

Abhängig im Alter – wie gehen wir damit um?

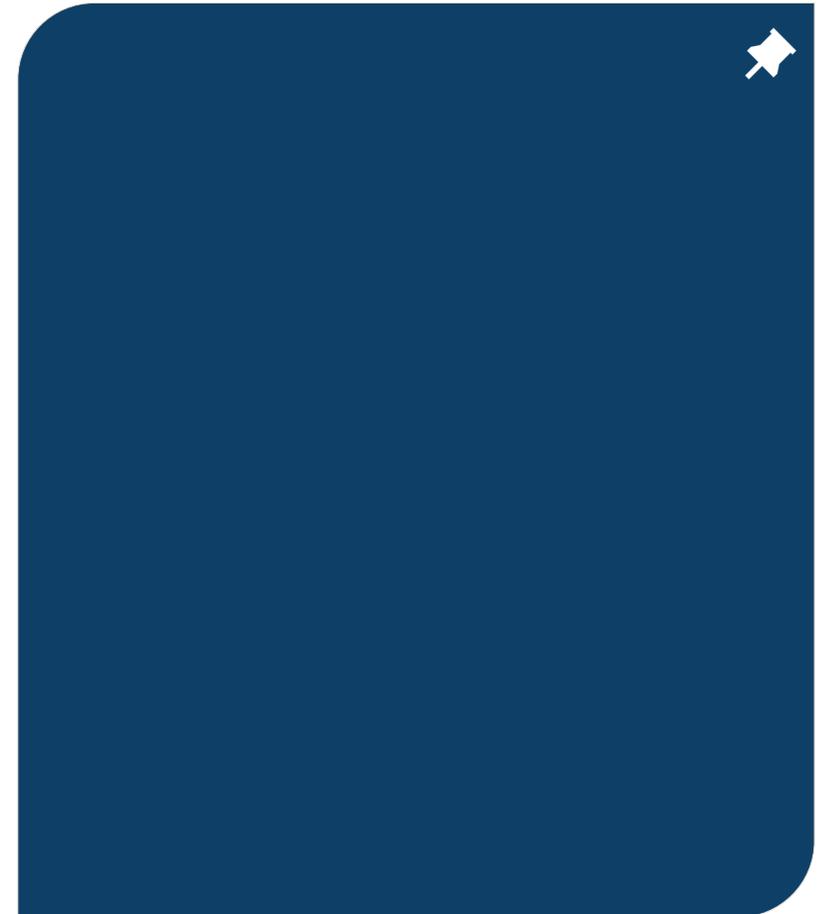
- ■ ■ ■ **Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie,
Paracelsus Medizinische Universität, Klinikum Nürnberg**

Prof. Dr. Thomas Hillemacher

Gliederung



- Allgemeines
 - Daten und Fakten
 - Neurobiologie
 - Altersaspekte
 - Therapeutisches Vorgehen
- Grundsätzliche Gedanken zum Umgang mit älteren Suchtpatienten
- Motivierende Gesprächsführung



Datengrundlage?



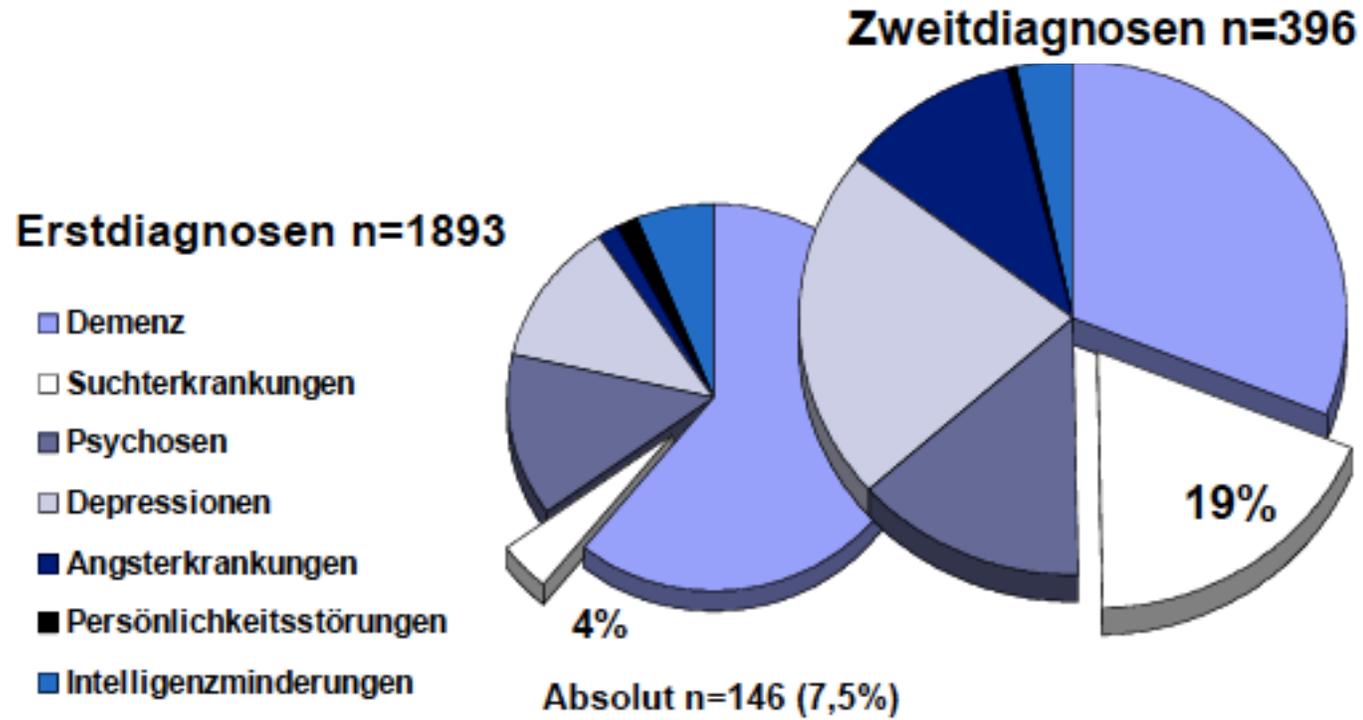
- Statistische Erhebungen zu Suchtfragen beziehen häufig die ältere Generation nicht mit ein
- Starke Definitionsschwankungen (Abhängigkeit, Missbrauch, riskanter Konsum)
- Im stationären Bereich Überpräsenz der Suchtkranken? - Unfälle, Folgeerscheinungen = häufige Einweisungen
- In Einrichtungen zur Suchthilfe ältere Menschen eher unterpräsent (Gossop et al., 2008; Rumpf & Weyerer 2006)
- Vorhandene Angebote sind auf mittlere Altersklassen zugeschnitten - Evidenz im Alter?

