

Glücksspielsucht im Alter Stationäres Therapieangebot für ältere Glücksspieler der Median Klinik Wigbertshöhe

In Deutschland ist ein Ansteigen der Fallzahlen pathologisch glücksspielerkranker Menschen in den letzten Jahren zu beobachten (Füchtenschneider-Petry, Petry 2010).

Im Jahr 2019 kann für Deutschland von hochgerechnet ca. 229.000 problematisch und ca. 200.000 wahrscheinlich pathologisch Glücksspielenden ausgegangen werden (BzGA-Forschungsbericht 2020). Pathologische Glücksspielsucht ist als eigenständiges Krankheitsbild erst seit dem Jahr 2001 anerkannt und wird wie folgt beschrieben:“ Die Störung besteht in häufig wiederholtem Glücksspiel, das die Lebensführung der betroffenen Personen beherrscht und zum Verfall der sozialen, beruflichen, materiellen und familiären Werte und Verpflichtungen führt. Die Betroffenen setzen ihren Beruf und ihre Anstellung aufs Spiel, machen hohe Schulden und lügen oder handeln ungesetzlich, um an Geld zu kommen oder um die Bezahlung von Schulden zu umgehen. Sie beschreiben einen intensiven, kaum kontrollierbaren Drang zum Glücksspiel, der verbunden ist mit einer gedanklichen und bildlichen Beschäftigung mit dem Glücksspiel und seinen Begleitumständen. Die gedankliche Beschäftigung und die Drangzustände verstärken sich häufig in belastenden Lebenssituationen.“(WHO, ICD-10, S. 259).

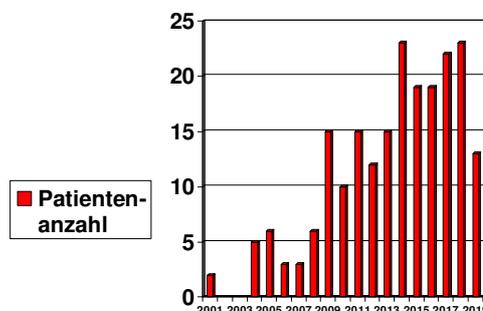
Die wahrscheinlich früheste bekannte literarische Beschreibung der Glücksspielsucht findet sich im Simplicius Simplicissimus von Grimmelshausen : „ Danach standen wir auf und gingen auf den Spielplatz, wo man mit Würfeln turnierte und alle Schwüre gleich hunderttausendtonnenweise herausfluchte... Diese närrischen Spieler hofften alle zu gewinnen, was doch nur möglich gewesen wäre, wenn sie aus einer fremden Tasche gesetzt hätten...“ (Grimmelshausen S. 125 ff). Dostojewski mit seinem Roman „Der Spieler“ und Stefan Zweig mit seiner „Schachnovelle“ setzten pathologischen Glücksspielerpersönlichkeiten literarische Denkmale.

Heute wird das Bild des Glücksspielers in der Öffentlichkeit wesentlich geprägt durch folgende Attribute: Jung, männlich, Automatenspieler, evt. mit Migrationshintergrund. In der Tageszeitung machen „junge Spieler“ Schlagzeilen, wenn sie Milliarden von Euros riskieren und verlieren (wie der Angestellte einer renommierten französischen Bank, der seinem Arbeitgeber durch hochriskante Zockerei an der Börse einen Verlust von 5 Milliarden Euro bescherte...) oder wenn sie eine (Spiel)Bank überfallen, um ihre Glücksspielsucht finanzieren zu können. Völliges Neuland in Forschung und Wissenschaft ist die Glücksspielsucht im Alter. Selbst im Internet (z.B. Suchmaschine Google) findet man unter dem Stichwort

„Pathologische Glücksspielsucht im Alter“ wenig brauchbare Informationen zum Thema.

Alte Glücksspieler stehen weder im Fokus der Öffentlichkeit noch sind sie Thema von wissenschaftlichen Untersuchungen. Eine Arbeitsgruppe der Fachstelle für Glücksspielsucht in Neuss suchte im Jahr 2002 nach altersspezifischen Merkmalen der Glücksspielsucht bei älteren Klienten, welche in diesem Zeitraum zur Beratung bzw. zur ambulanten Therapie in die Beratungsstelle kamen (Arenz C. in: Suchtmagazin 4/2003). In einer umfangreichen Studie widmete sich die DHS im Jahr 2006 der Suchtproblematik älterer Menschen (DHS 2006), Glücksspielsucht wird dabei noch nicht einmal erwähnt. Auf die zunehmende Anzahl älterer Menschen mit der Diagnose Pathologisches Glücksspiel sowie die wachsende Relevanz des Krankheitsbildes in dieser Altersgruppe weist Prof. Musalek vom Therapiezentrum für Alkohol- und Medikamentenabhängige am Anton-Proksch-Institut Wien in einem Beitrag für die Zeitschrift Geriatrie Praxis hin (Musalek 2008) . Zahlen aus der Median Klinik Wigbertshöhe unterstreichen diese These und zeigen eine deutliche Zunahme von hilfesusuchenden älteren Glücksspielern in den Jahren zwischen 2001 und 2019 (Schwager 2020 Median Klinik Wigbertshöhe; Auswertung von Patientendaten aus den Jahren 2001-2019 in der Gruppe für ältere Suchtkranke)):

Entwicklung Fallzahlen Pathologischer Glücksspieler ab
60igsten Lebensjahr 2001-2019 Median Klinik
Wigbertshöhe



Wie kommt es, dass ältere Menschen Glücksspielabhängig werden?

