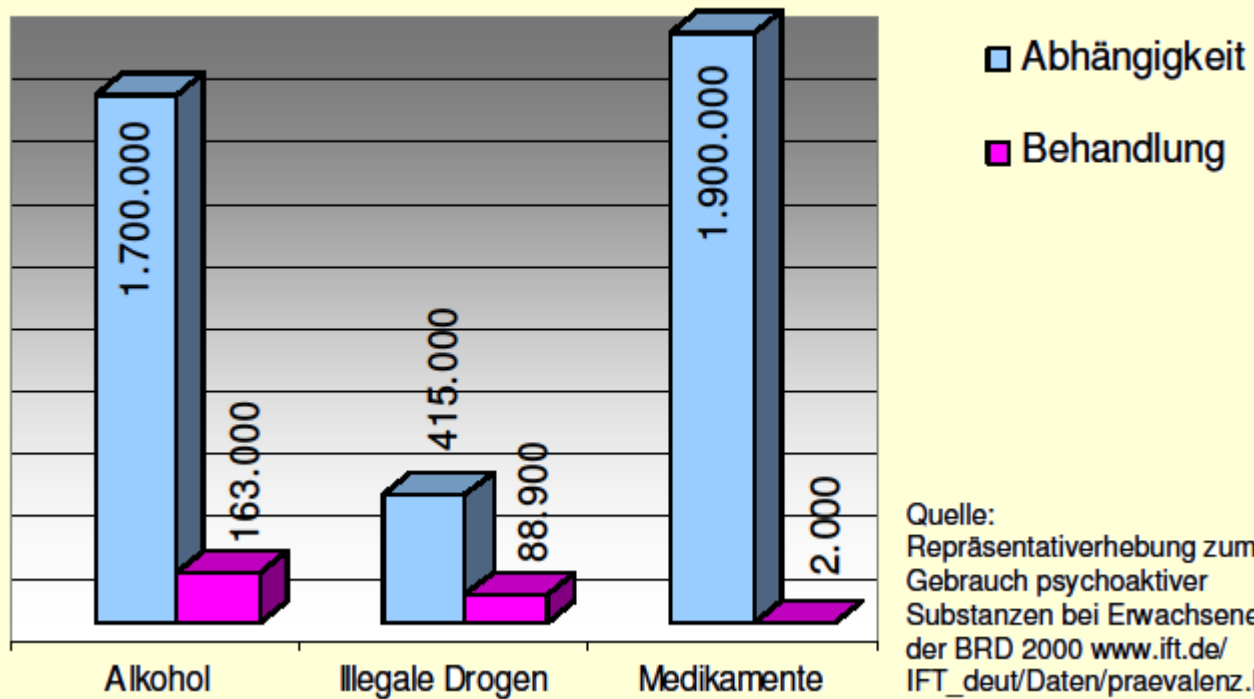
THC,
Alkohol

Opiate
BZO, THC

Alkohol
BZO, Nikotin

BZO

Epidemiologie



Epidemiologie

Täglicher Gebrauch von Schmerz-, Schlaf- und Beruhigungsmitteln während der letzten 7 Tage

in Prozent der Wohnbevölkerung ab 15 Jahren

	täglich							Total	Davon vom Arzt verschrieben
	Männer	Frauen	15-24	25-39	40-64	65-74	älter als 74		
Schmerzmittel	2.9	5.2	2.9	2.5	3.7	6.2	11.4	4.1	86.6
Schlafmittel	1.8	4.3	0.0	0.6	2.1	6.9	17.2	3.1	94.8
Beruhigungsmittel	1.6	3.5	0.6	1.5	3.1	3.6	5.6	2.6	92.7
eines dieser drei	5.4	10.2	3.4	4.2	7.0	13.9	25.5	7.9	

