

Sucht im Alter behandeln! - ?

Meine sehr verehrten Damen und Herren!

Wir stellen hier eine merkwürdige Frage. Ist Alter ein richtungweisendes Indikationskriterium? Die aktuelle Diskussion um patientenrechte, Patientenverfügung und das Recht auf Sterbehilfe? Der Kollege de Ridder hat dazu nachdenkenswert Überlegungen angestellt. Nähern wir uns dem Problem über Fallvignetten:

Ist diese „Sucht“ zu behandeln?:

Ein 75-jähriger Mann bekommt wegen seiner inneren Unruhe erstmals im Leben Tavor und stellt fest, dass die ihn seit der Jugend begleitenden Spannungskopfschmerzen weniger oder gar nicht belasten, massive Schlafstörungen mit lautem nächtlichen Schreien verschwinden, der pensionierte Verwaltungsjurist wird ruhiger, verliert seine Ängstlichkeit, die sich mit der Konzentration des Lebens auf private Belange eingestellt hatte, für einen Zeitraum von 5 Jahren, hat aber subjektiv eine hohe Lebensqualität, bis er mit 86 Jahren nach mehreren Reisen, geordneter Briefmarkensammlung in einem Senioren-Appartement neben seiner Ehefrau nächtlich an einem Herzinfarkt verstirbt.

(Anmerkung: Einige Absetzversuche führten zu erheblicher Nervosität, und es bestand einmal kurzfristig der Verdacht auf ein Delir und dessen Symptome sich nach Wiederaufnahme der Medikation verloren.)

2. Fall-Vignette

Ein 76-jähriger Mann, der seit etwa 50 Jahren Alkoholiker ist, hatte zwischendurch kurze Abstinenzphasen, viele qualifizierte Entzüge und drei Entwöhnungen absolviert, schließlich aber immer wieder getrunken und zuletzt einige Jahre abstinent gelebt. Er ist nun rückfällig, lebt allein mit einer eben auskömmlichen Rente und wird nun auf Druck der Nachbarn vom Sohn bedrängt, etwas zu tun. Was ist zu tun?

3. Fall-Vignette

Eine 72-jährige Witwe hat nach dem Tod des Ehemannes vor 4 Jahren vom gemeinsamen Pepsin-Wein zur Verdauung zum täglichen Piccolo als „Trösterchen“ gewechselt. Seit einigen Monaten trinkt sie Wein bereits zum Mittagessen, das sie sich seither bereits zu 11 Uhr bereitet, weil sie „früh ins Bett geht“. Die Neige des Weins nimmt sie schließlich zum Einschlafen. Die regelmäßigen Treffen mit der Freundin zum „Kaffeekränzchen“ nimmt sie seit einem halben Jahr nicht mehr war. Seit dem Tod des Ehemannes hat sie auch zu rauchen begonnen und verbraucht ca. 20 Zigaretten am Tag. Was ist zu tun?

Es gibt eine gesellschaftliche Tendenz, die Altersgruppen in ihrem gesellschaftlichen Dasein mit Zuschreibungen in ihre Orte der Legitimität, aber auch in ihren

Begrenzungen zu determinieren. Ähnliches beobachtet man auch für soziale Schichtungen. Das führt gelegentlich auch zu Paradigmenwechseln bei den Individuen, wie etwa bei der Einordnung in die Gruppe der ALG-II-Empfänger als die „Hartzler“, von denen fast erwartet wird, dass sie nicht arbeiten wollen. Es ist ein Phänomen, welches hohe Wirksamkeit solche Zuschreibungen haben, wenn sie sich mit darüber Betroffenen verständigen.

Nach meiner Erinnerung klang die gesellschaftliche Empörung relativ rasch ab, als die BZ vom 04. August 2003 meldet, dass Philipp Missfelder, der Vorsitzende der Jungen Union Deutschland, die Forderung erhoben hat, bei alten Menschen keine Hüft-Operationen mehr durchzuführen, denn früher seien die Leute auch an Krücken gegangen. Er ist nicht aus der christlich orientierten Partei ausgestoßen worden, auch als Katholik nicht exkommuniziert, sondern 2010 mit 77,4 Prozent im Amt bestätigt worden und vertritt seine Partei als Außenpolitischer Sprecher.