Glücksspielsucht ist kein rein neuartiges Krankheitsbild (s.o.), hat jedoch sicherlich mit Wohlstand, Überfluss und der Bedeutung des Geldes zu tun und ist in allererster Linie ein Wohlstandsphänomen. Geldbesitz wird fälschlicher Weise (nicht nur) in unserer Gesellschaft gleichgesetzt mit glücklich sein. Glücksspielsucht hat viel zu tun mit falsch verstandenem Streben nach (Lebens)Glück und mit Vereinsamung. Am Roulettetisch im Casino, am einarmigen Banditen in Las Vegas trifft man heute überproportional häufig ältere, alleinstehende, finanziell gut ausgestattete Frauen, die sich dort die Zeit vertreiben und der häuslichen Einsamkeit entfliehen. Im gepflegten Ambiente kann der äußere Schein gewahrt bleiben und der -vielleicht triste- Alltag mit wenig Höhepunkten bleibt vor der Tür.

Nicht selten berichten ältere, vom Glücksspiel abhängig gewordene Patienten (im zweiten Weltkrieg geborene oder die erste Nachkriegsgeneration) von den ärmlichen Verhältnissen, in denen sie aufgewachsen sind, der enormen Bedeutung des Geldes in den Familien der Gründergeneration, und den unglücklichen Umständen, welche sie im Laufe ihres Lebens mit dem Glücksspiel in Berührung kommen ließen. Oft steht am Anfang einer Spielerkarriere die beglückenden Erfahrung, am Spielautomaten – die Älteren machten häufig ihre ersten Erfahrungen mit dem Glücksspiel in der Kneipe – scheinbar leicht und schnell zu Geld zu kommen (ein nur scheinbar glücklicher Gewinn!).

Die Krankheitsverläufe älterer Spieler sind in der Regel wesentlich unspektakulärer und unauffälliger als die der jüngeren Klienten. Von der Persönlichkeitsstruktur sind sie eher depressiv strukturiert (Schwager 2011; Hautzinger 2006). Öfter als bei den jüngeren Spielern sehen wir noch „exotischere“ Glücksspielformen wie Pferdewetten und Casinospiel, jedoch auch in jüngster Zeit zunehmend Sportwetten. Häufigster Anlass zur stationären Therapie ist die Drohung des Partners/der Partnerin, den Suchtkranken zu verlassen, sollte er nicht endlich etwas gegen die offenkundig gewordene Sucht unternehmen oder die Ankündigung der Kinder, dass die Enkelkinder nicht mehr die Oma oder den Opa besuchen dürften, wenn diese/dieser sich nicht in Behandlung begäben. Nicht selten steht ein versuchter Suizid als Hilferuf zu Beginn eines langwierigen Veränderungsprozesses.

Ältere Glücksspieler verfügen im Vergleich zu den jüngeren in der Regel über ein höheres Maß an sozialen Kompetenzen, auf die sie im Krankheitsfall zurückgreifen können. Dies erlaubt im stationären Rahmen ein an den vorhandenen Ressourcen orientiertes Vorgehen. Die Kontakt- und Beziehungsfähigkeit erscheint im Regelfall schwer gestört. Hier bietet ein intensives gruppentherapeutisch orientiertes Verfahren die besten Voraussetzungen, Möglichkeiten der Kontakt- und Beziehungsaufnahme wieder zu erlernen und zu erfahren, wie wohltuend der Kontakt zu anderen Menschen sein kann (Schwager 2013).

Stationäres Therapieangebot

In der Median Klinik Wigbertshöhe in Bad Hersfeld werden seit 1977 Suchtkranke behandelt (Alkohol-, Medikamenten- und Glücksspielabhängige). Seit dem Jahr 1998 können ältere Suchtkranke in einer speziellen +55 Gruppe eine stationäre Therapie absolvieren. Vor dem Hintergrund der großen Nachfrage nach Angeboten für diese Altersgruppe sind seit dem Jahr 2001 zwei der sieben Therapiegruppen des Hauses für ältere Suchtkranke vorgesehen. In einer der beiden Gruppen werden in der Regel Alkoholiker und Glücksspieler im Alter zwischen 55 und 70 Jahren behandelt, die noch im Berufsleben stehen bzw. langzeitarbeitslos oder Frührentner sind, in die andere kommen ältere Alkoholiker und Medikamentenabhängige ab dem 60. Lebensjahr, die zumeist bereits berentet sind. Diese Aufteilung ermöglicht es, die stationäre Therapie möglichst passgenau auf die spezifischen Bedürfnisse der jeweiligen Altersgruppen mit Berücksichtigung der jeweils zugrunde liegenden Suchterkrankung auszurichten. Im Jahr 2016 wurde auf dem Hintergrund der starken Nachfrage nach Behandlungsplätzen eine dritte „Seniorengruppe“ eröffnet.

2015 wurden in der Median Klinik Wigbertshöhe insgesamt 375 Patienten behandelt (Qualitätsbericht Median Klinik Wigbertshöhe). Das Durchschnittsalter in den beiden +55-Gruppen lag bei 65,9 Jahren. Die bisher älteste Patientin feierte während ihres stationären Aufenthaltes ihren 82. Geburtstag. Insbesondere die Gruppe der 50-65-Jährigen weist zu Therapiebeginn ein langjähriges missbräuchliches Konsumverhalten auf (fünf Jahre und länger). Etwa ein Drittel dieser Patienten hat bereits eine oder mehrere stationäre Therapien absolviert.

Hinter einem Suchtgeschehen verbirgt sich oft eine Kontakt- und Beziehungsstörung, verbunden mit einer depressiven Symptomatik. Als auslösende Faktoren bei der Manifestation der Suchterkrankung im fortgeschrittenen Alter tauchen häufig Verlusterfahrungen auf wie der Tod

eines lieb gewordenen Menschen, der Abschied vom Berufsleben, der Auszug der Kinder oder das Nachlassen der körperlichen Leistungsfähigkeit bei einem vorherrschenden Jugendlichkeitswahn, welcher einem gelassenen Annehmen des Älterwerdens entgegensteht (Schmidbauer 2001). Diese Themen können in der hochfrequenten stationären Gruppentherapie (5 Gruppensitzungen pro Woche) sowie nach Bedarf in begleitenden Einzelgesprächen behandelt werden. Das Erleben, mit der individuellen (Sucht)Problematik nicht allein zu sein, führt zu einer deutlichen Entlastung der im Vordergrund stehenden starken Scham- und Schuldproblematik.