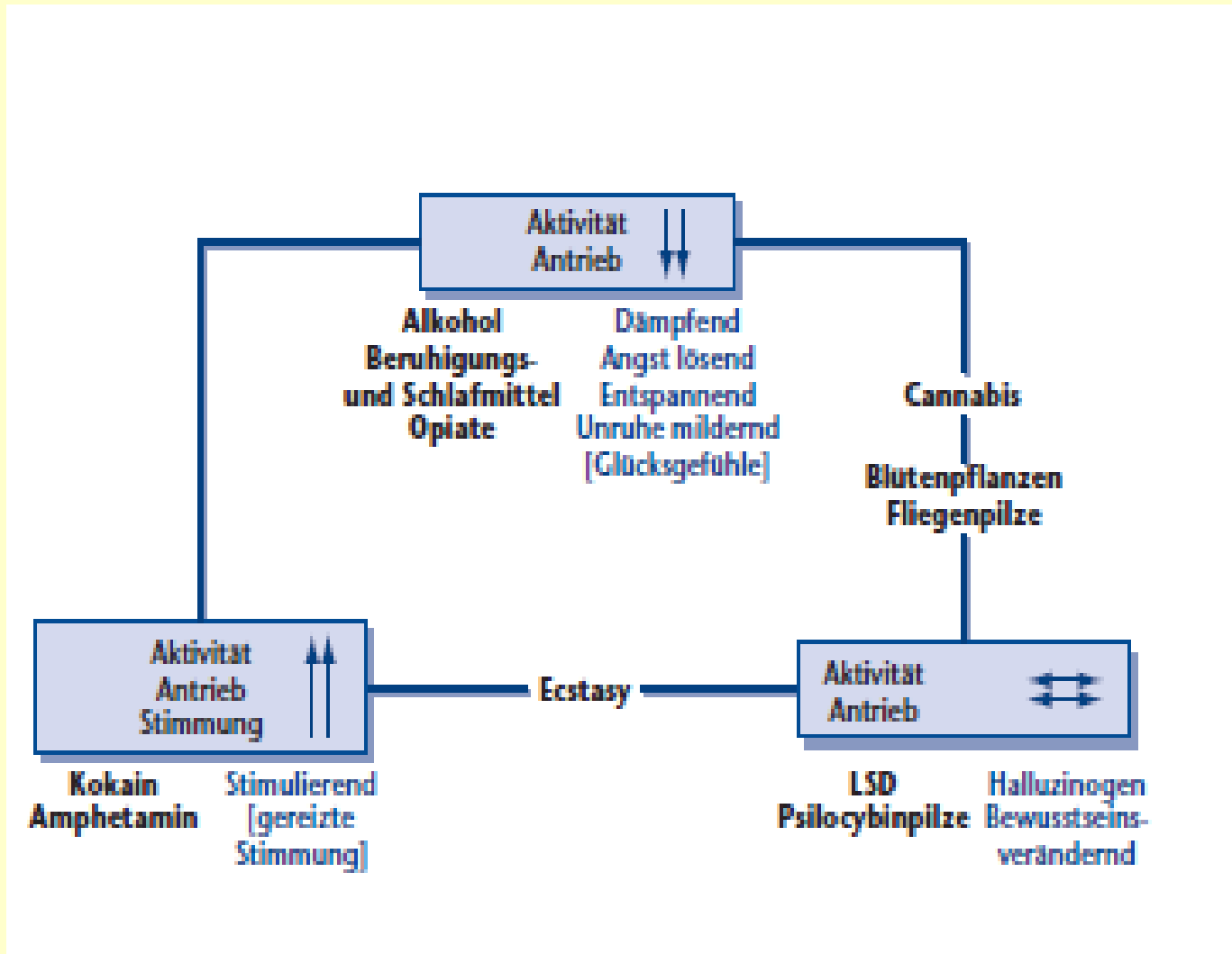
Quelle: SFA (1999). Berechnungen auf Basis der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 1997/98. N=13 000.

sfa / ispa 

Diagnostische Leitlinien des Substanzmissbrauchs

1. Versagen bei der Erfüllung wichtiger Verpflichtungen
(z.B. Fernbleiben von der Arbeitsstelle / Vernachlässigung der Kinder)
2. Körperliche Gefährdung durch Substanzkonsum
(z.B. Bedienen von Maschinen / Autofahren unter Drogeneinfluss)
3. Konfrontation mit dem Gesetz aufgrund von Substanzkonsum
4. Fortgesetzte soziale oder zwischenmenschliche Probleme durch den Konsum

Wirkweise von Suchtmitteln



nach Gouzoulis-Mayfrank (2007)

Störungen durch psychotrope Substanzen ICD 10

- F10.x: Alkohol
- F11.x: Opioide
- F12.x: Cannabinoide
- F13.x: Sedativa oder Hypnotika
- F14.x: Kokain
- F15.x: Stimulantien
- F16.x: Halluzinogene
- F17.x: Tabak
- F18.x: flüchtige Lösungsmittel
- F19.x: multiplen Substanzgebrauch

Kriterien für „schädlichen Substanzgebrauch“: ICD 10

Jeder Konsum von Suchtmitteln in den letzten 12 Monaten, der zu einer Gesundheitsschädigung körperlicher oder psychischer Art geführt hat.

Diagnosekriterien der Substanzabhängigkeit (ICD10)

1. Starkes Verlangen oder Zwang, eine Substanz zu konsumieren („Craving“)
2. Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Konsums
(Kontrollverlust; erfolglose Versuche, den Konsum zu verringern)
3. Körperliches Entzugssyndrom bei Reduzieren oder Absetzen der Substanz (= körperliche Abhängigkeit)
4. Toleranzentwicklung gegenüber Substanzeffekten
(Dosissteigerung notwendig, um den erwünschten Effekt herbeizuführen oder schwächere Effekte bei gleicher Dosis)
5. Einengung des Verhaltens auf den Substanzkonsum (hoher Zeitaufwand für Beschaffung und Erholung von der Wirkung, fortschreitende Vernachlässigung sozialer, beruflicher oder Freizeitaktivitäten)
6. Anhaltender Konsum trotz eindeutiger schädlicher körperlicher oder psychischer Folgen



Edgar Degas: Die Absinthtrinker (1876)

Häufigkeit von Alkoholproblemen in der Bevölkerung

- Riskanter Konsum 5.000.000
- Schädlicher Gebrauch 2.700.000
- Alkoholabhängigkeit 1.600.000

Bei ca. 10 Mio. Menschen in Deutschland besteht alkoholbedingter Beratungs- und Behandlungsbedarf

Definitionen WHO

- **Risikofreier Konsum:** < 20 g/d (Mann), 10 g/d (Frau)
- **Risikoarmer Konsum:** 24 g/d (Mann), 16 g/d (Frau)
- **Riskanter Konsum:** 40 g/d (Mann) bzw. 20 g/d (Frau)
- **Wenigstens zwei konsumfreie Tage pro Woche**
- **Schädlicher Gebrauch:** Gesundheitschädigung liegt vor
- **Abhängigkeit : 3 von 6 Kriterien :** Entzugerscheinungen, Toleranzentwicklung, Starkes Verlangen, Verlust der Kontrolle (wann, wie viel, wie lange), Konsum trotz Schäden, Vernachlässigung von Interessen zugunsten Substanzkonsum

Fragebogen Alkoholabhängigkeit zur ICD 10:

- Spüren Sie häufig einen starken Drang, eine Art unbezwingliches Verlangen Alkohol zu trinken?
- Kommt es vor, dass Sie nicht mehr aufhören können zu trinken, wenn Sie einmal begonnen haben?
- Trinken Sie manchmal morgens, um eine bestehende Übelkeit oder das Zittern (z.B. Ihrer Hände) zu lindern)?
- Brauchen Sie zunehmen mehr Alkohol, bevor Sie eine bestimmte (die gewünschte) Wirkung erzielen?
- Ändern Sie Tagespläne, um Alkohol trinken zu können bzw. richten Sie den Tag so ein, dass Sie regelmäßig Alkohol konsumieren können?
- Trinken Sie, obwohl Sie spüren, dass der Alkoholkonsum Ihnen körperlich, psychisch oder sozial schadet?

