

Therapeutische Beziehungen zu älteren Suchtkranken

Das Verhältnis zwischen TherapeutInnen und PatientInnen ist komplex und u. a. von zahlreichen Varianten der Übertragung geprägt. Therapeutische Beziehungen zu älteren SuchtpatientInnen in der stationären Rehabilitation weisen dabei weitere Besonderheiten auf.

Dieter Geyer

Dr. med., Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Leitender Arzt Fachklinik Fredeburg, Zu den drei Buchen 1, D-57392 Schmallenberg, Tel. +49 (0)2974 72 722, dieter.geyer@fachklinik-fredeburg.de, www.fachklinik-fredeburg.de

Einleitung

Suchtkranke zeigen häufig eine ausgeprägte Ambivalenz, sich auf Beratungs- und Behandlungssituationen einzulassen. Eine intrinsische Änderungsmotivation liegt zum Zeitpunkt der Kontaktaufnahme oft noch nicht vor. Es ist Aufgabe der TherapeutInnen, ein tragfähiges und verlässliches therapeutisches Bündnis zu gestalten. Neben den spezifischen thematischen Schwerpunkten sind in der Behandlung älterer Suchtkranker (gemeint sind Suchtkranke über 60 Jahre) einige Besonderheiten der Kommunikation und der Beziehungsgestaltung zu beachten, auf die im Folgenden eingegangen wird. Der Autor stützt sich dabei auf Erfahrungen mit einem Behandlungsangebot für ältere Suchtkranke, das bereits 1978 in der Fachklinik Fredeburg in Schmallenberg,¹ Nordrhein Westfalen eingeführt und seitdem kontinuierlich weiterentwickelt wurde.

Die Bedeutung der Beziehungsgestaltung

Voraussetzung jeder erfolgreichen Psychotherapie ist ein tragfähiges therapeutisches Bündnis.² Dessen Wirkung kann auf mehrere Komponenten zurückgeführt werden.³ Für PatientInnen ist das Erleben eines verlässlichen und Vertrauen rechtfertigenden Gegenübers bedeutsam. Strahlen TherapeutInnen aus, von der Wirkung der Behandlung überzeugt zu sein, ist dies ebenfalls wirksam. Auch in der Behandlung Suchtkranker beeinflussen die spezifischen Fähigkeiten der TherapeutInnen das Behandlungsergebnis oft in höherem Ausmaß als die angewandte Methode.⁴ Grundsätzlich ist eine akzeptierende, von Empathie geprägte therapeutische Haltung einzunehmen.⁵ In einer an älteren PatientInnen in stationärer psychosomatischer Behandlung durchgeführten Studie konnte gezeigt werden, dass diese die therapeutische Beziehung noch wichtiger einschätzen als jüngere PatientInnen und sie dyadische Beziehungsmuster bevorzugen.⁶

Kommunizieren Ältere anders?

Das Gesprächs- und Kommunikationsverhalten ändert sich im Alter.⁷ Ältere Menschen kommunizieren mit Jüngeren anders als mit Gleichaltrigen.⁸ Die Thematisierung des eigenen Lebens-

alters oder des Alters der jüngeren GesprächspartnerIn schafft mehr psychologische Distanz und sichert die eigene Identität. Einschränkungen und Reduktion der Mobilität, Motorik, Mimik und Gestik führen zu einer Abnahme der Spontaneität und lassen das Ausdrucksverhalten schwerer interpretieren. Die Sprechgeschwindigkeit verringert sich, die Sprechweise wird weniger rhythmisch. Ältere neigen dazu, Themen in Erzählform darzubieten. In Behandlungssituationen sollten diese Änderungen nicht als Ausdruck einer Störung, z.B. einer Depression oder als mangelndes Interesse an dem/der TherapeutIn oder einer therapeutischen Änderung fehlverstanden werden.