An die *eigene* Nase gefasst: Noch lange nach gegenteiligen Erfahrungen aus der Psychotherapie und der gerontopsychiatrischen Kliniken wurden psychotherapeutische Behandlungen im Antragsverfahren äußerst kritisch beäugt. Erst die erfreulichen Nachrichten aus der Neurobiologie über die lange währende Plastizität des menschlichen Steuerungsorgans hat die Tore weiter geöffnet. Vorurteile und Einstellungen in den Mikro- und Makrokollektiven der Gesellschaft beeinflussen unser Denken häufig stärker, als sich insbesondere intellektuelle, kulturell geschulte, sozialliberale Menschen eingestehen.

Im kollektiven Bewusstsein ist das Alter weitgehend die Phase der Vorbereitung auf den Schluss des Sargdeckels. Sie wird mit einiger Empathie die Phase der zunehmenden Verluste genannt und behandelt, wie die Vorbereitungsphase auf den Tod.

Zudem wird nach wie vor die Schwellensituation nach dem Verlust der Verantwortung für die familiäre Versorgung, die bei den Frauen ja bereits in die Zeit zwischen dem 50. und 55. Lebensjahr fällt, wenn keine großelterlichen Aufgaben warten, unterschätzt. Nicht selten fällt dann auf, dass es kaum weitere Interessengebiete und Neigungen gibt, gepflegte Eigeninteressen fortzuführen, wieder aufzunehmen oder gar Neues zu suchen. Nur etwa 56 Prozent der 55- bis 60-jährigen und nur noch 20 Prozent der 61 - bis 65-jährigen stehen im aktiven Berufsleben. Damit ist zumeist – und das wird zunehmen – auch eine geringere finanzielle Flexibilität verbunden. Das Gefühl, Zuwendungsempfänger zu werden, macht auch solchen Menschen zu schaffen, die laut und offensiv vertreten, wie sehr sie sich das alles verdient haben.

Mit der Entlassung aus den Verantwortungen wird das Selbstbild ebenso infrage gestellt, wie das Selbstbewusstsein. Diesen Faktor unterschätzen nicht nur die umgebenden Menschen in der Gesellschaft und Herr Missfelder, sondern auch eine nicht allzu kleine Gruppe von Betroffenen. Die Liste der oft zuvor nicht antizipierten Veränderungen im Lebensvollzug ist lang und von großer Bedeutung für die zukünftige Gestaltung des Alltags. Plötzlich hat der Mensch alt zu sein und wird aufgefordert, dies zu akzeptieren, oder wenn man vielen Vorschlägen der Werbung folgt, weiterzuleben, als wäre man nicht alt.

An dieser Stelle wird erstmals bedeutsam, was für die vorigen Phasen des Lebens weniger von Bedeutung war: Man weiß aus Untersuchungen, dass die meisten Menschen ein jüngeres Lebensalterbild in ihrem Inneren von sich tragen, als es ihrem biologischen Alter entspricht. Das widerstrebt der Erfahrung, dass sie nun selber zu dem Rentner werden, über den sie geschimpft haben, weil er ausgerechnet nachmittags um 5 Uhr einkaufen musste, wenn die „wichtigen“, die arbeitenden Menschen einkaufen müssen und erleben nun etwas ratlos die gesellschaftliche Erwartung der Selbstbegrenzung, eine fast ideale Ergänzung zum geschrumpften Selbstwerterleben des im Alter Fortgeschrittenen. Es entstehen Sinnfragen, deren eigene Antworten in der beschriebenen Atmosphäre entstehen.

