

Medikamente im Alter

Autor(en): **Ruhwinkel, Bernadette**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **SuchtMagazin**

Band (Jahr): **35 (2009)**

Heft 3

PDF erstellt am: **16.08.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-800614>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Medikamente im Alter

Medikamentenmissbrauch und Abhängigkeit im Alter weisen Besonderheiten in den Risiken, dem Erscheinungsbild, dem Umgang und der Behandlung auf. Wenn man dies beachtet und älteren Menschen eine Veränderung in ihrem Suchtverhalten zutraut, gibt es gute Behandlungschancen.

Bernadette Ruhwinkel

Dr. med., Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH mit Schwerpunkt Alterspsychiatrie und Alterspsychotherapie, Oberärztin der Psychotherapiestation für ältere Menschen in der Klinik Schlosstal/Winterthur ipw., Wieshofstrasse 102, 8408 Winterthur, Tel. +41 (0)52 224 35 32, bernadette.ruhwinkel@ipwin.ch, www.ipwin.ch

Schmerz- und Schlafmittel sind verbreitet und verfügbar

Eigentlich liegt es nahe, dass Ärzte und Ärztinnen zur Verordnung von Schlaf- oder Schmerzmitteln greifen, wenn ältere Menschen von Schlafstörungen oder starken Schmerzen geplagt werden. Obwohl wir längst wissen, dass Schlafmittel Schlafstörungen nur überdecken, zum Teil sogar verschlimmern, und dass Arthrose und Schlafstörungen durchs Älterwerden zunehmen, nehmen laut der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007 50% der Frauen zwischen 65 und 74 Jahren und 69% der Frauen über 75 Jahren täglich Schmerz- und Beruhigungsmittel ein (Männer: 29% zwischen 65 und 74 Jahre / 40% über 75 Jahre).¹

Laut der Berliner Altersstudie sind 0,5% der über 69-Jährigen medikamentenabhängig.² Zahlen über Medikamentenmissbrauch in dieser Altersgruppe liegen allerdings kaum vor. Bei 5,8% der älteren PatientInnen in einer psychiatrischen Klinik wurde ein Benzodiazepin-Missbrauch diagnostiziert. Dabei hat Medikamentenabhängigkeit im Alter fast immer einen iatrogenen Faktor (ausgelöst durch die medizinische Behandlung), denn ein Arzt oder eine Ärztin entscheidet, ob, wann und in welcher Dosierung Herr X oder Frau Z mit dem Schlafmittel beginnen soll. Zum Teil kommt es auch vor, dass Frau X vom Schlafmittel des Mannes nimmt, um sich von ihren Problemen zu befreien. Dies wird nur dann auffallen, wenn der Arzt von Herrn X über die abgegebene Menge des Schlafmittels genau Buch führt. Noch ist es nicht üblich, dass Frau Z sich ihre Schlaftabletten auf der Gasse oder im Internet kauft, wie es bei jüngeren Abhängigen gerne vorkommt. Möglicherweise wird dieses Phänomen in einigen Jahren aber auch in die Alterspsychiatrie Einzug halten.

Auf dem Weg in die Abhängigkeit

Schon bei der ersten Verschreibung eines Medikamentes fliesen unbewusste Überzeugungen und Bilder über das Alter in den Behandlungsprozess ein. Negativistische Altersbilder wie: «es wird ja sowieso alles nur schlechter», oder «die älteren Menschen kosten zu viel» verleiten zu einer vielleicht vorschnellen Verschreibung der suchterzeugenden Medikamente. Die aktuelle Hirnforschung belegt, das unser Gehirn bis ins hohe Alter entwicklungsfähig bleibt, wenn wir es entsprechend nutzen.³ PatientInnen, Ärzte und Ärztinnen, die um diese Potentiale wissen, werden schon zu Beginn der Verschreibung sorgfältig Nutzen und Risiken abwägen und nach alternativen Behandlungsverfahren, wie Schlafhygiene und Antidepressiva suchen.

Abhängigkeitserfahrungen sollten auch bei älteren Menschen bei der Verschreibung von Medikamenten mitberücksichtigt wer-

den. Der verlangsamte Stoffwechsel mit erhöhtem Fettanteil und geringerem Wasserhaushalt verlangsamt den Abbau aller Medikamente im älteren Körper und macht eine Dosis-Anpassung notwendig. Ausserdem ist es sinnvoll vor allem kurzwirksame Benzodiazepine wie Lorazepam, Oxazepam einzusetzen⁴ weil sich diese im Körper nicht anreichern.