Beziehungsdynamik ältere PatientIn und jüngere TherapeutIn

Die Suchterkrankung Älterer verläuft im Verborgenen. Exzessive Konsummuster sind selten. Ältere Alkoholabhängige beispielsweise fallen weniger durch Verkehrsdelikte, aggressive Enttäusserungen oder Alkoholisierung bei der Arbeit oder in öffentlichen Situationen auf. Vielmehr manifestiert sich die Erkrankung vielleicht in einem Sturz im Treppenhaus, zunehmender Vergesslichkeit oder durch zunehmende Vereinsamung und die Verwahrlosung der Wohnung. Folglich sind es häufig die Kinder oder Enkelkinder oder die behandelnden ÄrztInnen, die eine suchtbetonte Intervention empfehlen. Im Vergleich zu jüngeren Suchtkranken zeigen ältere eine ausgeprägte Scham, sich ihre Erkrankung einzugestehen und Hilfe anzunehmen. In ihrer Generation spricht man weniger über inneres Leid. Suchtverhalten wird als mangelnde Willensstärke missverstanden. Für die Beziehungsgestaltung ist es daher wichtig, behutsam vorzugehen, einen wenig konfrontierenden Stil zu pflegen und ältere Suchtkranke über die guten Behandlungschancen aufzuklären. Neben dem Kommunikationsstil und den thematischen Inhalten bestimmen auch unbewusste Faktoren die Beziehungsgestaltung. In der Beziehung zum/zur TherapeutIn werden Erfahrungen mit früheren Bezugspersonen weitgehend unbewusst wieder erlebt und deren Eigenschaften den TherapeutInnen zugeschrieben. Dieses Phänomen wird in der Psychoanalyse Übertragung genannt. Da die TherapeutInnen zumeist älter oder zumindest im gleichen Alter wie die PatientInnen sind und ihnen zudem Expertenstatus zugeschrieben wird, reinszenieren die PatientInnen die erlebten Beziehungen zu den wichtigen frühen Bezugspersonen, in der Regel zu Mutter oder Vater. Wie verhält es sich aber, wenn PatientInnen deutlich älter sind als ihr TherapeutInnen? Zu Beginn einer Behandlung

bietet sich dann eine Übertragung der Beziehung zu jüngeren Geschwistern, zu den eigenen Kindern oder, bei grossem Altersunterschied, zu den Enkeln an, ein Phänomen, das Radebold umgekehrte Übertragung nennt.⁹ Radebold geht davon aus, dass im weiteren Verlauf einer Therapie sich die regelhafte Übertragung durchsetzt, dass aber die umgekehrte Übertragungskonstellation ebenfalls fortbestehen kann.¹⁰ Somit ergeben sich unterschiedliche Übertragungsanteile aus unterschiedlichen Lebensphasen, die Beziehung wird facettenreicher, aber auch schwieriger zu entschlüsseln.¹¹ Die emotionalen Reaktionen von TherapeutInnen auf die Übertragung von PatientInnen werden als Gegenübertragung bezeichnet. Nach Hinze sind TherapeutInnen in der Therapie einer oder eines Älteren einem starken regressiven Sog ausgesetzt.¹² Es besteht die Gefahr, sich als «ideales Kind» oder «guter Enkel» mit dem/der PatientIn gegen deren Kinder zu verbünden. Ältere Suchtkranke haben jüngeren TherapeutInnen stets ein Stück Lebenserfahrung voraus. Letztere müssen sich in die damit verbundenen Erfahrungen und Erlebnisse einleben, die Hinze das ungelebte Alter nennt.¹³ Dadurch können sich erhebliche Schwierigkeiten auftun. Das eigene Bild vom Altern und Alter und die damit verbundenen Befürchtungen können dazu führen, eine tiefere Beschäftigung mit den Themen der PatientInnen unbewusst abzulehnen. Die innerseelischen Konflikte und Einstellungen der bzw. des Behandelnden, die ihre/seine Empathiefähigkeit einschränken und dadurch den Behandlungsprozess behindern, nennt Heuft Eigenübertragung.¹⁴ Das Bild der TherapeutInnen vom eigenen Altern und Alter hat somit erhebliche Bedeutung für ihre Fähigkeit, den belastenden Themen der älteren PatientInnen offen zu begegnen. Verschiessen sie sich diesen Fragen, weil die Angst vor Gebrechlichkeit, Einsamkeit und Autonomieverlust im Alter überwiegt, werden sie eine tiefere Begegnung scheuen.