Bei drei und mehr positiven Antworten ist von einer
Alkoholabhängigkeit auszugehen

Alkoholabhängigkeit im Alter

Typologie

Early Onset:

Beginn Alkoholmissbrauch bzw. Abhängigkeit bereits in jüngeren Jahren: „Überlebende“

Late Onset:

Beginn Alkoholmissbrauch bzw. Abhängigkeit erst im höheren Lebensalter. Bei dieser Gruppe ist der Beginn mehr mit situativen altersspezifischen Faktoren verknüpft. Häufig sind der Verlust des Ehepartners oder aber Schwierigkeiten den Alterungsprozess zu akzeptieren zu beobachten.

Alkoholabhängigkeit im Alter

Häufige Probleme

- Unbewältigte Kriegs- und Nachkriegserfahrungen,
- Nachlassen körperlicher und geistiger Kräfte
- Gefühle von Wertlosigkeit oder Minderwertigkeit
- Verlust des beruflichen Status durch Arbeitslosigkeit, Vorruhestand und Ruhestand
- Beginnende oder bereits stattgefundenene Isolierung, Einsamkeit oder Vereinsamung durch Tod von Partner, Angehörigen Freunden
- Befürchtung, in Vergessenheit zu geraten oder abgeschoben zu werden
- Angst vor dem Tode

verunsichern ältere Menschen oft, so dass sie glauben, nur noch mit Alkohol oder Medikamenten ihr seelisches Gleichgewicht halten zu können.

Drogenabhängigkeit

Ältere Drogenabhängige

Epidemiologie

Schätzungen des Anteils der älteren (35+, 40+ 50+) sind sehr schwierig, da wenige Daten vorliegen, die nach Altersklassen differenziert werden können.

Vogt 2009

Epidemiologie

- Schätzungen gehen von ca. **60.000** problematischen Opioidkonsumenten bzw. Abhängigen, die im Jahr 2006 **35 Jahre und älter** waren. Davon waren ca. **35 000** in medizinischer und/oder psychosozialer Behandlung
- Beschränkt man sich auf die Alters-gruppen 40+, reduziert sich die Zahl etwas auf ca. **40.000**
- Es ist unklar, wie viele dieser Personen über die ambulanten Hilfen (ärztliche Verordnung/Beratung und psychosoziale Betreuung) zusätzliche Hilfen bzw. Pflege benötigen bzw. in welchem Lebensabschnitt intensivere Hilfen benötigt werden

Gesundheitliche Probleme

Studie von Rosen et al. 2008, med. Diagnosen	
Arthritis	54%
Hypertonie	45%*
Herz-Kreislauf	18%
Chronische Bronchitis	22%
Magengeschwüre etc.	21%
Zirrhose	14%
Diabetes	11%*
	-
* Signifikante Differenz M:F (M+!)	

Studie von Vogt et al. 2009, Selbstangaben	
Arthritis	16%
	-
Herz-Kreislauf	22%
Bronchitis	14%
Magengeschwüre etc.	21%
Lebererkrankungen	38%
	-
Venenentzündung	20%

Vogt 2009

Gesundheitliche Probleme

- Mit dem Alter nehmen bei Opioidabhängigen psychische (Rosen et al., 2008, Wittchen et al., 2008) und körperliche Störungen zu (Vogt et al., 2009).
- Virusinfektionen wie HBV/HCV und HI können die Krankheitsprozesse komplizieren und beschleunigen. □
- Es gibt Hinweise darauf, dass sich bei älteren Drogenabhängigen relativ früh im Leben Zeichen von Demenz häufen (z.B. schwere Vergesslichkeit). Studien zum Zusammenhang von lang andauerndem Konsum von illegalen Drogen und von Demenz fehlen!

Vogt 2009

Zukunftsperspektiven

- Fragt man ältere Opioidabhängige nach ihrer Zukunft, sagen viele von ihnen, dass sie in 5 - 10 Jahren nicht mehr leben werden - daher müssen sie sich über ihre Zukunft auch keine Gedanken machen. Einige wenige haben dafür überzeugende Argumente (schwere konsumierende Krankheiten).
- Auf Fragen nach der Unterbringung in einem gewöhnlichen Alterswohnheim antworten viele, dass sie lieber zusammen mit aktiven oder ehemaligen Drogenabhängigen in einer Art Wohn-gemeinschaft leben möchten. Aber sie wollen dort auch ihre Ruhe haben und nicht immer Halligalli! Nur sehr wenige können sich vorstellen, in einem gewöhnlichen Alterswohnheim zu leben

Vogt 2009

Bedarfsplanung

- Pauschal gesehen sind Beratungsstellen bislang eher schlecht darauf vorbereitet, mit älteren Drogenabhängigen umzugehen; hier liegt Weiterbildungsbedarf hinsichtlich psychosozialer Interventionen, spezifischer Übertragungsprozesse, geriatrischer Problemlagen und dementieller Störungen vor.
- Die Entwicklung des speziellen Hilfe- und Pflegebedarfs älterer Opioidkonsumenten/-abhängigen ist schwer abzuschätzen
- Das erschwert Hilfeplanungen sowohl auf der strukturellen (systemischen) wie auf der individuellen (personalen) Ebene.