Herausforderungen und Risiken des Alterns

Das negative Image des Alters in der Gesellschaft, welches bei älteren Menschen Gefühle von Wert- und Nutzlosigkeit auslösen kann, sowie starke Ängste vor dem Tod, vor Pflegebedürftigkeit, Einsamkeit, körperlichen Krankheiten und Verlusten machen die älteren Menschen anfälliger dafür, auf ein angstlösendes, schlafanstossendes Medikament oder Alkohol zurück zu greifen.⁵ Die Selbstwertkrisen, die ältere Menschen heute durchmachen müssen, durch Verlust von Aufgaben und Funktionen und durch die Veränderungen des Körpers in einer vom Jugendkult geprägten Gesellschaft, sind, so meine ich, ähnlich heftig wie in der Pubertät, wo sich Jugendliche durch Alkohol Mut antrinken oder ihre Probleme zu lösen versuchen. Diese Identitätskrisen⁶ werden bei älteren Menschen mehr im Innerpsychischen ausgetragen, oft schamhaft verschwiegen und nur zum Teil durch beruhigende Medikamente und/oder Alkohol zu «behandeln» versucht. Starke Wechselwirkungen durch Polypharmazie (parallele Einnahme vieler Medikamente unterschiedlichster Art) erschweren es, den Überblick über Wirkungen und Risiken zu behalten.

Das soziale Umfeld der älteren Menschen ist heute zum Teil sehr viel kleiner, so dass Suchtverhalten später auffällt. Die Scham der älteren Menschen, ihre Probleme nicht selber in den Griff zu bekommen, macht es den Betroffenen schwer, darüber mit Fachpersonen zu sprechen.

Den abhängigkeitserhaltenden Faktoren bei älteren Menschen stehen aber auch schützende Faktoren gegenüber. Die Lebenserfahrung der älteren Menschen mit ihrer fortgeschrittenen Identitätsbildung und Ich-Reife lassen ältere Menschen auch sorgfältiger mit Suchtmitteln umgehen. So gibt es viele Menschen über 60 Jahre, bei denen es nie zu einem Kontrollverlust über das Suchtmittel kommt, sondern die vielmehr über Jahre und Jahrzehnte eine sogenannte low-dose-Abhängigkeit haben, bei der sie die Dosis der Schlaftablette konstant halten können.⁸ Angst vor Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten sowie Nebenwirkungen wie Schwindel und reduziertes Reaktionsvermögen tragen dazu bei, den Konsum nicht zu steigern. Die Gewöhnung an das Mittel lässt dabei die körperliche Wirkung des Medikamentes immer stärker zurück treten, aus Gründen der Abhängigkeit muss es aber weiter genommen werden. Dennoch bestehen auch bei Menschen mit einer low-dose-Abhängigkeit die Risiken die eine Abhängigkeit im Alter mit sich bringen (vgl. unten).

Bei 81% der älteren Menschen gehen ungünstige Lebensereignisse einer Suchtentwicklung voraus (bei 40% der jüngeren Menschen).⁸ Diese late-onset Abhängigen sind von den early-onset

Abhängigen zu differenzieren, deren Körper durch die langjährige Suchtentwicklung zumeist schon deutlich vorgealtert ist.

Folgen des Substanzmissbrauchs

Die höhere Empfindlichkeit des älter werdenden Gehirnes lässt die Nebenwirkungsrate von Suchtmitteln im Alter ansteigen. Defizite der Hirnleistung, Depressivität und Stürze sind bekannte Folgen des Medikamentenmissbrauchs und der Abhängigkeit.⁹ Die kognitiven Fähigkeiten (Merkfähigkeit, Gedächtnisleistungen) werden auch bei jüngeren Menschen durch Abhängigkeit erzeugende Schlaf- und Schmerztabletten eingeschränkt. Bei älteren Menschen, deren Gehirn ohnehin eine etwas reduzierte Übermittlungsgeschwindigkeit hat,¹⁰ kann dies aber zu drastischen Folgen in der schnellen Verarbeitung von Informationen führen. Bei vielen gleichzeitig zu verarbeitenden Reizen ist das Gehirn dann unter Umständen mit der Koordination von Bewegungsabläufen überfordert. Dies und die muskelrelaxierende Wirkung vieler Mittel können zu Stürzen führen, die bei älteren Menschen rascher Knochenbrüche und anderen schwere Verletzungen zur Folge haben können. Ältere, insbesondere vorgeschädigte Gehirne (Durchblutungsstörungen u.ä.) können unter Suchtmittel Einfluss rascher mit deliranten Zustandsbildern reagieren als jüngere Gehirne.¹¹ Es wurde auch ein Zusammenhang zwischen der Einnahmedauer von Benzodiazepinen (Schlaf- und Beruhigungsmittel) und dem Demenzrisiko festgestellt.¹²