Nur am Rande sei erwähnt, dass an der Schwelle zur Eigeninitiative und Eigenverantwortung ohne vorgegebene äußere Strukturierung die Selbstbeobachtung sich bei Menschen, die es nicht gewohnt sind, sich intrapsychisch zu erspüren, auf den Körper bezieht und plötzlich deutlicher den Alterungsprozess wahrnimmt. Diese Wahrnehmung betrifft eben die genannte Einstellung zum Alter, den Alterungsprozess und die Phase des Rentner-Daseins. Die Schwelle aus dem Berufsleben in die Eigeninitiative ist seelisch ebenso bedeutsam wie die aus der elterlichen Versorgung in das eigene Erwerbsleben.

Ich muss in diesem Kreis nicht näher erläutern, wie nah die Versuchung zum selbsttherapeutischen Einsatz von bewusstseinsverändernden Mittel, wie Alkohol und Medikamente, liegt und wie viele Aspekte der Lebensqualität entfallen, wenn man sie mit der gewonnenen Zeit sich nicht selber aufbaut:

- die Erholung nach der Arbeit
- das angenehme Stillen des Appetits, wenn man in seiner Wichtigkeit den ganzen Tag über nicht essen konnte
- das wohlige Stöhnen über gesellschaftliche Verpflichtungen, die wahrzunehmen sind, weil man dazu eingeladen wurde
- die Winterreifen, der zeitlich eingeplante Einkauf, das Herrichten einer vorzeigbaren Kleidung usw. usw.

Das ganze Leben seit Beginn der Schulzeit – spätestens – war ein ständiger Wechsel von Spannungsaufbau und Anstrengung über das Halten der Spannung und das Erreichen der Leistung, bis hin zum Genuss des Erfolgs - oder den Ärger über Misserfolg - und dann die Entspannung. Genau dieser Spannungsaufbau zum Genießen, zum Entspannen entfällt mit der Freistellung von extrinsischer Verantwortung. Dieser Spannungsaufbau zum Genießen entfällt aber eben auch mit der Einnahme von Alkohol, von Diazepamderivaten und anderen im limbischen System wirkenden Substanzen. Es ist so, als würde man nicht mehr satt, als würde man den ganzen Tag über Gummibärchen essen, aber deshalb auch kein Sättigungsgefühl empfinden können. Die erwünschte Wirkung hat die fatale Nebenwirkung, dass eine Bedürfnisspannung nicht entsteht, die Voraussetzung für Befriedigung, also vollständig fehlt.

Die Frage nach der Behandlung der Sucht im höheren Lebensalter verliert bei Berücksichtigung der genannten Aspekte den oberflächlichen Charakter, ob man nicht alten Menschen ihr „Piccolöchen“ und ihr „Zigaretten“ lassen soll. Gerne,

wenn es jeweils eins ist und der Entspannung nach geleisteter Arbeit dient. Dies ist aber häufig nicht der Fall.

Die Frage nach dem ökonomischen Benefiz der Behandlung der Sucht alter Menschen mit der Ungewissheit, ob es sich denn noch „lohnt“, kratzt nicht nur an der Grenze zur Menschenverachtung, sondern löst sich bei ganzheitlicher Betrachtung der medizinisch/therapeutisch/rehabilitativen Lebenswege eines Menschen auf zugunsten der Frage, inwieweit es Möglichkeiten gibt, die genannten somatischen und psychosozialen Verluste im Alltagsprozess zu mildern oder gar zu verhindern.

Die Suchtentwicklung im höheren Lebensalter ist kein singuläres Ereignis, kein überraschendes Phänomen, sondern *einer* der Wirkaspekte im Zusammenhang mit Schwierigkeiten in der Bewältigung der Veränderung des Lebensablaufs. Das höhere Lebensalter, also das dritte und vierte Lebensalter, ist also nicht vom restlichen, vom *wirklichen*, Leben abzukoppeln.