Motivationale Aspekte

Älteren Menschen wird gemeinhin eine geringe Flexibilität nachgesagt. Neben dem geringeren mimischen Ausdrucksverhalten können auch Schwerhörigkeit und leichte kognitive Einbussen zu einem starren Kommunikationsverhalten beitragen. ÄrztInnen der Primärversorgung und MitarbeiterInnen der Alten- und der Suchthilfe müssen aber wissen, dass ältere Suchtkranke sich sehr wohl zu einer Behandlung motivieren lassen und dass diese keine schlechteren Ergebnisse zeitigt als bei jüngeren. Es wurde schon darauf hingewiesen, dass es häufig die Kinder und Enkelkinder sind, die ältere Suchtkranke dazu bewegen, in Therapie zu gehen. Kaum etwas beeindruckt ältere Suchtkranke mehr, als wenn die Enkeltochter sagt: «Opa, du stinkst», oder die Tochter ihrer Mutter das Enkelkind nicht mehr in Obhut geben will, weil sie ihr die Aufsicht nicht mehr zutraut. Neben dem führenden Ziel, die Unabhängigkeit zu erhalten, ist es für ältere Suchtkranke besonders wichtig, weiterhin oder wieder für andere Verantwortung übernehmen zu können. Gerade ältere Suchtkranke leiden unter dem Widerspruch ihres inneren Anspruchs und ihrem tatsächlichen Verhalten. Macht man ihnen Mut und hebt auf ihre vorhandenen Ressourcen ab, lassen sie sich gut zu einer Behandlung motivieren. Da die Schwellenängste hoch sind und sich viele ältere Menschen unter einer Entwöhnungsbehandlung und einer stationären Rehabilitation wenig vorstellen können, bieten wir in unserer Klinik im Vorfeld der Aufnahme einen Besuch der Klinik mit Besichtigung und Kontaktaufnahme zu einem/r TherapeutIn an. Daneben können die zukünftigen PatientInnen auch Gespräche mit derzeitigen PatientInnen der sog. Seniorengruppen führen. Für die «Neuen» senkt es die Schwellen, für die «Alten» ist es ein Stück Verantwortungsübernahme und damit gleichzeitig therapeutische Erprobung. Ältere PatientInnen profitieren zu Beginn einer Behandlung von einem hohen Mass an emotionaler Zuwendung, konkreten Hilfestellungen und einer einfühlsamen Vorgehensweise im Umgang mit Selbstvorwürfen und Schuld-

gefühlen. Der Respekt vor der bisherigen Lebensleistung und die Betonung der vorhandenen Ressourcen erleichtern den Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung.

Die Beziehung der PatientInnen untereinander

Sollen ältere Suchtkranke gemeinsam mit jüngeren oder in spezialisierten Behandlungsangeboten behandelt werden? Abschliessende Erkenntnisse liegen uns noch nicht vor. Einige Praxisberichte sprechen aber für die Vorteile einer spezialisierten Behandlung.¹⁵ Dies liegt nach unserer klinischen Erfahrung zu einem erheblichen Anteil daran, dass sich die PatientInnen in altershomogenen Gruppen wohl fühlen. Mit den AltersgenossInnen wurde die gleiche Zeitgeschichte erlebt. Erinnerungen und Gewohnheiten ähneln sich. Das schafft Vertrautheit und erleichtert das spontane Gespräch. Schnell ist man untereinander solidarisch und stützt sich gegenseitig, ohne in eine allzu ausgeprägte protektive Haltung zu geraten, wie es jüngere PatientInnen gelegentlich im Verhältnis zu wesentlich älteren zeigen.¹⁶