Medikamentenabhängigkeit



Diagnostik

1. Verheimlichen Sie manchmal die Einnahme?
2. Überlegen Sie sich, wie Sie Ihren Arzt davon überzeugen können, Ihnen ein bestimmtes Medikament zu verschreiben?
3. Haben Sie schon einmal den Arzt gewechselt, weil Ihnen ein bestimmtes Medikament nicht verschrieben wurde?
4. Entwickeln Sie Strategien, um die Versorgung zu sichern (Angehörige, Internet)
5. Legen Sie heimliche Vorräte an?

Benzodiazepine

Beispiele:

Adumbran, Diazepam, Valium, Tavor, Rohypnol, Lexotanil

Epidemiologie, Verordnungspraxis:

1,1 Millionen Benzodiazepinabhängige

Verschreibung seit einigen Jahren sinkend

häufige Niedrigdosis-Abhängigkeit aufgrund von Dauermedikation

Wirkung

dämpfend, schlaffördernd, angstlösend, krampflösend, muskelentspannend

Symptome und Langzeitfolgen

Koordinations- und Sprechschwierigkeiten

Konzentrationsstörungen, Vergesslichkeit

Müdigkeit / Schläfrigkeit, Hang-Over-Effekt

Depressive Verstimmung, Suizidalität

Abgestumpftheit, wie in Watte gepackt

Verlust emotionaler Schwingungsfähigkeit,

Persönlichkeitsveränderung

Paradoxe Reaktionen besonders bei älteren Menschen

Peripher wirkende Schmerzmittel

- **Beispiele:**
ASS, Paracetamol, Ergotamine
- **Wirkung**
Schmerzstillend, fiebersenkend, entzündungshemmend
in Kombination mit Koffein anregend und leistungssteigernd
In Kombination mit Codein euphorisierend, abhängigkeiterzeugend
- **Symptome und Langzeitfolgen**
Gefahr fortdauernder Überlastung durch Wegfall des Warnsignals
Dauerkopfschmerzen (dampf-drückend)
- **Analgetikasyndrom:**
- Organschädigung im Magen-Darmtrakt, Leber-, Nierenschäden

Konsummuster

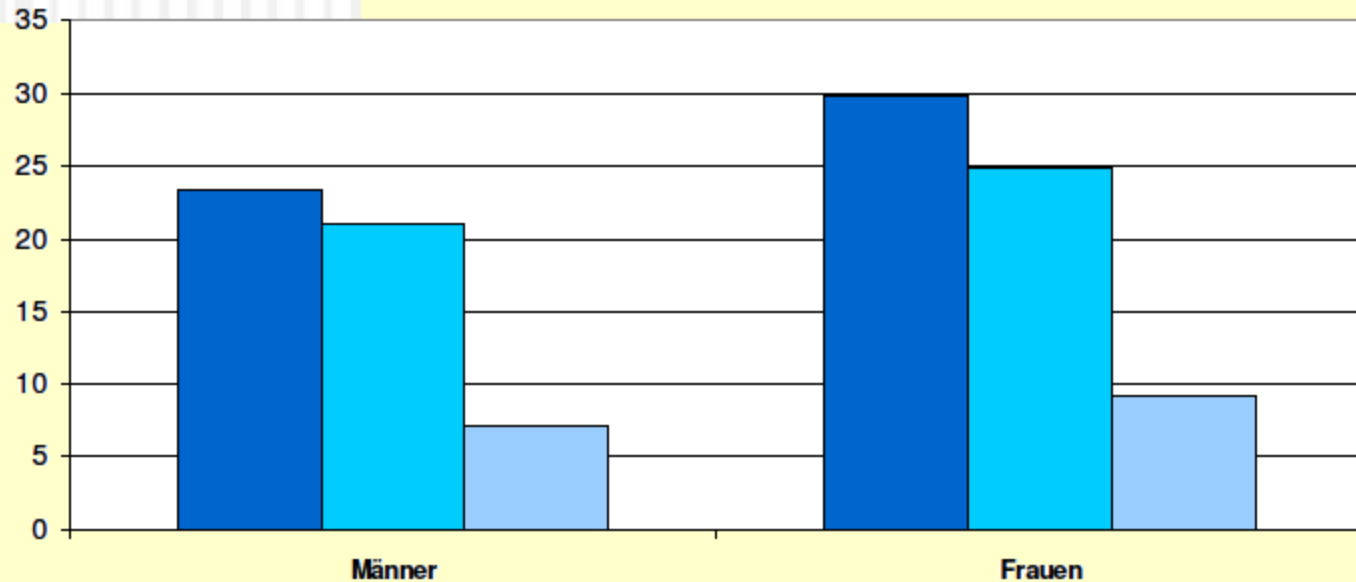
- Niedrigdosiskonsum
- Hochdosiskonsum
- Mischkonsum, wechselnder oder wahlloser Medikamentenkonsum
- Polytoxikomanie

Medikamentenabhängigkeit

Die stille Sucht von Frauen

Instant Relief

(Repräsentativerhebung 2003, Kraus & Augustin, 2005)