Wichtiges Element in der Behandlung glücksspielabhängiger Menschen ist die Unterstützung beim persönlichen Geldmanagement. Das Geld ist das Suchtmittel des Spielers; mit Geld wird er sein Leben lang mehr oder weniger zu tun haben müssen. Am Beginn der stationären Behandlung steht demnach eine ausführliche Bilanz der finanziellen Situation des Patienten; Unterstützung bei der Schuldenregulierung wird angeboten und dringend notwendig. Bei Bedarf wird das Führen eines Haushaltsbuches angeordnet, der wöchentliche Bedarf an Geld wird ermittelt und dieses zugeteilt. Eventuell wird eine finanzielle Betreuung eingerichtet. Wichtig ist auch herauszufinden, wie viel Geld dem Spieler zuträglich ist und ab welcher Summe das Risiko steigt, in die Spielhalle zu gehen (ab welcher Geldmenge im Geldbeutel „brennt“ dieses). Insgesamt weisen die Älteren einen deutlich geringeren Verschuldungsgrad auf als die Jüngeren. Häufig haben die Älteren in scheinbar paradoxer Weise Schwierigkeiten damit, sich persönlich einmal etwas von ihrem Geld zu gönnen und neigen in spielabstinenten Phasen zu übertriebener Sparsamkeit. In der Therapie kann versucht werden, dies zu thematisieren und gemeinsam zu überlegen, was die Betroffenen sich mit ihrem Geld einmal Gutes tun könnten (wenn sie denn welches zur persönlichen Verfügung haben...), was es für Wünsche gibt, materieller wie immaterieller Natur. Im Rahmen einer speziellen Sondergruppe für Glücksspieler, in der die älteren Glücksspieler mit den jüngeren zusammentreffen, findet eine intensive Auseinandersetzung mit der Erkrankung und eine Reflektion des Spielverhaltens und des Umganges mit dem Suchtmittel Geld statt. Weitere indikative Gruppen (Geldmanagement, Entspannungstraining, Hirnleistungstraining, Rückenschule, Nordic Walking, Raucherentwöhnung, Konflikttraining, Selbstsicherheitstraining, Ernährungsberatung, Streßbewältigung....) runden das therapeutische Angebot ab.

Große Bedeutung hat der freizeitpädagogische Bereich. Viele Krankheitsverläufe der Älteren weisen eine deutliche Steigerung des Glücksspiels bei Verlust der Arbeit durch Arbeitslosigkeit oder dem regulären

Eintritt in das Rentenalter auf. Der zuvor strukturierte Tagesablauf wird schmerzlich vermisst, eine wichtige Säule im Leben bricht weg. Eine innere Leere und Langeweile breitet sich aus, die allzu oft mit einem verstärkten Suchtmittelkonsum gefüllt wird. Wichtiger Bestandteil in der Behandlung wird dann die gemeinsame Suche nach sinnvollen und befriedigenden Alternativen zum Suchtmittel sein, an dessen Ende die Erkenntnis stehen könnte, dass unsere Lebenszeit prinzipiell zu kostbar ist, um sie einfach nur „tot zu schlagen“ bzw. in der Spielhalle oder vor dem Fernseher zu verbringen. Die günstige Lage der Klinik (am Kurpark gelegen, 15 Gehminuten entfernt von der Altstadt) erlaubt es, mit den Patienten vor Ort Aktivitäten zu erkunden, die sie auch zu Hause fortführen können (Besuch des Tierheims, der Bibliothek, des Museums, des Mehrgenerationenhauses, Spaziergänge im Wald...).

Fallbeispiel

Zum besseren Verständnis des Krankheitsverlaufs der pathologischen Glücksspielsucht im Alter sowie deren stationärer Behandlung soll das nachfolgende Fallbeispiel dienen:

Frau W., 74 Jahre alt, entstammt aus einer gutbürgerlichen Familie und wächst mit ihren drei Brüdern auf dem Lande auf. Der Vater legt Wert auf eine gute Ausbildung der Kinder. „Mein Vater wollte immer, dass wir selbstständig werden und unser eigenes Geld verdienen können. So haben wir auch alle den Führerschein gemacht!“ Frau W. beschreibt eine unauffällige Kindheit ohne Not. Sie habe eine schöne Kindheit und Jugend gehabt.

Mit 14 verlässt sie ihr Zuhause, um bei einem Onkel eine Kaufmannslehre zu beginnen. Sie habe eine harte Lehrzeit von dreieinhalb Jahren absolviert, sei früh aufgestanden (morgens um vier). Im Alter von 23 Jahren habe sie geheiratet. Das Ehepaar bekommt rasch zwei Kinder: Einen Sohn und eine Tochter. Frau W. arbeitet nur reduziert in den Jahren, wo die Kinder noch klein sind, gibt ihre Arbeit jedoch nie auf („mein Vater hat uns Kindern immer gesagt, wir sollten darauf achten, dass wir einmal eine eigene Rente bekommen“) und bringt es im Lauf ihres Berufslebens bis zur stellvertretenden Filialleiterin. Die Ehe wird nach 14 Ehejahren geschieden („mein Mann hatte eine andere, die er dann auch bald nach der Scheidung geheiratet hat. Die ist noch dazu 3 Jahre älter als ich! Die beiden leben heute noch zusammen. Ich habe aber keinen Kontakt mehr zu meinem Exmann, ist mir auch egal, was der macht!“). Das jahrelange Fremdgehen ihres Mannes („Er hatte mich bereits 6 Jahre lang betrogen, und ich habe nichts davon mitbekommen.“) trifft die Patientin schwer. Sie beschließt, sobald keine neue Partnerschaft mehr einzugehen („das wollte ich nicht mehr durchmachen müssen!“).