Der soziale Rückzug, der häufig mit einer Abhängigkeit vergesellschaftet ist, weil man sich so nicht unter die Leute traut, oder sich unsicher auf den Beinen fühlt und Angst vor Stürzen hat, kann im Alter das dünne soziale Netz ganz zum Erliegen bringen. Depressive Zustandsbilder bis hin zu suizidalen Krisen können so entstehen. All dies kann auch zu einem früheren Eintritt ins Alters- oder Pflegeheim führen.

Unsicherheit auf den Beinen, vermehrte Stürze, Appetitstörungen, Gewichtsabnahme, starke Stimmungsschwankungen, Gereiztheit, Aggressivität, Vernachlässigung des äusseren Erscheinungsbildes, Hände zittern, Schwitzen, Rückzug, Gedächtnisstörungen und Verwirrtheit sind mögliche Alarmzeichen, die auf eine Abhängigkeit hinweisen können.

Besonderheiten der Behandlung

Die Beratung und Therapie älterer Menschen mit einer Abhängigkeit erfordert viel Feingefühl.¹³ Junge BeraterInnen und TherapeutInnen müssen lernen, die subjektive Wirklichkeit der älteren PatientInnen zu verstehen. Dazu gehört, dass ältere Menschen weniger frei über suchterzeugende Medikamente reden als jüngere. Schlaf- und Beruhigungsmittel werden bei der Aufzählung der regelmässig eingenommenen Medikamente zunächst oft unterschlagen, auf Nachfrage dann die Menge stark untertrieben.

Erst wenn der/die PatientIn als SpezialistIn für sich selber anerkannt wurde, kann die Fachperson ihr Wissen in den Beratungs- resp. Therapieprozess einbringen. Nach intensiver Aufklärung über das Suchtmittel und dessen Nutzen und Folgen, in einer verständlichen Sprache, sollte der ältere Mensch in der Lage sein, eine Entscheidung für seinen Weg mit dem Mittel zu treffen. Die Festlegung eines klaren Therapiezieles, auf das PatientIn und TherapeutIn gemeinsam hin arbeiten, ist bei älteren Menschen enorm wichtig. Ressourcen¹⁴ der Menschen herauszuarbeiten, die bei der Erreichung ihres Zieles nützlich sein könnten, ist eine der grossen Herausforderungen in der Therapie nicht nur mit älteren Menschen. Dies gilt besonders, wenn Menschen den Glauben an die eigenen Ressourcen verloren haben. Die Frage, welche Funktion die Substanz im Leben des jeweiligen Menschen erfüllt, kann wichtige Hinweise liefern, wie ein anderer Umgang möglich werden kann.

Mit Betroffenen der gleichen Altersgruppe ist eine Entzugs- und Entwöhnungsbehandlung für ältere Menschen eher möglich.

Medikamente müssen zunächst von solchen mit langer Halbwertszeit auf kürzer wirksame umgestellt werden. Durch diesen Schritt wird eine weitere Kumulation des Mittels im Körper verhindert und ein erster unmerklicher Abbau wird eingeleitet. Ein weiterer Abbau muss in kleinen Schritten erfolgen, um für den Organismus belastende Nebenwirkungen durch den Entzug zu vermeiden. Je sanfter die Entzugserscheinungen, desto motivierter macht der ältere Mensch bei den weiteren Abbauschritten mit. Die Suche nach alternativen Umgangsmöglichkeiten mit Schmerz und Schlafstörungen, Ängsten und Spannungen sollte parallel erfolgen, damit eine Behandlung auch dauerhaft erfolgreich sein kann.

Falls der/die PatientIn nach intensiver Aufklärung zu dem Schluss kommt, er/sie wolle alles so lassen wie es ist, muss auch diese Entscheidung von jedem/r noch so motivierten TherapeutIn mit Achtung vor dem Menschen respektiert werden.