Zahlen und Fakten



- Insgesamt wenig belastbare Zahlen
- Die DHS geht davon aus, dass ca.
 - 400.000 Menschen über 60 Jahren alkoholabhängig sind
 - 1,7 - 2,8 Millionen ältere Menschen so genannte psychoaktive Medikamente wie Schlaf-, Schmerz- oder Beruhigungsmittel einnehmen
- Schätzung des BMG: ca. 14% der Menschen, die von ambulanten Pflegediensten oder in stationären Einrichtungen der Altenhilfe betreut werden, einen problematischen Gebrauch von Alkohol und Medikamenten haben

Substanzbezogene Störungen in Heimen

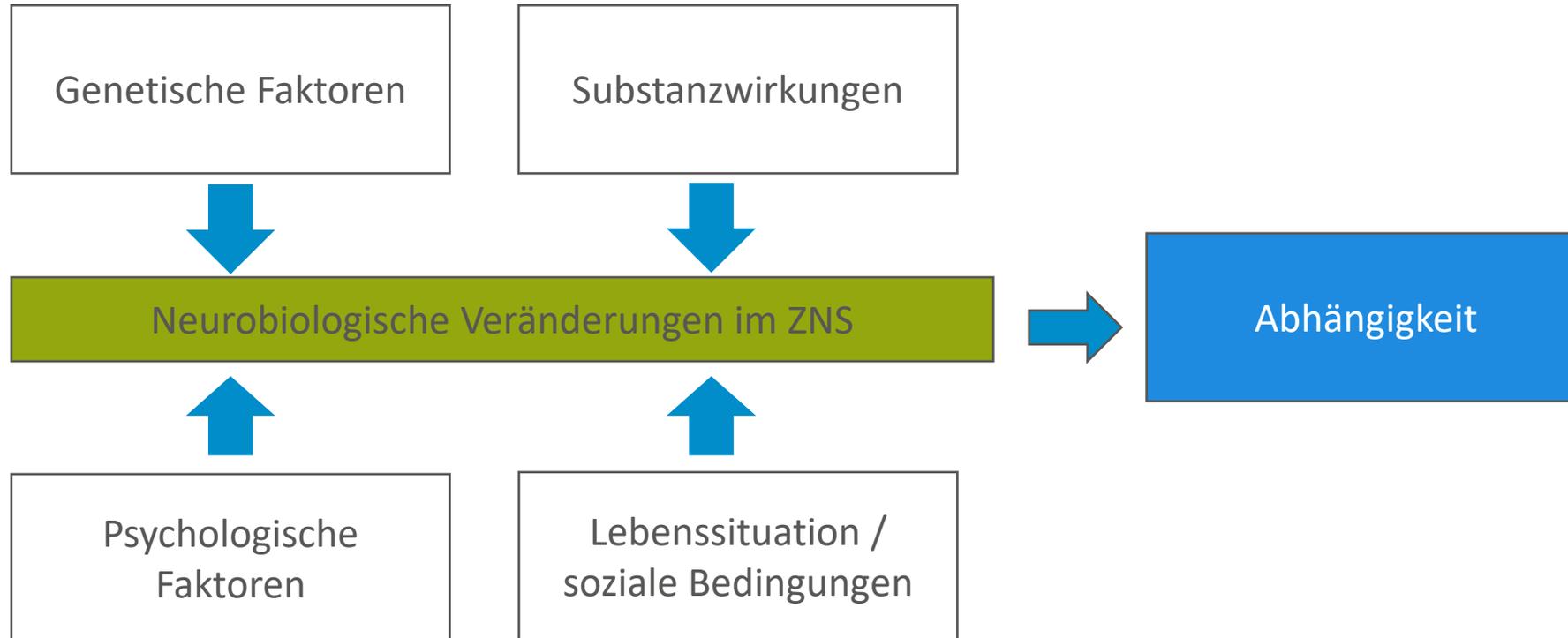


Hirsch & Kastner et al., Psychische Störungen in Heimen, KDA, 2004

Hirsch & Kastner 2004



Multifaktorielle Genese



Keine „selbstverschuldete“ Erkrankung