Es folgen schwere Jahre für die Patientin, da sie als Alleinerziehende Mutter mit wenig Unterstützung vom Ex-Ehemann die Familie ernähren und über die Runden bringen muß. Sie lebt auf dem Land in einer Kleinstadt, wo sie aufgrund ihrer Berufstätigkeit viele Bekannte hat. Über ihre Sorgen, Nöte und Probleme redet sie mit niemandem.

Nach 4 Jahren geht sie eine neue Partnerschaft ein („mein zweiter Mann war kein einfacher Mensch; er war sehr streitlustig.“). Acht Jahre später heiratet das Paar („es war eine Vernunft Ehe...“); der Ehemann hat einen Sohn aus erster Ehe, der bei seiner Ex-Frau lebt. Das Ehepaar bringt es in den gemeinsamen Ehejahren zu einigem Wohlstand (drei Wohnhäuser werden gekauft bzw. gebaut). Die Ehe endet nach 12 Jahren abrupt mit dem plötzlichen Tod ihres Mannes, welchen sie leblos im gemeinsamen Wohnhaus auffindet. Über die Aufteilung des Erbes gibt es viel Streit unter den Kindern. Nach dem Tod des Mannes hält es Frau W. nicht mehr in ihrem Haus aus; sie wird depressiv und absolviert eine psychosomatische Kur. Ihr Sohn überzeugt sie davon, sich in der Nähe seines Heimatortes, wo er mit Ehefrau und zwei Kindern wohnt, eine Wohnung zu nehmen und ihr Zuhause zu vermieten. Frau W. befolgt diesen Ratschlag und bezieht eine Wohnung in der Nähe ihres Sohnes und gibt zugleich ihre geliebte Arbeit nach 45 Berufsjahren im 62. Lebensjahr auf; die Arbeit, die ihr immer soviel bedeutete und die sie sich auch nicht von ihrem Mann nehmen ließ, welcher immer wollte, dass sie als Hausfrau doch daheim bliebe, wo sie es doch nicht nötig hätten, dass seine Ehefrau arbeiten ginge. Der Sohn unterstützt seine Mutter in finanziellen Dingen, indem er z.B. ihr die Steuererklärung abnimmt. Sie macht weiterhin die Hausverwaltung ihres früheren Wohnhauses. In der neuen Wohnung und in ihrer neuen Umgebung wird sich Frau W. nie richtig wohl fühlen („eine sehr schöne Wohnung, sehr teuer –fast soviel wie meine Rente! Man trifft aber so selten die Menschen, die hier wohnen. Die sind fast immer unterwegs zur Arbeit, man trifft selten jemand.“). Frau W. vermisst schon bald die ländliche Umgebung, wo sie zuvor gelebt hat, wo sie jeden gekannt hat und sie jeder kannte, und ihre Arbeit. Der Kontakt zum Sohn und dessen Familie entwickelt sich nicht so, wie sie es erhoffte. Die –unausgesprochene- Hoffnung, mit in den Neubau des Sohnes ziehen zu können, erweist sich als trügerisch. Die Enttäuschung darüber spricht sie nicht an...

Kurz vor ihrem 70igsten Geburtstag verstirbt einer ihrer Brüder. Noch am Tag der Beerdigung muss sie miterleben, wie dessen Sohn sich ohne Rücksicht auf Verluste sein Erbe sichert. Dies erinnert sie an den Tod ihres Mannes und die Art und Weise, wie ihre Kinder und der Sohn aus der ersten Ehe ihres Mannes damals um das Erbe stritten. Auf dem Rückweg von der Beerdigung des Schwagers kommt sie an einem Spielcasino vorbei, welches ihr zuvor bereits aufgefallen war. Sie beschließt kurzerhand hineinzugehen...

Suchtanamnese

Erstmaliger Casinobesuch im 69. Lebensjahr. Frau W. beschreibt, dass sie das Casino bereits lange zuvor bemerkt hatte, aber bis dato noch nie hineingegangen sei. Frau W. findet rasch „Gefallen“ am Roulettespiel (angenehme Atmosphäre, nette Leute, die man bereits an der S-Bahn-Haltestelle trifft, und mit denen man ins Gespräch kommt). Aus anfänglichem Spaß und Abenteuer wird rasch chasing, d.h. Frau W. spielt, um vergangene Verluste wieder wett zu machen.