Die Geriatrie weiß, dass die speziellen Entwicklungen im Seniorenalter nicht wirklich überraschend kommen, dennoch tun sich hier schwer zu beeinflussende Probleme auf, insbesondere, wenn sie nicht im Vorfeld berücksichtigt werden. Dabei handelt es sich – immer wieder überraschend und dennoch chronisch defizitär – um die Förderung reifer Entwicklungen des Menschen. Dafür sind in einer sehr viel früheren Lebensphase alle Bereiche des gesellschaftlichen Lebens verantwortlich: Elternhaus, Schule, Ausbildung, Beruf, Gesellschaft, Einrichtungen, also wir alle. Dazu gehören die Vermittlung von Werten, Pflege des Wechsels von Anspannung und Entspannung in allen Lebensbereichen, sowohl im privaten als auch im beruflichen,

die Selbstwertförderung jenseits der Leistungsaufforderung, Achtung und Wertschätzung, also Auseinandersetzung in wechselseitigen Beziehungen.

So können die Menschen mit der Fähigkeit zur eigenständigen und nicht fremd gesteuerten Zielsetzung

- zum Genuss
- zur Eigenstrukturierung des Alters
- zur Achtung des Alters
- zur Sicherung einer materiell ausreichenden Altersversorgung
- zur Pflege zum Erhalt und Aufbau von zwischenmenschlichen Beziehungen
- zur Akzeptanz nachlassender Leistungsfähigkeit
- zur Verhinderung der Einsamkeit, auch wenn man allein lebt

in den Lebensabschnitt wechseln, indem sie die Chance zu einem relativ autonomen selbstbestimmten Lebensvollzug nutzen können.

Ich fürchte ihr innerliches Gähnen beim Hören solcher idealistischer Abstrakta, aber ich hoffe auf ihr nachdenkliches „Ach ja?“ als Keimling für die innere Haltung dem Problem der Schwelle ins Pensionsleben gegenüber. Wissen und Information haben nachweislich keinen Einfluss auf die Richtung des Verhaltens von Individuen und Gruppen, sondern ausschließlich die individuelle und kollektive Haltung und das Menschenbild. Beide sind, wie die Geschichte zeigt, wandelbar und entwicklungsfähig, aber auch desaströs manipulierbar.

Der Titel des Referats kann aus meiner Sicht nun vom Fragezeichen befreit werden. Die Ambivalenz, die mir angesichts der Diazepam-Abhängigkeit des reisenden

Senioren noch sinnvoll erschien, reduziert sich auf die in diesem Fall indizierte Weitermedikation des Tavor. Ja, jetzt können wir sogar den Menschen des Denktyps Missfelder gute Nachrichten überbringen: Die rechtzeitige Berücksichtigung der Notwendigkeiten des Alters erspart dem Steuerzahler und dem Krankenkassenmitglied viel Geld. Die Lebensphase nach der Erwerbsarbeitszeit ist nicht primär die Zeit zunehmender Verluste, sondern die Zeit freier Valenzen, die es auszugestalten gilt unter anderen Kriterien als Höchstleistung. Jetzt gilt es, die aus der Lebenserfahrung gesammelten Möglichkeiten der Entfaltung in Eigenregie unter Berücksichtigung der physiologischen Möglichkeiten zu nutzen.

Die Aufgabe der ganzheitlichen Suchtkrankenbehandlung im Alter ist also die Nachbearbeitung der fehlenden Prophylaxe für die Bereiche, die wir oben erwähnt haben. Die Aufgabe der Suchtbehandlung ist es, Möglichkeiten zu schaffen, individuelle Befriedigung wieder in das Leben des Menschen zu reimportieren. Der Krankheits- und Leidensprozess im Alter unterscheidet sich qualitativ nicht fundamental von Krankheits- und Leidensprozessen in anderen Lebensphasen. Deshalb ist etwa zu Schmerzbekämpfung eine suffiziente Schmerzbehandlung erforderlich und nicht die schulterzuckende Akzeptanz des Suchtmittelkonsums, bei dem der Suchttherapeut mit dem 20 Jahre jüngeren Patienten ein lautes „Oho!“ ertönen lässt. Das gilt nach Studien sogar für das Rauchen und die Prognoseerwartungen für die Zeit nach dem Beginn der Nikotinabstinenz, einschließlich der subjektiv höher bewerteten Lebensqualität!