Gerontologische Kompetenz und bedarfsorientierte Behandlungsorganisation

Spüren ältere PatientInnen die Fachkompetenz von TherapeutInnen und erfahren sie, dass diese von den typischen Problemfeldern älterer Suchtkranker wissen, erleichtert dies die Beziehungsgestaltung erheblich. Insbesondere bei der Suchtentwicklung in höherem Alter spielen relativ spezifische Komponenten eine Rolle.¹⁷ Nach langjährigem Berufsleben und guter sozialer Integration stellen unerwarteter Arbeitsplatzverlust, Berentung bzw. Pensionierung und der damit verbundene Verlust an Wertschätzung, der Tod oder eine lange Erkrankung des Partners oder der Partnerin häufige äussere Anlässe zu gesteigertem Alkohol- oder Medikamentenkonsum und zur Entwicklung einer Abhängigkeitserkrankung dar. Den äusseren Faktoren entsprechen dabei die inneren Gefühle der Vereinsamung, der Trauer, des Verlusts und nicht bewältigter narzisstischer Kränkungen. Späte Folgen früher Traumatisierungen sind häufig.¹⁸ Über diese an sich nicht ungewöhnlichen therapeutischen Problemstellungen hinaus erfahren wir aber durch unsere älteren PatientInnen auch von alltäglichen kleinen Gebrechen, können darauf reagieren und die Therapieorganisation danach ausrichten. Praktische Hilfen z.B. im Umgang mit Hörgeräten, oder bei der Schlafregulation auch durch die nicht ärztlichen TherapeutInnen zeigen deren geriatrische Kompetenzen auf und erleichtern es den PatientInnen, sich auf eine tiefere Beziehung einzulassen. Neben der Einzel- und Gruppenpsychotherapie sollte je nach individuellem Bedarf die (Wieder)Befähigung der selbständigen Lebensführung durch sozialtherapeutische- und Trainingsmassnahmen (z. B. Kochen, hauswirtschaftliches Training etc.) und hirngorganisches Training zentraler Bestandteil der stationären Rehabilitation sein. Unsere ältern PatientInnen neigen dazu, solche Therapien ebenso wie die Gruppenpsychotherapie als Unterricht zu bezeichnen. Eine altersbezogene Behandlungsorganisation erleichtert älteren Suchtkranken das Wohlbefinden und fördert die Kompetenz zur Bewältigung ihrer alterstypischen Lebensaufgaben. Eine der wesentlichsten Aufgaben ist es, Abschied und Trauer ertragen zu lernen und in das Überleben zu integrieren. Dies gelingt in der Therapie gemeinsam mit anderen älteren Menschen leichter. Aber nicht nur die gemeinsame Gruppenpsychotherapie bietet den PatientInnen Vorteile. Ältere Suchtkranke schätzen es z.B. sehr, in der stationären Rehabilitation Sport- und Bewegungstherapie mit Gleichaltrigen machen zu können und sich nicht der Konkurrenz oder den Blicken jüngerer ausgesetzt zu sehen. Dies gilt auch für Hirnleistungstraining und manches andere therapeutische Angebot. Zugleich aber können indikative Therapien gemeinsam mit jüngeren erfolgen. Untersuchungen der PatientInnenzufriedenheit in unsere Klinik zeigen, dass die älteren PatientInnen

mit den einzelnen Behandlungsmodulen, aber auch mit ihren eigenen Fortschritten zufriedener sind als ihre jüngeren MitpatientInnen.¹⁹ Bei katamnestischen Untersuchungen antwortet von den älteren PatientInnen ein höherer Anteil als von den jüngeren und auch die Teilnahme an den jährlichen Ehemaligenfesten ist sehr rege. Dies belegt neben den Ergebnissen der Katamnesen die guten Behandlungsergebnisse²⁰ und spricht für die Fähigkeit älterer Suchtkrankter, verlässliche Beziehungen einzugehen, wenn ihnen von uns jüngeren TherapeutInnen vorurteilslos begegnet wird und wir ihre spezifischen Bedarfe angemessen berücksichtigen. •