Besonderheiten im Alter



Aktuelle ältere Generation
durchschnittlich höherer
Alkoholkonsum auf als ihre
Vorgänger

Hohe psychische und
somatische Komorbiditätsrate

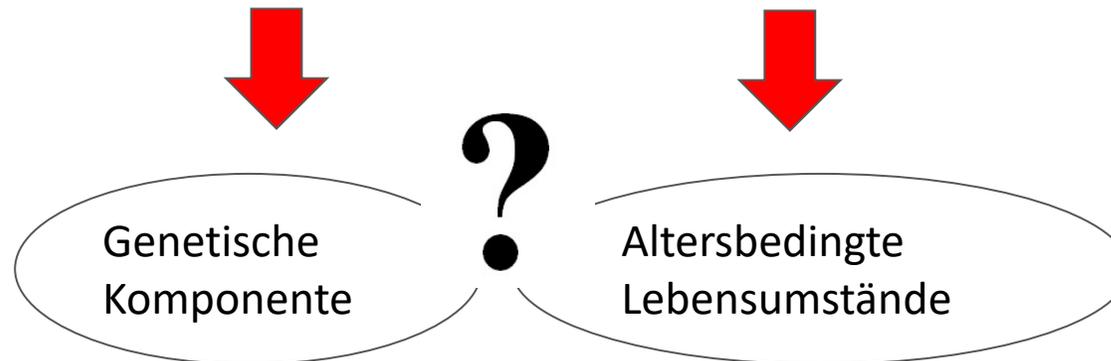
>65 jährige in fast allen Studien ausgeschlossen



Early oder Late onset?



| Merkmal | früher Beginn (early onset) | später Beginn (late onset) |
|-------------------|--|---------------------------------------|
| Alter | unter 60 Jahre | über 60 Jahre |
| Häufigkeit | 2/3 | 1/3 |
| Persönlichkeit | instabil | stabil |
| Wohnsitz | wechselnd | konstant |
| Familienanamnese | positiv | negativ |
| Intoxikationstage | häufig | selten |
| Prognose | mäßig | gut |



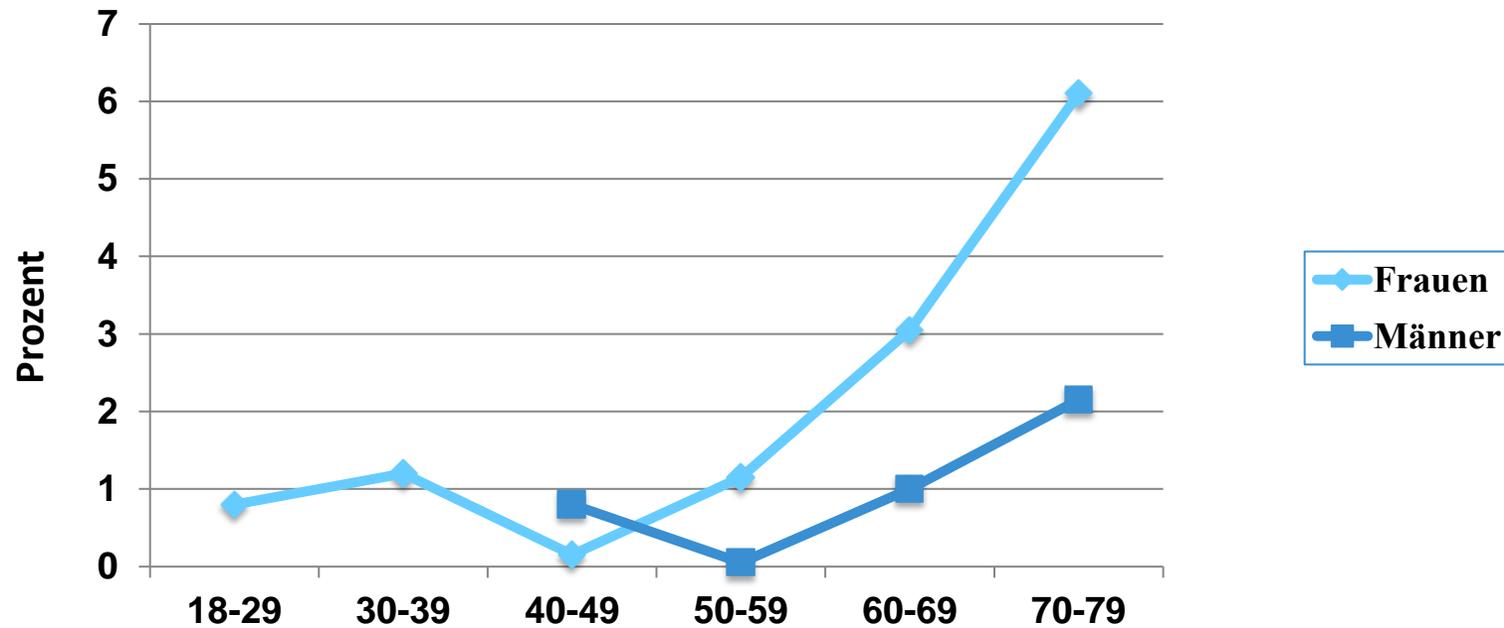
(nach Weyerer 2006)