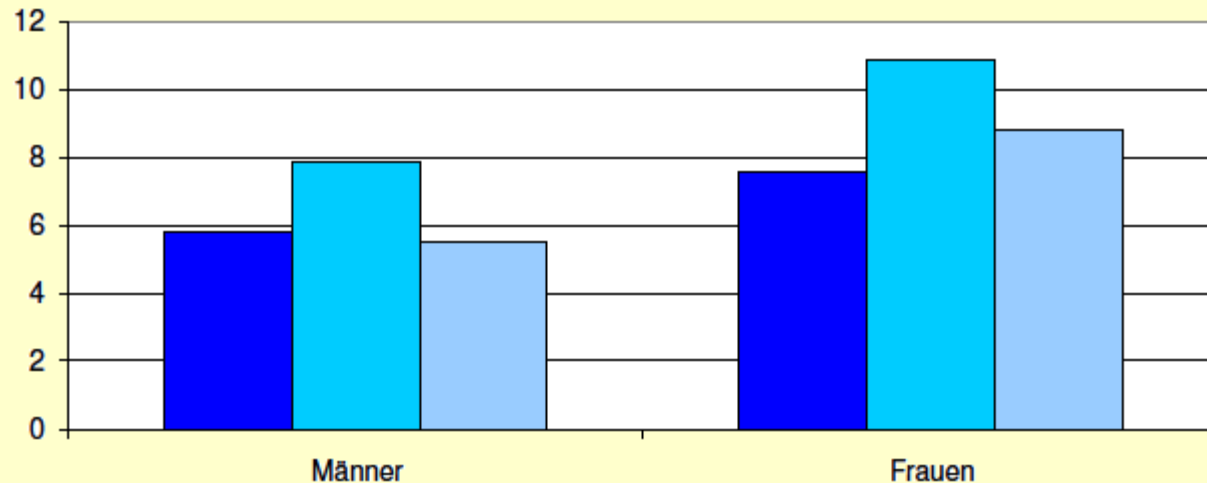
■ Wenn ich Kopfschmerzen habe, nehme ich sofort ein Schmerzmittel dagegen.

■ Es ist für mich unverständlich, dass jemand Kopfschmerzen hat und kein Medikament dagegen nimmt.

■ Da ich mich genau kenne und weiß, wann ich Schmerzen bekomme, nehme ich schon ein Medikament, bevor die Schmerzen richtig einsetzen.

Lebensbewältigung

(Repräsentativerhebung 2003, Kraus & Augustin, 2005)



- Ohne Medikamente wäre ich nur ein halber Mensch.
- Manchmal wüsste ich wirklich nicht, wie ich meinen (Arbeits)tag ohne Medikamente durchstehen könnte.
- Beruhigungs- und Schlafmittel sind in schwierigen, sorgenvollen Situationen eine Hilfe für mich, auf die ich nicht verzichten möchte.

Die stille Sucht von Frauen: Lebenslagen

Alter: steigender Medikamentenkonsum

Bildung: je niedriger desto mehr

Erwerbstätigkeit: restriktive Arbeitsbedingungen, geringe Handlungsspielräume

Familie und Beruf: geringe soz. Unterstützung, starke soziale Belastung
Partnerschaft: wenig zufrieden stellend, Gewalterfahrungen

Biografische Belastungen: „Mangelerfahrungen“ in der Herkunftsfamilie, frühe Verantwortung für andere, Grenzüberschreitungen, Selbstwertprobleme

Werthaltungen: Eigene Bedürfnisse verdrängen, Leisten müssen, Durchhalten, Selbstwertstabilisierung durch „Helfen“

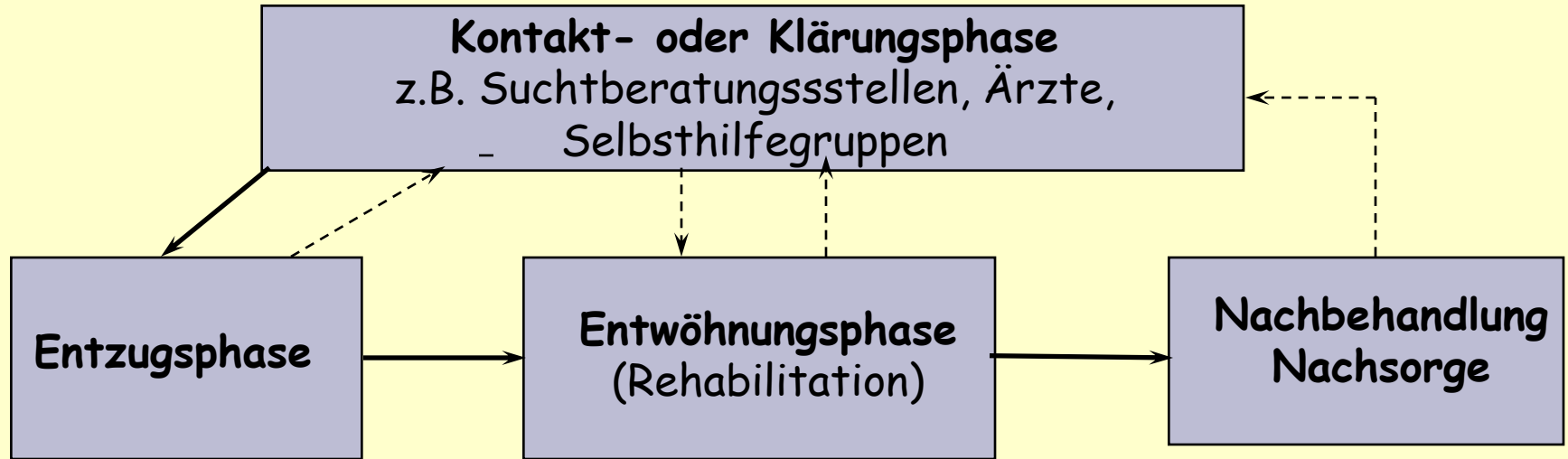
Die stille Sucht von Frauen: Verschreibung