Ist eine Behandlung bei älteren Menschen möglich?

Ja, sie ist möglich und mindestens genauso erfolgreich wie bei jüngeren Menschen.¹⁵ Dieses Faktum ist den Menschen dieser Altersgruppe aber nur selten bekannt. Häufig besteht bei Betroffenen, TherapeutInnen und Angehörigen die fatale Überzeugung, man könne im Alter sowieso nicht mehr davon los kommen.

Auf der Psychotherapiestation für ältere Menschen der Klinik Schlosstal in der ipw¹⁶ gelingt es immer wieder, ältere Menschen zu motivieren und von langjähriger Medikamentenabhängigkeit ganz oder teilweise zu befreien. Die daraus sich ergebende neue Autonomie macht die älteren Menschen stolz auf das, was sie erreicht haben. Sie erlangen ein grösseres Selbstvertrauen zurück und zeigen mehr Zuversicht, dass sie ihr Leben auch im hohen Alter stark selber gestalten können. ●

Literatur

- Hüther, G. (2006): Bedienungsanleitung für ein Menschliches Gehirn. Vandenhoeck & Ruprecht.
- Benkert, H. (2003): Kompendium der Psychiatrischen Pharmakotherapie. Springer.
- Förster, M./Thomas, C. (2009): Aspekte der Substanzabhängigkeit im Alter aus geriatrisch-gerontopsychiatrischer Sicht. Suchttherapie 10:12-16.
- Herschkowitz, N. (2006): Das vernetzte Gehirn - Seine Lebenslange Entwicklung. Huber.
- Meindl, U./Schramm-Meindl, A. (2007): Empowerment-Coaching für die nachberufliche und nachfamiliäre Lebenszeit. In: Th. Friedrich-Hett (2007) Positives Altern Transcript-Verlag.
- Schmidbauer, W. (2005): Psychotherapie im Alter. Kreuzverlag.
- Schnoz, D./Salis Gross, C./Grubenmann, D./Uchtenhagen, A. (2006): Alter und Sucht. ISGF Bericht 0221.
- Uchtenhagen, A. (2004): Umgang mit Sucht im pflegerischen Berufsalltag. Zitiert aus Forschungsbericht Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung Zürich 2006. Nr. 0221.
- Wetterling, T. et al. (2002): Sucht im Alter ein unterschätztes Problem in der klinischen Versorgung älterer Menschen? Nervenarzt 73:861-866.

Endnoten

- 1 vgl. zu den Zahlen den Artikel von Höpflinger in dieser Ausgabe.
- 2 vgl. Wetterling 2002.
- 3 Hüther 2006: 61.
- 4 Benkert 2003: 273.
- 5 vgl. Förster/Thomas 2009.
- 6 «Im Alter geht es wie in der seelischen Bewältigung der Adoleszenz um einen Prozess, durch den realistische Stützen des Selbstgefühls gewonnen werden», Schmidbauer 2003: 42.
- 7 vgl. Förster/Thomas 2009.
- 8 vgl. Uchtenhagen 2004.
- 9 Schmidbauer 2005: 117.
- 10 Herschkowitz 2006: 79.
- 11 vgl. Wetterling et al. 2002.
- 12 vgl. Förster/Thomas 2009.
- 13 vgl. dazu ausführlich den Artikel von Geyer in dieser Ausgabe.
- 14 Meindl/Schramm-Meindl 2007: 135.
- 15 vgl. Schnoz/Salis/Gross/Uchtenhagen 2006.
- 16 www.ipw.zh.ch