Benzodiazepine und Z-Substanzen



Prävalenz der Einnahme von Benzodiazepinen und Z-Substanzen nach Alter in Prozent



nach Robert-Koch-Institut (DEGS1)



Gefahr der Suchtentwicklung - worauf man achten sollte



Vorsicht bei Alkoholgenuss und...

- steigendem Konsum
- zeitlich veränderter Konsum
- Konsum zum Emotionsausgleich
- Einsatz als Schlaf- bzw. Beruhigungsmittel



Alternative Niedrigdosisabhängigkeit?



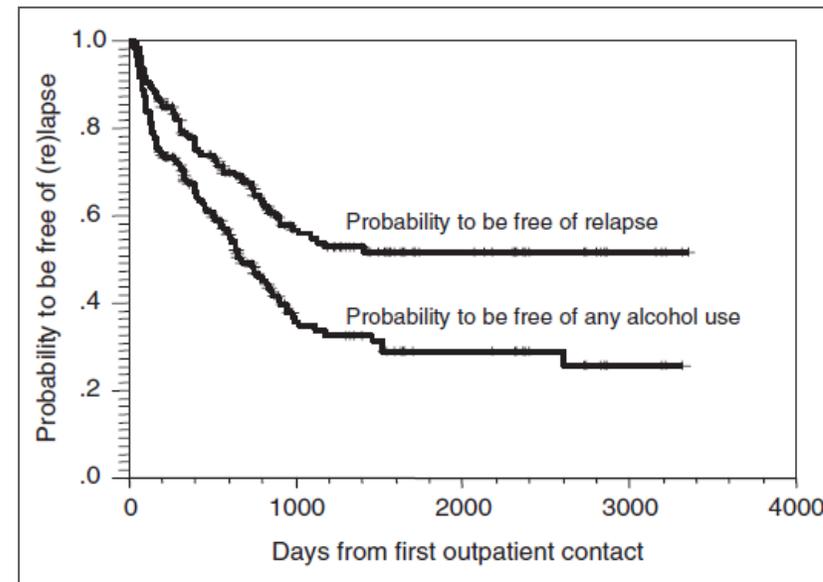
Vor allem Benzodiazepine

- Problem: Gegenregulation und Wirkverlust
- Weiterhin Gefahr der Abhängigkeitsentwicklung und Entwicklung von Entzugserscheinungen
- Gefahr: Niedrigdosisbereich wird früher oder später doch häufig verlassen -> Dosissteigerung
- Hinweise auf langfristig erhöhtes Suizidrisiko, andere NW (Sturzrisiko etc.)
- Dennoch häufig im Rahmen ethischer Überlegungen bei älteren Patienten gangbare Alternative, unter engmaschiger ärztlicher Kontrolle

Behandlung



- **Behandlung:**
- Je nach Art der Sucht
- Ggf. Substitutionsbehandlung
- Verhaltenstherapie
- Selbsthilfegruppen
- Therapie begleitender psychischer Störungen
- Unterstützung im sozialen Bereich



Krampe et al. 2006; Alcohol Clin Exp Res



Komorbide Störungen - Integrativer Behandlungsansatz

Fächerübergreifend

Psychotherapeutisch

Das wichtigste ist aber: nicht lange warten!
Beide Erkrankungen zeitgleich behandeln!

soziotherapeutisch



Wieviel Alkohol ist „zuviel“?