Was ist denn anders im Alter?

Die Entzugsbehandlung, insbesondere vom Alkohol, unterscheidet sich kaum von der jüngerer Menschen, wenn auch genauer auf Symptome der Wernicke-Enzephalopathie und des Delirs geachtet werden muss. Die Gruppe der Süchtigen aus dem Bereich „Early onset“ ist relativ klein, weil die Mortalität so eminent hoch ist und die Trinkmengen sich bei sinkender Alkoholtoleranz mit dem Alter senken.

Dass allerdings bei den Alkohol-Beratungsstellen nur etwa 1 bis 2 Prozent der Ratsuchenden älter als 65 Jahre alt sind und auch der Anteil der entlassenen aus unserer Klinik 2010 in dieser Altersgruppe bei nur 3,34 Prozent liegt, sollte nicht darüber hinweg täuschen, dass man mit mehr als 400 000 Betroffenen in der Bundesrepublik rechnen muss, deren Zugang zum Versorgungssystem zusätzliche individuelle Barrieren birgt. Alt gewordene Süchtige sind dagegen so gut und so schlecht im Suchthilfesystem integriert, wie jüngere Abhängige auch.

Problematischer erscheint mir hier die Subgruppe der Späteinsteiger („late onset“). 5 der aktuell 7 Patienten unserer Klinik mit einem Lebensalter von mehr als 60 Jahren sind jedoch „late onset“. Alle haben den Hochkonsum mit Beziehungsverlusten in den letzten Jahren begonnen. Alle fühlen sich in der Gesamtgruppe als Außenseiter, sind beschämt über ihren Status als Patient und sind sozial insofern fast „unkaputtbar“, weil sie in gesicherter Existenz Rentenbezüge haben. Es liegen bei allen dieser Patienten somatische Komorbiditäten vor, deren Behandlung kein echtes Problem bereitet.

Von der zentralen Problemlage her, würden sich daher möglicherweise spezifische Behandlungen anbieten. In der Tat zeigen aktuelle Studien, dass die Ergebnisse

solcher Behandlungsmodalitäten besonders günstig sind. Spezifische Behandlungsmodalitäten für alte Menschen sind ebenfalls keine Besonderheit, so wie es in unserer Klinik „Frauengruppen“ gibt und wir zunehmend dabei sind, Komorbiden besondere Möglichkeiten zu bieten, sind Late-onset-Psychotherapiegruppen innerhalb des Gesamtkonzepts durchaus sinnvoll.

Dr. Köppl wies in einem persönlichen Gespräch darauf hin, dass bei 100 Motivationsgesprächen 1 rehabilitative Suchtbehandlung bei alten Menschen herauspringt. Das bestätigt sich durch die Zugangswege der Rehabilitanden ausschließlich über Entgiftungsstationen aus der ganzen Stadt und einen Zugang über eine Beratungsstelle, nicht aber über Hausärzte oder Geriatrische Stationen oder andere, eher auf alte Menschen ausgerichtete Hilfesysteme der Gesellschaft. Hier gibt es sicher den Bedarf an Entwicklung intelligenter Netzwerke zwischen den sozialen Hilfesystemen für ältere Bürger und dem Suchthilfesystem.

Die bisherigen Ausführungen beziehen sich im Wesentlichen auf den Konsum von Alkohol und Medikamenten. Meine Recherchen bei haben bestätigt, dass es offenbar für Early-onset-Patienten ein Hilfesystem gibt, das auch im höheren Lebensalter, wenn es erreicht wird, funktioniert. In einer neueren Veröffentlichung las ich, dass in den USA sogar die Substitutionsbehandlung für ältere Methadon-substituierte Patienten ohne größere Probleme abläuft. Die Methadonpraxis von Dr. Chaim Jellinek bestätigt den Eindruck. Dr. Andreas v. Blanc ergänzt: „Mit Stand vom Ende Januar 2011 werden 4.401 Personen ambulant in Berlin substituiert. Hiervon sind 216 Pat. > 60 Jahre – der letzte hatte gerade am Sonntag seinen 60. Geburtstag.