Frauen

- erhalten mehr psychoaktive Medikamente verschrieben:
Verlegenheitsverschreibung, Schwerpunktpraxen
- leiden häufiger unter psychischen Beschwerden und Erkrankungen : „Klagsamkeit“, höhere Prävalenz
- Medikamentenkonsum ist Teil des Gesundheitshandelns:
„Schlucken und schweigen“, rasche Entlastung,
Problembewältigung

Therapie

Phasenmodell der Abhängigkeitsbehandlung

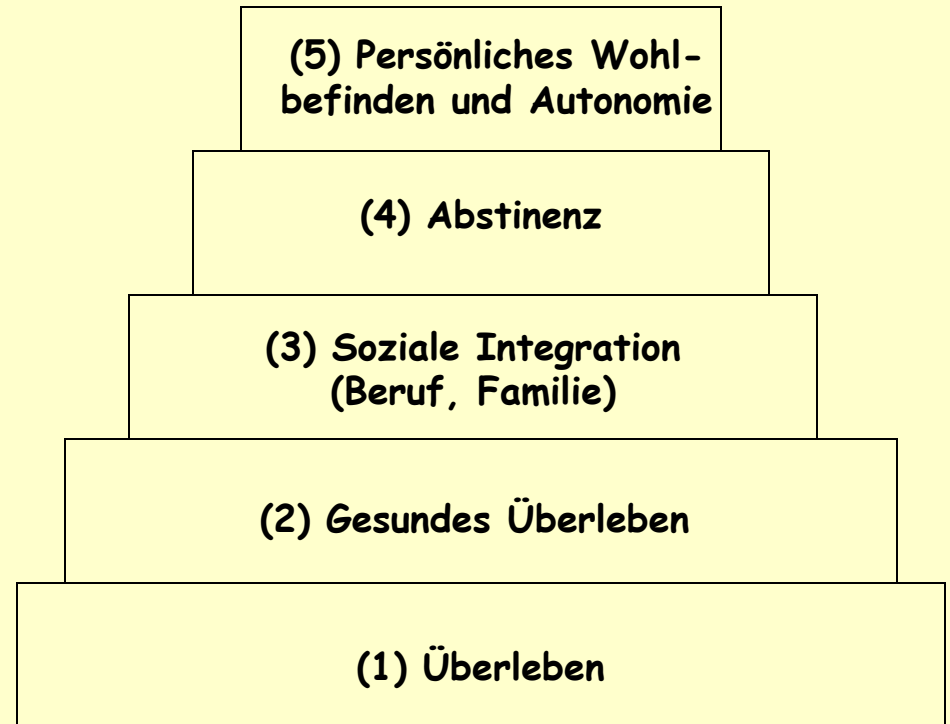
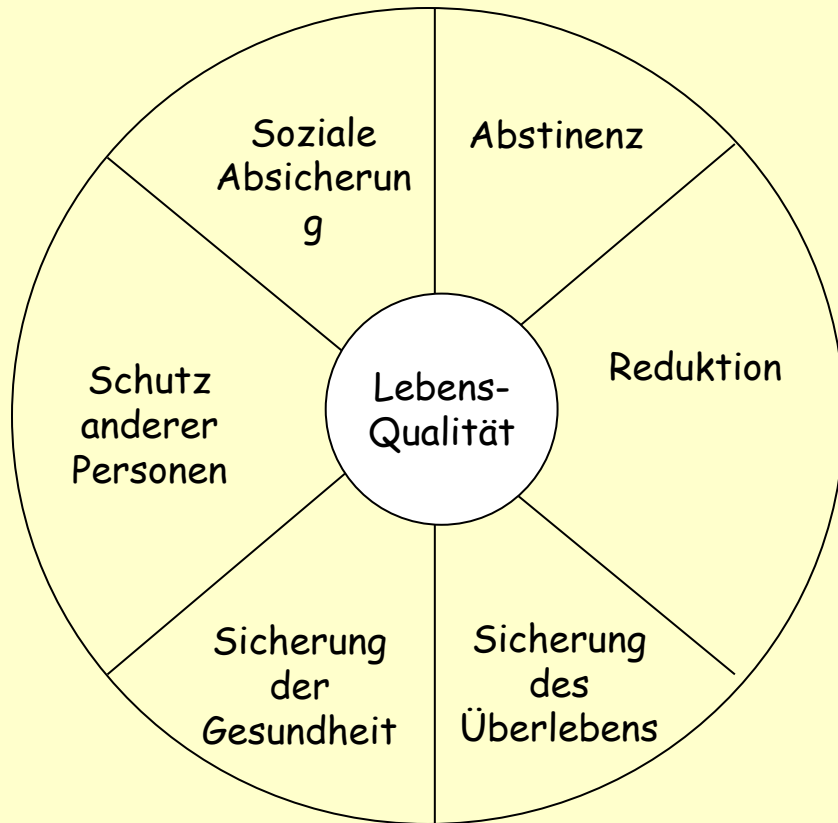


- nur körperlicher Entzug
- qualifizierter Entzug

- Ambulante Entwöhnungsbehandlungen
- Tagesklinische Entwöhnungsbehandlungen
- Stationäre Entwöhnungsbehandlungen
- Massregelvollzug nach § 64 STGB

Therapieziele

Zielhierarchie :