- täglicher Konsum >:
♂ 30g (24g), ♀ 20g (12g)

- Schädlicher Gebrauch

- Alkoholabhängigkeit
 - Craving
 - Kontrollverlust
 - Toleranzentwicklung
 - Entzugssymptom(e)
 - Vernachlässigung anderer Interessen
 - Konsum trotz schädlicher Folgen



Alkohol-Screening



AUDIT-C (Alcohol Use Disorders Identification Test-Consumption)

1. Wie oft nehmen Sie alkoholische Getränke zu sich?

- | | |
|--|----------|
| <input type="checkbox"/> Nie | 0 Punkte |
| <input type="checkbox"/> 1 x im Monat oder weniger | 1 Punkt |
| <input type="checkbox"/> 2 – 4 x im Monat | 2 Punkte |
| <input type="checkbox"/> 2 – 4 x in der Woche | 3 Punkte |
| <input type="checkbox"/> 4 x oder mehr die Woche | 4 Punkte |

2. Wenn Sie alkoholische Getränke zu sich nehmen, wie viel trinken Sie dann typischerweise an einem Tag? Ein alkoholisches Getränk (= Standardgetränk) entspricht z.B. ca. 3 dl Bier (5 Vol.%), 1dl Wein oder Sekt (12,5 Vol.%), 2 cl Schnaps (55 Vol.%) oder 4 cl Likör (30 Vol.%).

- | | |
|---------------------------------------|----------|
| <input type="checkbox"/> 1 oder 2 | 0 Punkte |
| <input type="checkbox"/> 3 oder 4 | 1 Punkt |
| <input type="checkbox"/> 5 oder 6 | 2 Punkte |
| <input type="checkbox"/> 7 - 9 | 3 Punkte |
| <input type="checkbox"/> 10 oder mehr | 4 Punkte |

3. Wie oft trinken Sie 6 oder mehr Gläser Alkohol (= Standardgetränk) bei einer Gelegenheit?

- | | |
|--|----------|
| <input type="checkbox"/> Nie | 0 Punkte |
| <input type="checkbox"/> Weniger als einmal im Monat | 1 Punkt |
| <input type="checkbox"/> Einmal im Monat | 2 Punkte |
| <input type="checkbox"/> Einmal in der Woche | 3 Punkte |
| <input type="checkbox"/> Täglich oder fast täglich | 4 Punkte |



Screening-Test Sucht im Alter



SMAST-G (Short Michigan Alcoholism Screening Test-Geriatric)

Testanweisung: Die folgenden Aussagen beschreiben eine Reihe von Verhaltensweisen und Problemen, die auftreten können, wenn Sie regelmäßig Alkohol trinken. Prüfen Sie bei jeder Aussage, ob diese auf Sie zutrifft oder nicht und kreuzen Sie das entsprechende Feld an.

1. Haben Sie anderen gegenüber schon einmal untertrieben, wie viel Alkohol Sie trinken? Ja Nein
2. Haben Sie nach ein paar Gläsern Alkohol manchmal nichts gegessen oder eine Mahlzeit ausgelassen, da Sie sich nicht hungrig fühlten? Ja Nein
3. Helfen ein paar Gläser Alkohol, Ihre Zitterigkeit oder Ihr Zittern zu verhindern? Ja Nein
4. Haben Sie, nachdem Sie Alkohol getrunken haben, manchmal Schwierigkeiten, sich an Teile des Tages oder der Nacht zu erinnern? Ja Nein
5. Trinken Sie gewöhnlich Alkohol, um zu entspannen oder Ihre Nerven zu beruhigen? Ja Nein

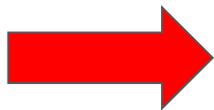
6. Trinken Sie, um Ihre Probleme für einige Zeit vergessen zu können? Ja Nein
7. Haben Sie schon einmal mehr Alkohol getrunken, nachdem Sie einen Verlust in Ihrem Leben erlitten haben? Ja Nein
8. Hat Ihnen schon einmal ein Arzt bzw. eine Ärztin oder eine andere Person gesagt, sie mache sich Sorgen bezüglich Ihres Alkoholkonsums? Ja Nein
9. Haben Sie jemals Trinkregeln aufgestellt, um besser mit Ihrem Alkoholkonsum klar zu kommen? Ja Nein
10. Verschafft Ihnen ein alkoholisches Getränk Erleichterung, wenn Sie sich einsam fühlen? Ja Nein

Total Punkte:

[Formular drucken](#)

Quelle: Blow FC, Gillespie BW, Barry KL, Mudd SA, Hill EM (1998): Brief screening for alcohol problems in the elderly populations using the Short Michigan Alcoholism Screening Test-Geriatric Version (SMAST-G). *Alcohol Clin Exp Res* 22(Suppl):131.

Cut-off-Wert: ≥ 2



Erkennung von problematischem Alkoholkonsum

(Naegle 2008)



Diagnostik nach ICD-10



Schädlicher
Gebrauch

Abhängigkeit

ICD-10-Kriterien (≥ 3)

- Craving
- Kontrollverlust
- Toleranzentwicklung
- Entzugssymptom(e)
- Vernachlässigung anderer Interessen zugunsten des Konsums
- Konsum trotz schädlicher Folgen



Zwei interessante Fakten...



Wie viele Betroffene mit Alkoholabhängigkeit befinden sich überhaupt in irgendeiner Behandlung?

- 30-40%
- 15-20%
- <10%

Wie viele Betroffene mit Alkoholabhängigkeit kommen ohne Kontakt zum Hilfesystem aus der Abhängigkeit heraus?