Der älteste substituierte Pat. ist immerhin stolze 74 J. In diesem Jahr werden noch weitere 22 Patienten 60 J. alt“.

Die übrigen Süchte spielen zumindest öffentlich keine erkennbare Rolle mehr. Ich selber kenne keinen Glücksspieler im hohen Lebensalter, der behandlungsbedürftig wäre, mir ist kein Kokainuser im hohen Alter bekannt.

Fazit:

Bei Betrachtung des höheren Lebensalters als eine Phase im Kontinuum des Lebens verändern sich die Behandlungskriterien für ältere Menschen im Bezug auf Sucht nicht.

Spezielle Senioren-Gruppen scheinen nach einigen Studien gute Ergebnisse zu erreichen, was angesichts der Late-onset-Problematik gut nachvollziehbar ist. Die Vernetzung des Suchthilfesystems von der ambulanten Beratung bis zu sozialtherapeutischen Langzeiteinrichtungen ist in dicht besiedelten Gebieten und deren Umgebung, wie etwa in Berlin, sehr gut. Die Barrieren des Zugangs für Late-onset-Patienten zeigen jedoch, dass noch nicht alle Aspekte der Hilfe für Alterssüchtige durchdacht sind, und es gibt Hinweise darauf, dass ein engeres Netzwerk zwischen den Hilfen für Senioren und dem Suchthilfesystem positive Auswirkungen haben könnte.

In der bisherigen Auseinandersetzung der Hartmut-Spittler-Fachklinik mit dem Thema schält sich heraus, dass die Fokussierung auf kognitive Defizite im Sinne von

Demenzen als Quelle scheiternder Behandlungen bei sorgfältiger Betrachtung häufig eher ein Orientierungsproblem zur Situation ist und mit spezifischen, auf diese Problematik ausgerichteten Interventionen beherrscht werden kann.

Ein intensiver Diskussionsprozess, bei dem auch Therapeuten den Reiz der Behandlung älterer Suchtkranker erst lernen müssen, ist in Gang gekommen. Wegen der unterschiedlichen Finanzierungsmodelle ist eine äußerst nahe liegende Zusammenarbeit mit der Geriatrie schwierig. Immerhin aber teilt die Hartmut-Spittler-Fachklinik das Gebäude mit der Geriatrischen Tagesklinik. Hier mit Kooperationsverträgen unter Einbeziehung der Kostenträger Lösungen zu finden ist noch ein offenes Arbeitsgebiet. Wie auch bei anderen Subgruppen, etwa den Online-Süchtigen, den Glücksspielern und Medikamentenabhängigen, ergeben sich aus dem therapeutischen Portfolio Aufteilungs- und Logistikprobleme, die der Lösung zugeführt werden müssen.

Lassen Sie mich zum Schluss auf einige Bücher hinweisen:

Der „Feuerlein“ dieser Tage ist inzwischen das von Wetterling und Veltrup herausgegebene, leider zurzeit vergriffene Buch: „Diagnostik und Therapie von Alkoholproblemen“, das möglicherweise eine Neuauflage erfährt, wenn es häufig verlangt wird. Aktuell erschienen ist die „Suchtmedizin kompakt“ des immer zuverlässigen Felix Tretter. Das spezifische Thema der Behandlung der Sucht im Alter wird von Wolter im noch druckfrischen Buch „Sucht im Alter, Altern und Sucht“ ausführlich behandelt und unterstützt im Prinzip unsere Thesen. Mein Helfer und Mutmacher bei der Psychotherapie alter Menschen ist Schmidtbauer mit seinem

Bändchen „Psychotherapie im Alter“. Die Klassiker der psychotherapeutischen Behandlung der Sucht sind die beiden Bände von Bilitza: „Psychodynamik der Sucht“ und „Psychotherapie der Sucht“.