Literatur

- Andréasson, S./Öjehagen, A. (2003): Psychosocial Treatment for Alcohol Dependence. S. 43-188 in: Berglund/Thelander/Jonsson (Hrsg.), Treating Alcohol and Drug Abuse. An Evidence Based Review. Weinheim.
- Benshoff, J.J./Harrawood, L.K. (2003): Substance abuse and the elderly: Unique issues and concerns. Journal of Rehabilitation 69(2): 43-48.
- Berns, U. (2004): Spezifische psychoanalytische Interventionen. Kaum wirksam, doch unverzichtbar? Forum der Psychoanalyse 3: 284-300.
- Filipp, S.-H./Mayer, A.-K. (1999): Bilder des Alters. Stuttgart.
- Finlayson, R. E./Hurt, R. D./Davis, L.J./Morse, R. M. (1988): Alcoholism in elderly persons: a study of the psychiatric and psychosocial features of 216 inpatients. Mayo Clinic Proceedings 63: 761-768.
- Fischer, C.J. et al. (2006): Langfristige Auswirkungen traumatischer Ereignisse auf somatische und psychische Beschwerden. Am Beispiel von Vertriebenen nach dem 2. Weltkrieg. Nervenarzt 77: 58-63.
- Geyer, D. (2008): Altersspezifische Aspekte in der stationären Rehabilitation Suchtkrankter. SuchtAktuell 2: 31-35.
- Geyer, D./Penzek, C. (2007): Wirkfaktoren in der stationären Rehabilitation älterer Alkoholabhängiger. In: Fachverband Sucht e.V. (Hrsg), Wirksame Therapie. Wissenschaftlich fundierte Suchtbehandlung. Geesthacht: Neuland, 305-316.
- Hinze, E. (1987): Übertragung und Gegenübertragung in der psychoanalytischen Behandlung älterer Patienten. Psyche 41: 238-253.
- Hinze, E. (1994): Besonderheiten der therapeutischen Beziehung zwischen Jüngeren und Älteren. S. 35-41 in: H. Radebold und R.D. Hirsch (Hrsg.), Altern und Psychotherapie. Bern.
- Heuft, G. (1990): Zukünftige Forschungsperspektiven einer psychoanalytischen Gerontopsychosomatik – Persönlichkeit und Alternsprozess. Zeitschrift für Gerontologie 23: 262-266.
- Horvath, A.O./Luborsky, L. (1993): The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. Journal of Consulting and Clinical Psychology 61: 561-573.
- Miller, W.R./Rollnick, S. (1999): Motivierende Gesprächsführung. Ein Konzept zur Beratung von Menschen mit Suchtproblemen. Freiburg.
- Najavits, L.M. (1994): Variations in therapists effectiveness in the treatment of patients with substance disorders: an empirical review. Addiction 89: 679-688.
- Peters, M. (2006): Psychosoziale Beratung und Psychotherapie im Alter. Göttingen.
- Peters, M./Radebold, H./Hübner, S. (2002): Stationäre Gerontopsychosomatik. Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie 15: 33-45.
- Radebold, H. (1992): Psychodynamik und Psychotherapie Älterer. Berlin.
- Radebold, H. (2004): Bei Diagnose historisch denken. Deutsches Ärzteblatt 101(27): 1637-1639.
- Voßmann, U./Geyer, D. (2006): Abhängigkeitserkrankungen im Alter. Therapeutische Erfahrungen mit älteren Patienten. Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie 19: 221-227.