- 50-70%
- 30-40%
- 10-20%



Stigmatisierung, insb. im Alter



- Stigmatisierung bei Suchterkrankungen insg. sehr hoch
- Zu unterscheiden
 - Fremdstigmatisierung durch
 - Gesellschaft
 - Professionelle Helfer (z.B. Notaufnahme)
 - Selbststigmatisierung
 - Strukturelle Stigmatisierung (z.B. spezif. Behandlungssettings)



Stigmatisierung führt zu...



- Stigma bedeutet...
 - -> Schuldzuweisung bei angenommenen Fehlverhalten
 - -> hat eine normative Funktion (Mißbilligung, Appell zur Verhaltensänderung)
- führt zu...
 - Sozialem Rückzug, Negieren des Problems
 - Lange Dauer bis zur Inanspruchnahme von Hilfe wegen erwartetem Stigma
 - Steigerung des Konsums
 - Verlust an Selbstwirksamkeit (Selbststigmatisierung)

Psychotherapie



A-Empfehlung

- Motivational Interviewing (MI)
- Kognitive Verhaltenstherapie (CBT)
- Angehörigen- bzw. Paartherapie

B-Empfehlung

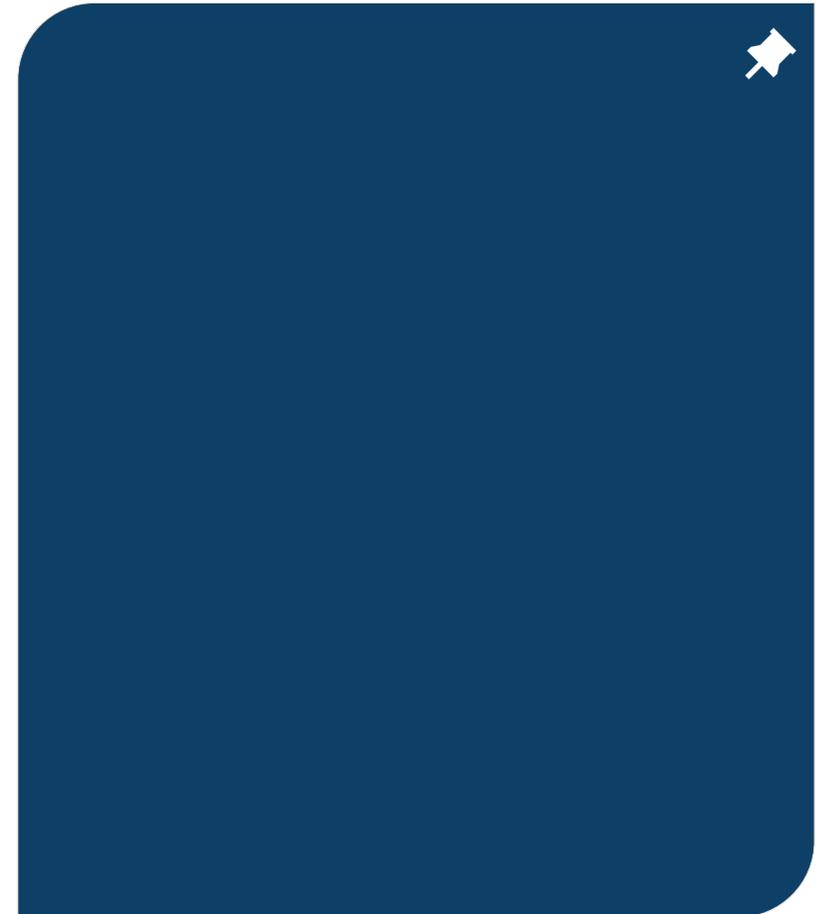
- Psychodynamische Kurzzeittherapien
- Kontingenzmanagement
- Angeleitete Patientengruppen