MARGARETE ROTHMUND (64) hatte 1966 einen schweren Autounfall: "Ich war bis zur Nasenspitze gelähmt, als ich in der Klinik aufgewacht bin." Irgendwann konnte sie wieder die kleine Zehe bewegen, es folgten Krankengymnastik und Reha. Die Beweglichkeit kehrte zurück doch Schäden blieben. Frau Rothmund ist körperlich eingeschränkt, kann keine langen Strecken gehen. Auch wurde ihre Augenmuskulatur in Mitleidenschaft gezogen und sie hat Probleme mit dem Gleichgewichtssinn: "Dadurch ist vieles anstrengend für mich, was für andere normal ist. Mich auf einen Gegenstand oder eine Tätigkeit zu konzentrieren, erfordert viel Anstrengung. Ich stehe oft innerlich unter Spannung und weiss nie so genau ob andere das merken." Frau Rothmund lebt in betreutem Wohnen, nimmt jedoch nur Hilfe bei der Hauswirtschaft in Anspruch: "Solange es geht will ich selbstständig sein, auch wenn es schwer fällt. Morgens brauche ich zwei Stunden um mich herzurichten, alles ist anstrengend, zeitaufwändig." Eine grosse Hilfe ist ihr das E-Mobil: "Das ganze Haus ist rollstuhlgerecht gebaut, ich komme damit von der Strasse bis in die Wohnung. Wenn ich das E-Mobil nicht hätte, wäre mein Leben ein anderes. Aber ich will aktiv sein, bin gerne unterwegs." Viele würden sich, so Frau Rothmund, zu sehr auf ihre Krankheiten, auf ihr Leid konzentrieren, anstatt etwas zu unternehmen.



Frau Rothmund lebt seit zwei Jahren im betreuten Wohnen. Sie schätzt die Möglichkeit, sich über den Hausnotruf jederzeit Hilfe holen zu können. In ihrer vorherigen Wohnung sei sie einmal nachts mit Atemnot aufgewacht: "Ich hatte Todesangst, zum Glück konnte ich noch den Notarzt verständigen." Grund für die Beschwerden war ein Krampf der Stimmbänder: "Wenn ich erstickt wäre, das hätte kein Mensch mitbekommen." Diese Erfahrung war einer der Gründe fürs betreute Wohnen, hinzu kamen die mit dem Alter nachlassenden Kräfte: "Ich wohnte am Hang, einen Aufzug gab es nicht." Als dann eine Wohnung frei wurde, nutzte sie die Chance. Zum Glück, so Frau Rothmund, sei die Wohnung gross, vieles konnte mitgenommen werden: "Die Sachen bergen ja auch Erinnerungen, da trennt man sich nicht leicht." Eine Nachbarin habe sich komplett neu eingerichtet aber da sehe es aus "wie im Ausstellungsraum." Für sie ist das Alleinwohnen ein grosser Vorteil: "Ich geniesse die Ruhe, das Alleinsein." Das betreute Wohnen bezeichnet Margarete Rothmund als "wunderbares Modell", man kann Gesellschaft haben, muss aber nicht. Auch könne man - falls nötig - Hilfe in Anspruch nehmen. Noch sei es nicht so weit, aber das könne kommen. Für Frau Rothmund kein Problem, "solange es nicht um Körperpflege geht." Aber auch damit würde sie sich arrangieren: "Ich will es nicht aber man muss im Alter eben andere Kriterien setzen. Ich hab so schöne Zeiten gehabt, ich werd nicht jammern wenn es damit vorbei ist."

Margarete Rothmund verlor ihre Eltern im Alter von 15 Jahren, der Vater starb an Leukämie, die Mutter folgte ihm bald darauf in den Tod. Nach ihrem schweren Autounfall im Jahr 1966 lernte Frau Rothmund ihren Mann kennen, die Ehe blieb kinderlos: "Wir haben uns dagegen entschieden, meine körperliche Verfassung liess das nicht zu." Vor rund acht Jahren verlor Frau Rothmund ihren Mann: "Der war kerngesund, sportlich, er war alleine laufen im Wald und ist einfach umgefallen." Sie habe, so Frau Rothmund, zuvor immer wieder davon geträumt, ihren Mann zu verlieren: "Das sind wohl so Vorahnungen, die man hat." Trotzdem war der Verlust ein Schock: "Ich hab die Welt nicht mehr verstanden." Allerdings - da ist sich Margarete Rothmund sicher - ist ihr Mann nicht weit von ihr. Nicht nur dass in der Wohnung zahlreiche Bilder von ihm hängen, sie redet auch mit ihm, "als wenn er da wäre." Und sie ist sicher, dass er sie hört: "Wenn ich verzweifelt war, dann hab ichs ihm erzählt und er hilft mir, er hilft mir wirklich, ich hab immer Kraft gekriegt." Auch das Gebet habe ihr, so Margarete Rothmund, in schweren Stunden oft geholfen und sie glaubt, dass das was ihr passierte nicht Zufall sein kann: "Es passieren Dinge damit wir vorwärts kommen, die Schicksalsschläge verändern die Menschen, sie zwingen uns zum Nachdenken."