Endnoten

- 1 www.fachklinik-fredeburg.de
- 2 vgl. Horvath und Luborsky 1993 und Najavits 1994.
- 3 vgl. Berns 2004.
- 4 vgl. Andréasson und Öjehagen 2003.
- 5 vgl. Miller und Rollnick 1999.
- 6 vgl. Peters et al. 2002.
- 7 vgl. Filip und Maier 1999.
- 8 vgl. Peters 2006.
- 9 vgl. Radebold 1992.
- 10 vgl. Ebenda und Peters 2006.
- 11 vgl. Hinze 1987 und Peters 2006.
- 12 vgl. Hinze 1987.
- 13 vgl. Hinze 1994.
- 14 vgl. Heuft 1990.
- 15 vgl. Benshoff und Harrawood 2003 und Geyer 2008.
- 16 Auf die feinen Unterschiede vgl. Höpflinger in dieser Ausgabe.
- 17 vgl. Finlayson et al. 1988 und Voßmann und Geyer 2006.
- 18 vgl. Radebold 2004 und Fischer et al. 2006. In dieser Ausgabe des SuchtMagazin stellt Engelhardt ein dazu passendes Fallbeispiel vor.
- 19 vgl. Geyer und Penzek 2007.
- 20 vgl. ebd.

Aktuelles zu «Gesundheit im Alter»

Gesundheits-Profil Verfahren

Das «Gesundheits-Profil Verfahren» deckt Risikofaktoren auf, die zu Pflegebedürftigkeit und Behinderung im Alter führen können. Damit bildet dieses Verfahren eine wichtige Grundlage für Fachpersonen in der Einschätzung der Gesundheit von älteren Menschen. Angesprochen werden dabei Personen, die ausreichende Deutschkenntnisse haben, nicht auf dauerhafte Pflege angewiesen sind und nicht von einer dementiellen Erkrankung betroffen sind. Das Verfahren besteht aus folgenden vier Elementen: Gesundheits-Profil Fragebogen (zum Selbstausfüllen), Software für die Erfassung und Auswertung des Gesundheits-Profil Fragebogens, einem persönlichen Gesundheitsbericht als Standortbestimmung und Grundlage für die Beratung und einer Dokumentation für Fachpersonen. Dieses Verfahren wurde seit dem Jahr 2000 bei rund 7 000 älteren Personen in der Schweiz eingesetzt. Entwickelt wurde es von der Geriatrie der Universität Bern. Fact-Sheet des Schweizerischen Gesundheitsobservatorium obsan: www.tinyurl.com/gesundheitsprofil

Kanton Zürich - Gesundheit im Alter

Mehr als drei Viertel der Seniorinnen und Senioren im Kanton Zürich fühlen sich gesund. Wer sozial vernetzt ist, bewältigt gesundheitliche Einschränkungen besser. Zur Erhöhung der Lebenszeit in guter Gesundheit schlagen die Autoren des Berichts unter anderem vor, bei älteren Menschen die soziale Vernetzung sowie die Früherkennung von Krankheiten und Krankheitsrisiken zu fördern. Der Bericht wurde im Auftrag der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich vom Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universi-

tät Zürich erstellt. Bericht Gesundheit im Alter: www.tinyurl.com/gesundheit-zuerich

Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

Die Schweizer Bevölkerung ist nach eigener Einschätzung bei überwiegend guter Gesundheit. Dies zeigen die ersten Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007 des Bundesamtes für Statistik BfS. Der allgemeine Gesundheitszustand wird im Alter schlechter eingeschätzt als in jüngeren Jahren. Dauerhafte gesundheitliche Probleme nehmen zu. So berichten 42% der 65- bis 74-jährigen (Frauen: 44%, Männer: 38%) und 48% der Personen ab 75 Jahren (Frauen: 49%, Männer: 47%) über eine chronische gesundheitliche Beeinträchtigung. Ein besonderes Problem im Alter sind Sturzunfälle, und zwar nicht nur aufgrund der meist hohen Behandlungskosten, sondern weil in der Folge oft die Lebensqualität der Betroffenen stark beeinträchtigt ist. So berichten bei den 65- bis 74-jährigen 13% der Männer und 16% der Frauen einmal und 7% resp. 8% zwei- und mehrmals gestürzt zu sein. Bei den Personen ab 75 Jahren sind es bei den Männern 14 resp. 12%, bei den Frauen 18 resp. 12%. Erste Resultate der Gesundheitsbefragung: www.tinyurl.com/gesundheitsbefragung