Maximaler Tagesgewinn 25.000 Euro in der Anfangszeit ihrer Kasinobesuche; sie sei aber so lange wieder hin gefahren, bis sie alles wieder verspielt habe. Nachdem die Patientin ca. 20.000 Euro verspielt hat und dies ihrem Sohn aufgefallen ist –was großen Ärger und Empörung auslöst („Du verspielst noch unser ganzes Erbe!“), lässt sie sich für Deutschland und Österreich sperren, um dann -nach zweijährigem Spielen im Casino- stantepepete mit dem AutomatenSpiel in Spielhallen zu beginnen, obwohl ihr die Umgebung dort zuwider ist (die Leute, der viele Zigarettenrauch „danach musste ich sofort unter die Dusche, weil ich so gestunken habe!“). Dabei verspielt sie nicht nur ihre Rente, sondern auch ihr gesamtes Barvermögen, sodass sie notwendige Reparaturen an ihrem Haus nicht mehr durchführen lassen kann. Sie beschreibt, wie sie bereits morgens nach dem Aufstehen ans Spielen gedacht habe, wie sie kaum noch schlafen konnte, wie die Automaten zunehmend ihr Denken und Fühlen beherrschten. Sie sucht dreimal eine SHG für Glücksspieler auf. Den Kontakt dorthin bricht sie wieder ab, da die Teilnehmer ihr zu jung sind. Sie vertraut sich ihrem Hausarzt an; dieser nimmt die Problematik der Patientin nicht ernst bzw. kann damit nichts anfangen („hören sie doch einfach auf zu Spielen!...“). Sie spielt excessiv manchmal von morgens 10 Uhr bis nachmittags 16 Uhr „an diesen blöden Automaten“, muss auf ihre geliebten und gewohnten Urlaubsreisen verzichten, vernachlässigt sich und ihre Gesundheit: „Es war ganz schlimm für mich; ich habe alles vernachlässigt, sogar zu meiner Koronarsportgruppe bin ich nicht mehr gegangen!“. Sie berichtet, wie sie mit ihrer EC-Karte sich direkt in der Spielhalle mit frischem Geld versorgte. Als ihr Sohn davon erfährt, bricht er den Kontakt zu ihr weitest gehend ab, und die Enkelkinder dürfen nicht mehr die Oma besuchen. Die eigentlich kontaktfreudige und kontaktfähige Patientin vernachlässigt ihr verbliebenes soziales Umfeld. Voller Wut und Ekel über ihr Verhalten schildert sie, wie sie sich zunehmend von ihrem Umgebung abschottete und immer neue Ausreden und Lügen erfinden musste. Letztendlich wendet sich Frau W. in ihrer Not an eine Suchtberatungsstelle (den Hinweis dazu bekommt sie von ihrer Tochter, die ihr auch die Adresse und die Telefonnummer vermittelt), nimmt dorthin Kontakt auf, und erlebt zum ersten Mal während ihres Suchtgeschehens, dass ihr jemand zuhört und sie in ihrem Leiden ernst nimmt und versteht. Da sie es trotz ambulanter Unterstützung nicht schafft, abstinent zu bleiben, wird ihr geraten, eine stationäre Therapie in einer Suchtklinik zu absolvieren. Die Vermittlung gestaltet sich nicht leicht; der Antrag zur stationären Therapie wird zunächst von der Krankenkasse abgelehnt, nur der Hartnäckigkeit und der Kompetenz des Beraters ist es zu verdanken, dass eine stationäre Therapie mit ausreichender Therapiezeit bewilligt wird (eine Kostenzusage für 12 Wochen).

Umgang mit und Bedeutung von Geld

„Wir sind in ärmlichen Verhältnissen aufgewachsen, hatten aber eine glückliche Kindheit und Jugend“. Der Vater legt Wert darauf, dass alle Kinder eine gute Ausbildung absolvieren (auch die Mädchen). Er vermittelt der Patientin die

Einstellung, dass es wichtig sei, sein eigenes Geld zu verdienen. So ist es für sie selbstverständlich, nach der Geburt des ersten Kindes nach 6 Wochen und Kindbettfieber wieder zur Arbeit zu gehen, und so verteidigt sie ihre Arbeit auch gegen ihren zweiten Mann, der sie dazu drängt, ihre Berufstätigkeit auf zu geben „Ich habe immer mein eigenes Geld verdient, konnte immer mit Geld umgehen.“

Ihren eigenen Kindern gegenüber zeigt sie sich finanziell immer großzügig („haben immer von mir bekommen und genommen...“). Ihre Art den Kindern Liebe zu zeigen und ein schlechtes Gewissen wegen ihrer Berufstätigkeit zu kompensieren? Sie beschreibt, wie sie ihrer Tochter zum 40igsten Lebensjahr eine besonders schöne Glückwunschkarte gestaltet; diese jedoch die Karte mit keinem Blickes würdigte und nur das Geburtstagsgeld (500 Euro) heraus nimmt.... Die Karte habe sie heute noch, das habe sie ihrer Tochter bis heute nicht vergessen. Gespielt habe sie nicht, weil sie mehr Geld für sich gebraucht habe, sondern nur, um ihren Kindern und Enkelkindern mehr Geld geben zu können...

Als schwierig beschreibt sie, dass ihr Lieblingssohn ihre Steuer macht („so bekommt er immer alles mit. Hat wohl Angst um sein Erbe!“). Der Sohn wird als überkorrekt, starr und konservativ beschrieben. Die Hausverwaltung, Kontakte zu Handwerkern tätigt Frau W. seid vielen Jahren eigenständig, und dies scheint der Patientin auch Spaß zu machen. So beschäftigt sie sich bereits während ihrer Behandlung gedanklich mit den nächsten notwendigen Reparaturen („4 Boiler müssen ersetzt werden!“) und mit deren möglicher Finanzierung („da kann ich meinen Überziehungskredit nutzen; ich bin in drei Monaten wieder schuldenfrei...“).

Die Überprüfung ihrer finanziellen Situation sowie die Aufstellung eines Haushaltsplanes beim klinikinternen Sozialdienst ergibt keinen Bedarf der Unterstützung bei einer eventuellen Schuldenregulierung.

Glücksspielerleben

„So einfach komme ich an Geld...Glücksgefühle. Schicke Umgebung. Ich war nicht alleine...“. So beschreibt Frau W. ihre ersten Erlebnisse in einer Spielbank. In der Spielothek fühlte sie sich überwiegend schlecht, steckte voller Selbsthass, vergisst ihre Gefühle jedoch sofort vor dem Spielautomaten. Schaltet ab, ist in einer anderen Welt, vergisst ihre Sorgen, ihre Einsamkeit und ihren Ärger.

Therapieverlauf

Erstgespräch: Frau W. , 74 Jahre alt, kommt zu ihrer ersten stationären Therapie auf dem Hintergrund einer pathologischen Glücksspielsucht in die Klinik. Mir gegenüber sitzt eine ältere Frau von altersgemäßem äußeren Erscheinungsbild: gepflegt, leicht übergewichtig, kurze, braun gefärbte Haare.