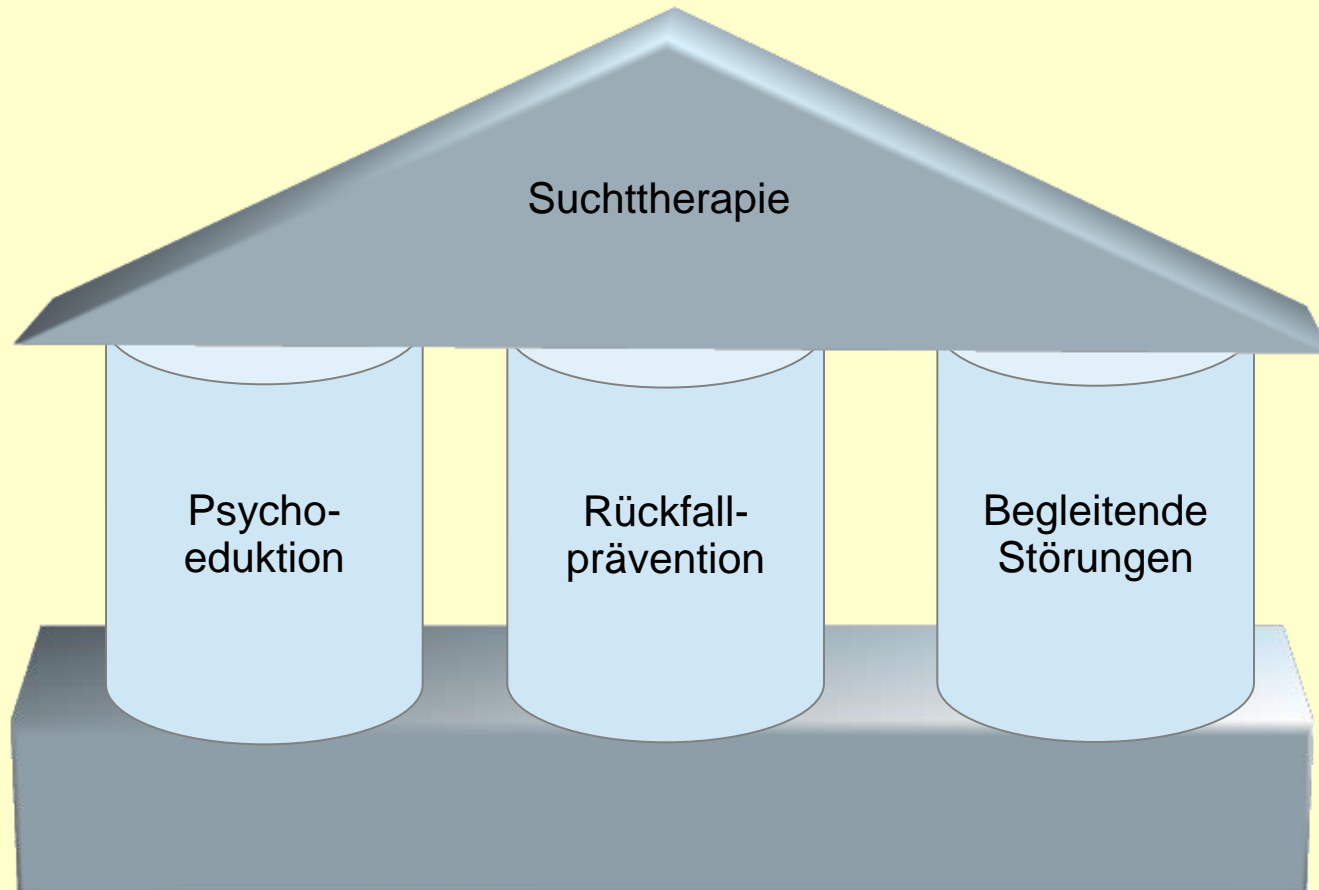
Suchttherapie: Behandlungselemente

- Arbeit in multiprofessionellen Teams
- Multiprofessionelle Behandlung
 - Ärztliche Behandlung: z.B. Pharmakotherapie
 - Soziotherapeutische Behandlung
 - Psychotherapeutische Behandlung
 - Pflegerische Behandlung

Behandlungsangebote Sucht im Alter

	ambulant	teilstationär	stationär
unspezifisch	<ul style="list-style-type: none"> • Hausarzt 	<ul style="list-style-type: none"> • allgemein- psychiatrische Tagesklinik 	<ul style="list-style-type: none"> • Allgemein- Krankenhaus
suchtspezifisch	<ul style="list-style-type: none"> • Suchtberatung • Suchtselbsthilfe- gruppe 	<ul style="list-style-type: none"> • suchtspezifische Tagesklinik 	<ul style="list-style-type: none"> • Suchtabteilungen • Suchtfachkliniken
gerontospezifisch	<ul style="list-style-type: none"> • Suchtselbsthilfe- gruppe f. Senioren • Angebote der ambulanten Altenarbeit 	<ul style="list-style-type: none"> • Geronto- psychiatrische Tagesklinik 	<ul style="list-style-type: none"> • Suchtfachkliniken mit geronto- psychiatrischen Angeboten • geronto- psychiatrische Angebote

Die psychotherapeutische Suchttherapie stützt sich auf drei Säulen



Literatur

Barbara Bojack , Elke Brecht, Christina Derr: Alter, Sucht und Case Management, 2014



Andreas Kutschke: Sucht - Alter - Pflege: Praxishandbuch für die Pflege suchtkranker alter Menschen, 2012



Literatur

Sebastian Niekrens :Sucht im Alter: Möglichkeiten der Intervention aus sozialarbeiterischer Perspektive, 2015



Literatur

Irmgard Vogt: Auch Süchtige altern: Probleme und Versorgung älterer Drogenabhängiger Taschenbuch, 2011