Allgemeines zum Umgang



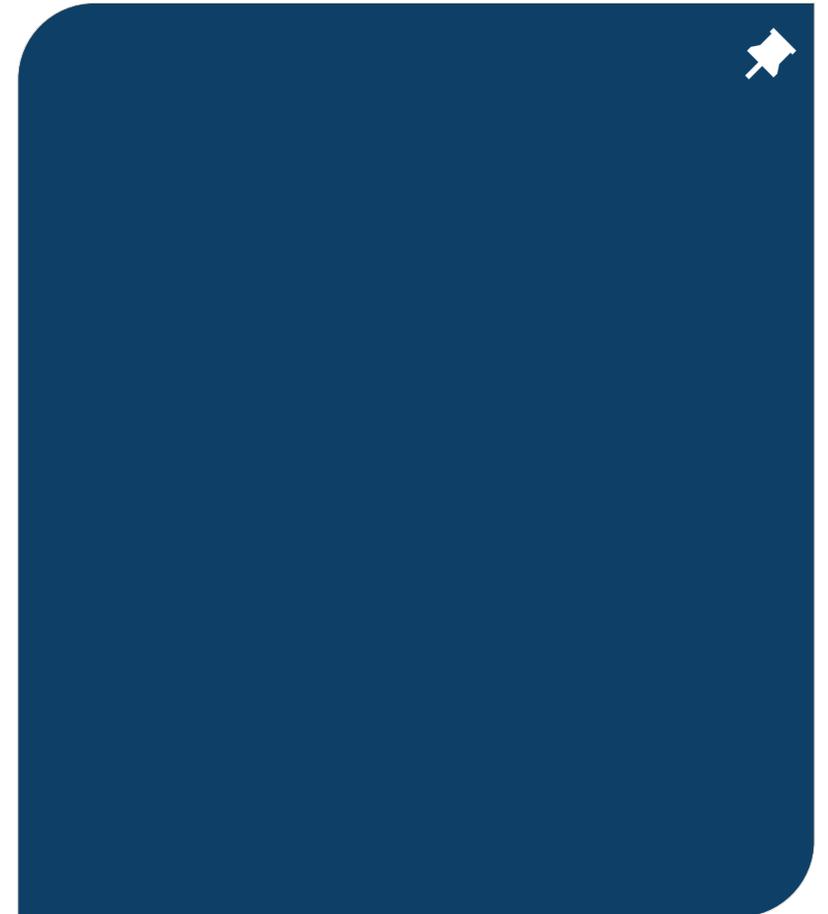
- Verständnis und Empathie: Oft lange Geschichte von Abhängigkeit
- Respekt und Würde: Achten der Privatsphäre
- Geduld: Ältere Menschen benötigen mehr Zeit für Veränderung
- Individuelle Bedürfnisse: Anpassen des Vorgehens



Allgemeines zum Umgang



- Langfristige Behandlung: Nachsorge klären und im Blick behalten
- Interdisziplinarität: multiprofessionelle Zusammenarbeit bei älteren Patienten besonders wichtig
- Angehörige einbeziehen
- Selbstfürsorge!



Darüber hinaus wichtig...



Grundsätzliches

- Unterscheidung zwischen early vs. late onset (ohne „Schubladen“)
- Komorbiditäten
- Gesamtprognose mit einbeziehen
- „Niedrig-Dosis“-Abhängigkeit
- Schmerzen berücksichtigen

Angehörige sollten...



- dem **Suchtkranken** keine Verantwortung abnehmen, insb. keine Hilfe bei der Beschaffung des Suchtmittels. (Co-Abhängigkeit)
- Suchtmittel nicht vernichten
- Selbstverantwortung betonen
- nicht die Schuld bei sich selbst suchen
- sich selbst Hilfe holen

Primäre und sekundäre Sucht



- Primäres Suchtverhalten: Missbrauch oder Abhängigkeit ohne zugrundeliegende psychiatrische (oder somatische) Erkrankung bezeichnet
- Sekundäres Suchtverhalten: Abhängigkeit entwickelt sich als Folge von Depressionen, Angstzuständen oder z.B. chronischen Schmerzen

-> Unterscheidung wichtig für das weitere Vorgehen und Therapieplanung

Early vs. late onset



Auslöser bzw. aufrechterhaltende Bedingungen identifizieren

Bei beiden Gruppen sehr unterschiedlich

Early onset: z.B. Wohnungslosigkeit, soziales Umfeld mit Suchtproblemen

Late onset (eher altersbedingte Auslöser): Insb. soziale Isolation in Alter

- Verlust des Partners / Einsamkeit
- Belastung durch Pflege Angehöriger
- Übergang Rente / Schwierigkeiten in der Anpassung an neue Lebenssituation
- Schmerzen
- Körperliche Einschränkungen

Umgang mit Rückfällen



- Keine Vorwürfe
- Positive Aspekte erarbeiten
- Risikofaktoren analysieren / Verhaltensanalyse
- Umgang mit Craving
- Zukünftige Situationen thematisieren

=> ohne Rückfall keine Arbeit am zugrunde liegenden Problem möglich

Was ist „MI“?



- Motivational Interviewing (MI) = Motivierende Gesprächsführung
- Entwickelt von W. Miller und S. Rollnick 1991
- Ursprünglich für die Motivationstherapie bei Suchterkrankungen entwickelt
- Elemente aber auch wichtig bei anderen psychiatrischen / somatischen Erkrankungen
- MI basiert auf der Theorie der klientenzentrierten Gesprächsführung von Carl Rogers

Zieloffene Suchttherapie – auch im Alter!