Die Patientin wirkt verzweifelt, voll spürbarer Not. Deutlich wird eine immense Scham- und Schuldproblematik:“ Das ich jetzt hier bin, und das in meinem

Alter...Man hat sich früher immer auf mich verlassen können, und jetzt...“ Sie wirkt krankheitseinsichtig – „so konnte das nicht mehr weiter gehen“, ist themapremotiviert, hat jedoch keine Vorstellung von dem Krankheitsbild des Glücksspielers und von stationärer Gruppentherapie. Das letzte Glücksspiel liegt fünf Tage zurück. Sie wünscht sich ein Einzelzimmer („bin es nicht gewohnt, mit jemandem anderen das Zimmer zu teilen, und ich schnarche. Es ist schlimm für mich hier; ich bin böse auf mich.“). Die Eingewöhnung in die Klinik gelingt auf dem Hintergrund der altershomogen zusammengesetzten +55-Gruppe gut. Entgegen ihren Befürchtungen kommt sie mit ihrer Zimmerkollegin gut aus, was ihr den Aufenthalt in der Klinik deutlich erleichtert. Nach anfänglicher Zurückhaltung beteiligt sie sich mit Kommentaren am Gruppengespräch. Sie vermag offen über das Ausmaß ihrer Suchterkrankung zu berichten, hält sich jedoch bezüglich ihrer familiären Problematik, insbesondere dem schwierigen Verhältnis zu ihren Kindern, bedeckt. Der Kontakt zu ihren Mitpatienten (sie ist mit ihren 74 Jahren die älteste Spielerin; die Mitpatienten in ihrer Bezugsgruppe sind im Alter zwischen 60 und 70 Jahren) tut ihr spürbar gut. Ihre verloren gegangene Kontakt- und Beziehungsfähigkeit kehrt langsam zurück; Frau W. gewinnt Freude daran, mit anderen in Kontakt zu treten und gemeinsam etwas in der nahe gelegenen Altstadt zu unternehmen.

Im Einzelgespräch wird ihre Wut und ihr Ärger auf ihre Kinder deutlich und zum Thema („die haben von mir immer alles bekommen! Noch vor 4 Jahren kam die Schwiegertochter mit ihrer neuen Küche, die hat 30.000 Euro gekostet, die habe ich ihr gegeben, und jetzt reden die nicht mehr mit mir, und ich kann mir nicht einmal mehr einen Urlaub leisten!“). Frau W. kann darin bestärkt werden, zukünftig ihr Geld für ihre eigenen Wünsche und Bedürfnisse einzusetzen und nicht für die ihrer Kinder („ich möchte wieder der Chef sein!“). Sie berichtet weiter, wie der Sohn ihres 2ten Ehemannes ihr das Wohnrecht im Haus ausredete („das war 300.000 Euro wert...“). Sie rechnet schon aus, wann sie den Überziehungskredit abbezahlt haben wird (4000 Euro in 4 Monaten). Es wird deutlich, welche Bedeutung das Thema Geld im Leben der Patientin einnimmt.

Im Rahmen eines weiteren Einzelgesprächs berichtet Frau W. stolz, dass sie es endlich geschafft habe, so wie es ihr Behandler geraten habe, ihrer langjährigen alten Freundin aus den Kindertagen reinen Wein einzuschenken bezüglich ihres „Kuraufenthaltes“ (Frau W. hatte in ihrem verbliebenen sozialen Umfeld verheimlicht, dass sie sich wegen ihrer Glücksspielsucht in stationäre Behandlung begibt). Die Freundin hatte bei ihrer Schwiegertochter angerufen und sich nach ihr erkundigt. Die Schwiegertochter wusste nicht, wie sie sich verhalten sollte. Frau W. bekräftigt, dass sie sich nunmehr vorgenommen habe, nicht mehr zu lügen, und teilt der Schwiegertochter mit, dass auch sie nicht – nicht mehr- für sie lügen solle. Die Freundin habe am Telefon sehr verständnisvoll reagiert, signalisierte ihr ihre volle Unterstützung, aber auch Ärger darüber, dass sie nicht schon längst ihr reinen Wein eingeschenkt habe bezüglich ihrer Problematik. Nicht verstehen kann diese jedoch, wie ihre

Freundin vom Glücksspiel abhängig werden konnte. Nach dem verdienten Lob und der Anerkennung dafür, dass sie es geschafft hat, diese riesige Hürde zu überwinden und der Freundin reinen Wein einzuschenken, folgt ein Gespräch über die Bedeutung von Freundschaft und der Notwendigkeit, diese zeitlebens zu pflegen.

Geldmanagement

Zu Therapiebeginn wird mit Frau W. vereinbart, dass sie maximal 50 Euro in der Woche von ihrem Geld zur freien Verfügung hat. Darüber hinaus gehende Ausgaben müssen mit dem Behandler abgesprochen werden. Gemeinsam wird geschaut, ab welcher Menge Bargeld das Geld im Geldbeutel „brennt“ und ob sie durch das Bargeld, welches sie beim Ausgang in die nahe gelegene Altstadt evt. bei sich trägt, rückfallgefährdet ist. Die ec-Karte gibt die Patientin zu Beginn der Behandlung ab, kann sich diese jedoch nach Rücksprache mit dem Therapeuten für notwendige Bankgeschäfte wieder abholen. Diese darf sie jedoch nur in Begleitung tätigen.

Im Gespräch mit dem klinikeigenen Sozialdienst legt Frau W. ihre finanzielle Situation offen. Dabei zeigt es sich, dass Frau W. keine weitere Unterstützung bezüglich der Regelung ihrer finanziellen Verhältnisse benötigt. Eine mögliche finanzielle Betreuung lehnt die Patientin ab. Wie alle glücksspielabhängigen Patienten im Haus führt Frau W. für 2 Wochen ein Haushaltsbuch, in dem sie ihre Einnahmen und Ausgaben notiert. Weiterhin besucht sie die indikative Gruppe Geldmanagement, um ihren Umgang mit dem Suchtmittel zu reflektieren und weitere Beratung zu erfahren.