Dirk K. Wolter Sucht im Alter - Altern und Sucht - Grundlagen, Klinik, Verlauf und Therapie, 2010



Literatur

DHS:

Alkohol, Medikamente, Tabak:

Informationen für die Altenpflege

Spiegel Online 26.11. 2013

JANA HAUSCHILD : NICHT MEHR SCHLAFEN OHNE PILLEN: GEFÄHRLICHE SUCHT IM ALTER

- SIE TRINKEN NICHT NUR EIN GLÄSCHEN UND KÖNNEN OHNE TABLETTEN NICHT MEHR EINSCHLAFEN. IMMER MEHR SENIOREN SIND SÜCHTIG. SPEZIELLE ANGEBOTE KÖNNEN DIE BESCHWERDEN DER BETROFFENEN LINDERN, EINE ABSTINENZ IST DABEI KEINE PFLICHT.
- ERNA MÜLLER* TRANK, GERNE, GEGEN DIE SCHLECHTE LAUNE, MORGENS EIN SCHLÜCKCHEN UND DANN NOCH EINS UND NOCH EINS. SCHLIEßLICH HATTE DIE 79-JÄHRIGE EINEN AUTOUNFALL, ER HAT DIE ALTE DAME AUFGEWECKT. MIT IHREM FÜHRERSCHEIN VERLOR SIE AUCH IHRE SELBSTÄNDIGKEIT. SIE WANDTE SICH AN ARNULF VOSSHAGEN, DER IN ESSEN DIE AMBULANZ DER FACHKLINIK KAMILLUSHAUS LEITET - UND GEWANN IHR LEBEN ZURÜCK. SEIT SECHS MONATEN HAT SIE KEINEN SCHLUCK ALKOHOL GETRUNKEN, GEHT WIEDER ALLEINE EINKAUFEN, TRIFFT FREUNDE UND FAMILIE UND GENIEßT JEDEN TAG. "DER ZUGEWINN AN LEBENSQUALITÄT IST BEI ÄLTEREN MENSCHEN NACH EINER THERAPIE BESONDERS GROß. DENN SIE WERDEN DURCH EINE SUCHT STÄRKER EINGESCHRÄNKT ALS JÜNGERE", SAGT VOSSHAGEN.
- IMMER MEHR MENSCHEN ENTWICKELN IM ALTER EINE ABHÄNGIGKEIT. IHRE BESCHWERDEN WERDEN HÄUFIG ALS ALTERSERSCHEINUNGEN ABGETAN, DABEI KÖNNEN ALKOHOL UND MEDIKAMENTE VOR ALLEM IM ALTER FATALE FOLGEN HABEN. EINE THERAPIE KANN DEN BETROFFENEN WIE ERNA MÜLLER HELFEN, AN LEBENSQUALITÄT UND SELBSTÄNDIGKEIT ZURÜCK ZU GEWINNEN.
- **DIESE ERKENNTNIS WIRD IN VIELEN PFLEGE-EINRICHTUNGEN NOCH VERNACHLÄSSIGT: EINE REPRÄSENTATIVE ERHEBUNG UNTER 1000 PFLEGE-EINRICHTUNGEN ERGAB 2009, DASS NUR KNAPP DIE HÄLFTE EINE SUCHTBEHANDLUNG IM ALTER NOCH FÜR SINNVOLL HÄLT.**
- VOSSHAGENS KLINIK BIETET INZWISCHEN SPEZIELLE THERAPIEPROGRAMME FÜR SENIOREN AN. DIE ÄLTEREN PATIENTEN HÄTTEN ZUM EINEN MEHR KÖRPERLICHE BESCHWERDEN, AUF DIE RÜCKSICHT GENOMMEN WERDEN MUSS. AUCH GEBE ES EINE EXTRA GESPRÄCHSGRUPPE, IN DER DIE ÄLTEREN UNTER SICH SIND. DENN IHRE THEMEN SEIEN OFTMALS ANDERE ALS DIE DER JUNGEN PATIENTEN, SAGT DER PSYCHOLOGE. MANCH EINEN BELASTEN NOCH ERINNERUNGEN AN DEN KRIEG UND DIE SCHWEREN JAHRE DANACH. EBENSO MUSSEN VERLUSTE, DIE MIT DEM ALTERUNGSPROZESS EINHERGEHEN, AUFGEARBEITET WERDEN.
- DIE WEGE ZUM ERFOLG SIND ALLERDINGS VERSCHIEDEN. NICHT IMMER SEI ABSTINENZ ANZUSTREBEN, SCHREIBT ETWA DIE KRANKENKASSE BARMER GEK ZUSAMMEN MIT DER DEUTSCHEN HAUPTSTELLE FÜR SUCHTFRAGEN IN EINER INFO-BROSCHÜRE FÜR DIE ALTENPFLEGE. "NACHVOLLZIEHBAR BERICHTEN PFLEGENDE, DASS AUCH EINE REDUKTION DES KONSUMS ODER DER ANZAHL DER PSYCHOPHARMAKA DAZU FÜHRT, DASS MENSCHEN WIEDER AM LEBEN TEILNEHMEN KÖNNEN", HEIßT ES DA.
- AUCH VOSSHAGENS BETAGTE KLIENTEN KÖNNEN WÄHLEN, OB SIE ERST EINMAL VERSUCHEN WOLLEN, WENIGER ZU KONSUMIEREN. "DAS MUSS JEDER SELBST ENTSCHIEDEN", SAGT ER. FEST STEHT FÜR IHN: "FÜR EINE BEHANDLUNG IST ES NIE ZU SPÄT."
- **NAME GEÄNDERT*