Menschenbild von MI



- Grundannahme: Patient ist nicht „unmotiviert“ sondern ambivalent gegenüber Veränderung
- Vor- und Nachteile einer Veränderung bedenken (Verlust des aktuellen Freundeskreises, Zunahme von Depressionen, Notwendige Auseinandersetzung mit Vergangenheit und Zukunft...)
- „Was mögen Sie am Alkoholkonsum – und was sind für Sie die weniger guten Seiten?“

Empathie



- Verzicht auf konfrontativen Stil
- Hineinversetzen in Patienten
- Akzeptieren, wie er ist
- Respektvoll
- **„Verstehen“ und „akzeptieren“ ist nicht gleich „zustimmen“!**

Vier-Felder-Matrix



| | Nachteile | Vorteile |
|---------------------------------|--|--|
| Wenn ich weitermache wie bisher | Gesundheitliche Schäden Finanzielle Abhängigkeit Beziehungsprobleme Verlust der Partnerschaft Gefährdung des Arbeitsplatzes Gerichtliche Probleme | Entspannung Angstreduktion Soziale Kontakte Innere Unruhe abbauen Genuss Mutiger werden |
| Wenn ich mein Verhalten ändere | Probleme mit Freunden Mehr Angstzustände Weniger Entspannung Zunahme Innere Unruhe Probleme mit Arbeitskollegen | Mehr Zeit für Familie Weniger Geldprobleme Zufriedenere Partnerschaft Mehr Selbstbewusstsein Bessere Gesundheit |

Entwicklung von Diskrepanzen



- Bewusstmachen der eigenen Zwiespältigkeit
- Konflikte zwischen Sucht und wichtigen persönlichen Zielen und Werten bewusst machen
- Gründe für Veränderungen sollen vom Patienten, nicht vom Therapeuten kommen
- **Wichtig: Zieloffene Herangehensweise, Zielklärung für das weitere Vorgehen**

Basistechniken des MI



- Offene Fragen
- Würdigung und Akzeptanz
- Aktives Zuhören
- Zusammenfassen



Interaktionsprobleme



Häufige Sichtweise: Leugnen und Bagatellisierung sowie fehlende Veränderungsmotivation seien typisch für Abhängige

- => „Druck machen“ oder „Überzeugen / Überreden“
- => Kraft zehrende Interaktion
- „Konfrontations-Leugnungs-Fälle“
- „Etikettierungs-Fälle“ bei beharren auf Diagnose
- „Frage-Antwort-Fälle“ bei Ausfragen
- „ExpertInnen-Fälle“ (direktiv, „richtigen“ Weg zeigen)
- „Schuld-Fälle“ bei vorschneller Schuldzuweisung

⇒ **Reaktanz**

⇒ **Wichtig: Patientin / Patient muss eigene Erfahrung machen dürfen!**

Formen des Widerstandes



Widerstand ist ein Problem des Therapeuten, nicht des Patienten!

- „*Arguing*“: Der Klient stellt die Kompetenz des Therapeuten in Abrede (z. B. „Was wissen Sie denn schon über Alkoholiker? Haben Sie selbst einmal gesoffen?“).
- „*Interrupting*“: Der Klient schneidet dem Therapeuten das Wort ab.
- „*Negating*“: Der Klient leugnet („Ich habe mit dem Alkohol kein Problem“) oder bagatellisiert eigene Probleme, lehnt Vorschläge oder Hilfsangebote destruktiv ab und/oder zeigt eine durchgängig negativistische Haltung.
- „*Ignoring*“: Der Klient „klinkt“ sich aus dem Dialog aus, indem er unaufmerksam ist, nicht antwortet oder dem Gespräch eine neue Richtung verleiht (z. B. „Wir haben jetzt genug über Alkohol gesprochen. Was gibt es noch?“).

Umgang mit Widerstand (Beispiele)



- Einfache Reflexion („simple reflection“)
- Überzogene Reflexion (amplified reflection“)
- Reflektion der Ambivalenz („double-sided reflection“)
- Veränderung des Fokus („shifting focus“)
- Umdeuten („reframing“)
- Betonung persönlicher Wahlfreiheit („emphasizing personal choice and control“)
- „Zur Seite treten“ („coming alongside“)

Vorsicht Sarkasmus!

Motivationale Kurzintervention



F.R.A.M.E.S

- Persönliche Risiken des Trinkens rückmelden (feedback)
- Eigenverantwortlichkeit für Änderung betonen (responsibility)
- Ratschlag bezüglich dem Ziel erteilen (advice)
- Verhaltensalternativen aufzeigen (menu of behavioral change)
- Nicht-konfrontative Gesprächsführung (empathy)
- Selbstwirksamkeit des Patienten bekräftigen (self-efficacy)

Was ist speziell wichtig bei MI im Alter?



- Realistische Ziele setzen
- Kleine Erfolge feiern
- Geduld haben bei Veränderungsprozess
- Unterstützungssystem aufbauen
- Positive Verstärkung
- Auf mögliche Hindernisse / Rückschläge vorbereiten

Hilfreiche Informationen



- Umfangreiche Broschüre der DHS mit Hintergrundinformationen und hilfreichen Anleitungen
- Sucht im Alter in der Pflege, herausgegeben vom ZIS Hamburg mit Förderung des BMG

Take-Home Message



Wichtiges zum Schluss

- Wenig Daten
- Unterscheidung early – late onset
- Motiv. Gesprächsführung
- Zieloffene Suchtarbeit
- Geduld haben
- Realistische Ziele setzen
- Soziale Situation im Blick haben

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