Beschäftigungstherapie

Im Rahmen der Beschäftigungstherapie beginnt Frau W. mit der Seidenmalerei. In ihrer Freizeit strickt sie viel für ihre Enkelkinder („habe ich schon seit Jahren nicht mehr gemacht!“). Gemeinsam mit zwei anderen Damen „gründet“ sie einen Strickclub; die drei treffen sich abends oft in der Cafeteria zum Stricken und „ratschen“. Im Freizeittraining besucht sie die örtliche Bücherei, geht mit ihrer Gruppe zum Seniorentanz, besichtigt das Tierheim und das Mehrgenerationenhaus, wo sie den Wunsch äußert, Plätzchen zu backen. Sie lernt das Nordic Walking kennen und schätzen und stärkt durch viele Spaziergänge ihre körperliche Fitness.

Familienseminar

Zum Familienseminar möchte Frau W. anfänglich niemanden einladen („möchte ich meinen Kindern nicht zumuten die lange Fahrt! Außerdem sind sie berufstätig und können sich nicht frei nehmen!“). Es bedarf viel Überzeugungsarbeit, bis Fr. W. sich bereit erklärt, ihre beiden Kinder als ihre nächsten Angehörigen zum Seminar einzuladen. Diese sagen jedoch ihre Teilnahme an der 2-tägigen Veranstaltung der Klinik ab, was die Patientin

zugleich enttäuscht und erleichtert. Auch ohne eigenen Besuch nimmt die Patientin an den Veranstaltungen zum Familienseminar teil (Vorträge, Gruppensitzungen in der Bezugsgruppe mit den Angehörigen ihrer Mitpatienten.). Sie erlebt dadurch die schwer schädigenden Auswirkungen der Suchterkrankung auf das familiäre Beziehungsgefüge, was sie auf ihre Situation zu übertragen vermag und was sie sehr betroffen macht. Dies stärkt ihre Therapiemotivation und ihren Willen zur Abstinenz und zeigt ihr, dass nach Therapieende noch viel Beziehungsarbeit auf sie wartet.

Abschlußgespräch

Zum Therapieende äußert sich Frau W. froh darüber, den Schritt in die stationäre Therapie gewagt zu haben. Sie sei jetzt auch ein bisschen Stolz auf sich. Es sei so toll, endlich nicht mehr Lügen zu müssen, endlich wieder offen sein zu können. Und es sei so ein tolles Gefühl gewesen, nach einigen Wochen Therapiezeit endlich wieder etwas Geld übrig gehabt zu haben, um z.B. im Kurpark mit anderen aus der Gruppe sich einen Kaffee und Kuchen leisten zu können. Sie habe sich vorgenommen, mehr an sich zu denken, wolle nie wieder ein Casino oder eine Spielothek betreten. Ihren Kindern wolle sie jetzt kein Geld mehr geben. Zu Hause wolle sie wieder regelmäßig ihre Koronarsportgruppe besuchen und das Nordic Walking fortführen. Mit ihrer Freundin habe sie den nächsten Urlaub geplant und ein Treffen mit ihrer Schwester im Neuen Jahr. Und verschmitzt äußert sie noch: „Jetzt mag ich aber auch noch ein paar Jährchen leben, wenn der da oben mitmacht!“. Vereinbarung -und beantragt- wird mit der Patientin die Fortsetzung der stationären Therapie in Form einer ambulanten Weiterbehandlung an der vermittelnden Suchtberatungsstelle, und ihr wird dringend geraten, sich dauerhaft einer Selbsthilfegruppe für Suchtkranke anzuschließen.

Rehabilitationsergebnis

Zum Therapieende sehen wir eine psychisch wie physisch deutlich gestärkte Patientin. Frau W. hat sich im Laufe der stationären Therapie ihr verloren gegangenes Selbstwertgefühl und ihre Eigenständigkeit zurück erarbeiten können. Ihr Blick geht wieder nach vorne, übermächtige Scham- und Schuldgefühle haben deutlich abgenommen.

Zusammenfassung

So wie jeder Krankheitsverlauf individuell ist (es gibt nicht den alten Glücksspieler oder die alte Alkoholikerin), so lassen sich wie im oben aufgeführten Fallbeispiel aufgezeigt doch typische Merkmale der Suchterkrankung im Alter finden, die in der stationären Therapie zum Thema werden können. Frau W. hat in ihrem Leben viel geleistet, beruflich wie familiär. Diese Lebensleistung gilt es als Therapeut in der Therapie zu respektieren und zu würdigen. Dies stärkt das zuletzt durch die Suchterkrankung stark angegriffene Selbstwertgefühl. Oftmals haben unsere Patienten zu wenig

Anerkennung und Lob im Leben erfahren. Die Berufstätigkeit hat zumeist einen hohen Stellenwert im Leben der Nachkriegsgeneration eingenommen. Durch die Arbeitsleistung sowohl im Beruf wie auch im Haushalt konnten negative Erlebnisse der Kriegs- und Nachkriegszeit kompensiert bzw. im positiven Sinne verdrängt werden (Radebold 2010). Den Wegfall dieser Halt gebenden und Sinn stiftenden Struktur zu verkraften, sich neuen Aufgaben zuzuwenden und den entstandenen Freiraum auszufüllen stellt eine hohe Anforderung für jeden Menschen dar. Wer sich zu spät mit dieser Thematik auseinandersetzt, kann darüber (sucht)krank werden, Ängste bezüglich dem Älter werden und der eigenen Endlichkeit entwickeln (Schmidbauer 2007). In der +55-Gruppe lassen sich diese Themen leichter ansprechen.

In der Therapie mit älteren Menschen kann ressourcenorientiert gearbeitet werden. Unsere älteren Patienten bringen viele Fähigkeiten mit, welche im Laufe der Jahre auch unter dem Eindruck der Suchterkrankung verkümmert sind. Diese Fähigkeiten gilt es im stationären Setting zu mobilisieren und zu nutzen.

Im Alter nehmen Verlusterfahrungen zu. Häufig erleben wir in der stationären Therapie den –nicht verarbeiteten- Schmerz über den Verlust der Partners und die daraus resultierende Einsamkeit, die der Klient nicht in der Lage war zu durchbrechen. Insbesondere die älteren Frauen isolieren und vernachlässigen sich über teils jahrelange aufopferungsvolle Pflege von Angehörigen. Manche verschaffen sich vorübergehende Entspannung über den Konsum von Suchtmitteln oder suchen zu diesem Zweck eine Spielhalle auf, um wenigstens so einmal die Wohnung verlassen und abschalten zu können. Manche entwickeln so eine Abhängigkeit von Suchtmitteln. In der alters homogen zusammengesetzten Gruppe treffen ältere Menschen aufeinander, die vielfältige Erfahrungen miteinander teilen – oft auch die Erfahrung vom Verlust eines lieben Mitmenschen. Dies macht es einfacher, über diese leidvolle Erfahrung zu sprechen und sich so ein Stück weit Erleichterung zu verschaffen– nicht umsonst lautet das Sprichwort: Geteiltes Leid ist halbes Leid.

Wie so viele unserer älteren Klienten hat es unsere Patientin nicht gelernt, über ihre Probleme und Sorgen zu sprechen und sich rechtzeitig Hilfe und Unterstützung in schwierigen Lebensphasen zu holen. Viele ältere Menschen kämen und kommen nicht auf die Idee, sich in eine psychotherapeutische Behandlung zu begeben. Hier gilt es noch viele Vorurteile zu bekämpfen: sowohl bei den betroffenen älteren Suchtkranken, die sich nicht vorstellen können, dass Psychotherapie im Krankheitsfall hilfreich sein kann, wie auch bei vielen Fachkollegen, die sich nicht vorstellen können, ältere Menschen psychotherapeutisch zu betreuen. Frau W. konnte lange Jahre nicht über ihre Suchterkrankung reden. Wem sollte sie sich anvertrauen? Mit den erwachsenen Kindern über die eigenen Probleme sprechen? „...die wollte ich nicht noch mit meinen eigenen Problemen belasten; die haben doch genug eigene Sorgen!“ Hinzu kommt noch, dass Väter wie Mütter es ein Leben lang gewohnt sind, sich um die eigenen Kinder zu kümmern, für diese da zu sein und ihnen auf ihrem

Weg ins Leben bei zu stehen. Eine Umkehrung dieses Rollenschemas, selber der Hilfsbedürftige zu sein, Schwäche einzugestehen und Hilfe von den eigenen Kindern anzunehmen fällt da nicht leicht.

Zum Abschluss sei noch auf Untersuchungen hingewiesen, die einen Zusammenhang zwischen der Einnahme bestimmter Parkinsonmedikamente (Dopamin-Ersatzstoffe) und excessivem Glücksspiel aufzeigen (Krankenkassen Ratgeber 2006). Diese Medikamente sind –noch- kaum zu ersetzen bei der Behandlung der Parkinsonkrankheit, einer Krankheit, die vor allem Ältere betrifft. Dopaminerge Medikamente werden jedoch auch bei anderen Erkrankungen eingesetzt, so z.B. zur Behandlung der restless legs Symptomatik. Bei einem vermuteten Zusammenhang zwischen der Entstehung der pathologischen Glücksspielerkrankung und der Einnahme von dopaminhaltigen Substanzen sollte im Zweifelsfall mit dem behandelnden Fachkollegen überlegt werden, ob der Klient medikamentös umgestellt werden kann bzw. sollte.

Jean-Christoph Schwager, Sozialtherapeut, Leiter des Konzeptes Sucht im Alter der Median Klinik Wigbertshöhe.

Der Autor ist Gruppentherapeut einer „+55“ Gruppe für ältere suchtkranke PatientInnen und arbeitet seit 29 Jahren im stationären Bereich mit Suchtkranken.

Kontakt:

Median Klinik Wigbertshöhe
Am Hainberg 10-12
36251 Bad Hersfeld

Tel.: 06621/18522

Fax: 06621/18585

Mail: Jean-Christoph.Schwager@median-kliniken.de

Home: www.median-kliniken.de

Arenz C. (2003) Glücksspiel im Alter. Suchtmagazin Jg. 29(2003) Nr. 4: 35-37

Median Klinik Wigbertshöhe (2010) Qualitätsbericht der Median Klinik Wigbertshöhe für das Jahr 2009.

Bundesministerium für Gesundheit (2020) Glücksspielverhalten und Glücksspielsucht in Deutschland. BzGA-Forschungsbereich 2020

Dilling H., Mombour W., Schmidt, M.H. (2010) Internationale Klassifikation psychischer Störungen. Bern (Huber)

DHS (2006) Substanzbezogene Störungen im Alter. DHS-Info. Hamm.

Füchtenschnieder-Petry I, Petry J (2010) Game Over. Freiburg (Lambertus).

Hautzinger M (2000) Depression im Alter. Weinheim (Beltz).

Grimmelshausen, H. (2009) Der abenteuerliche Simplicissimus. Eichborn (Frankfurt).

Krankenkassen Ratgeber v.27.8.2006; Stichwort: Therapie kann Glücksspielsucht hervorrufen

Missel P, Zobel M (2007) Ergebnisqualität der stationären Behandlung Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit; eine altersspezifische Analyse. In: Sucht aktuell 14(2): 26-30.

Musalek M. Alter(n) und Sucht In: Geriatrie Praxis 06/2008.

Radebold H (2010) Abwesende Väter und Kriegskindheit. Alte Verletzungen bewältigen. Stuttgart (Klett-Cotta).

Schmidbauer W (2001) Altern ohne Angst. Reinbek (Rowohlt).

Schmidbauer W (2007) Lebensgefühl Angst. Reinbek (Rowohlt).

Schwager J. (2011) Ja, das möchte ich noch erleben. Pia 2/8 JG 2011: 237-245

Schwager, J.-Ch (2013) Die Behandlung von älteren Glücksspielern. In: Petry, Jörg(Hg) Differentielle Behandlungsstrategien bei pathologischem Glücksspielen, Freiburg (Lambertus-Verlag), S. 49-61.

Das Recht zur weiteren Verwendung bleibt beim Autor.