



AHG Klinik Wigbertshöhe



Band I

Alter und Sucht

Materialien zum Thema

zusammengestellt von:

Dr. phil. Michael Ellwardt
(Gruppentherapeut)

S C H R I F T E N R E I H E



Inhaltsverzeichnis

Vorwort	Seite 3
Suchtkrankheiten im Alter	Seite 4
Eine Figur aus einem Märchen	Seite 13
Einige Aspekte der Arbeit mit Abhängigkeitserkrankungen im Alter	Seite 16
Lebensperspektive – was alles geht!	Seite 19
Sucht im Alter oder „Gönn dem Opa doch sein Schnäpschen“	Seite 28
Sucht macht nicht vor dem Alter halt	Seite 31
Glücksspielsucht im Alter	Seite 32
Sucht im Alter	Seite 38

Vorwort

Die AHG Klinik Wigbertshöhe möchte Ihnen mit ihrer neuen Schriftenreihe Einblick in ihre konkrete therapeutische Arbeit geben.

Wir beginnen die Schriftenreihe mit unserem Spezialkonzept „Plus 50“ und dem Thema „Alter und Sucht“. In unregelmäßigen Abständen werden weitere Broschüren erscheinen. Als Nächstes ist eine Broschüre über unser Spezialkonzept „Glücksspielsucht“ geplant.

Bei allen Beiträgen der Broschüre „Sucht im Alter“ ist zu berücksichtigen, dass sie aus verschiedenen Zeitabschnitten der über 10-jährigen Behandlung von älteren suchtmittelabhängigen Patienten stammen. Es handelt sich um veröffentlichte und unveröffentlichte Beiträge.

Die Beiträge erheben keinen wissenschaftlichen Anspruch, sondern orientieren sich an den Erfahrungen der therapeutischen Arbeit mit unseren suchtmittelabhängigen Patienten. Wir möchten dem interessierten Leser die Möglichkeit bieten, unsere Arbeit kennen zu lernen, sich mit ihr kritisch auseinander zu setzen, und aus unseren Erfahrungen zu lernen. Für Fragen, Kritik und Anregungen sind wir jeder Zeit offen.

Die Thematik, die in den Heften angesprochen wird, kann auch in Form von Referaten auf Tagungen, Seminaren etc. weiter vermittelt werden.

Wir hoffen, dass die Schriftenreihe eine Möglichkeit bietet, mit Ihnen ins Gespräch zu kommen und die Broschüre für ihre Arbeit einige Anregungen enthält.

Eine informative und erkenntnisreiche Lektüre wünschen Ihnen



Dr. Heike Hinz
(Chefärztin)



Jean –Christoph Schwager
(Gruppentherapeut)



Dr. phil. Michael Ellwardt
(Gruppentherapeut)

Mit einem Vortrag von Frau Dr. Hinz wurde das Spezialkonzept „Plus 50“ 1998 gestartet:

Suchtkrankheiten im Alter

Dr. Heike Hinz

(Vortrag zum Beratungsstellentreffen in der Fachklinik Wigbertshöhe in Bad Hersfeld am 26. 5.1999)

Ältere an einer Sucht erkrankte Menschen geraten erst seit kurzer Zeit in unser aller Blickfeld. Bisher waren ältere Abhängige, v.a. die über 60-jährigen, eher selten in Suchtklinken zu finden.

Warum?

>> These 1: Die Behandlung von älteren Suchtkranken wird nicht für sinnvoll oder notwendig gehalten.

Immer wieder höre ich Aussagen wie die folgenden:

- „Es lohnt sich doch nicht mehr, das Leben für die verbliebene Zeit durcheinanderzuwerfen.“
- „Der Mensch wird vermutlich nicht mehr in der Lage sein, sein Leben zu verändern.“
- „Es ist besser, er/sie geht in Rente, eine Umstellung auf die neue Zeit im Arbeitsprozess ist doch nicht zu erwarten.“
- „Lassen wir ihm/ihr doch ein paar schöne Jahre und verlangen wir nicht die Kargheit der Suchtmittelfreiheit. Es ist doch so bisher ganz gut gelaufen, das wird auch weitergehen.“

Angesichts meiner Erfahrung mit älteren abhängigen Frauen und Männern erschrecke ich heute, wenn ich das höre. Allerdings kann ich mich noch gut an Zeiten erinnern, wo auch wir uns gefragt haben, ob die Behandlung von Menschen in fortgeschrittenem Alter Sinn macht, bzw. mit unserem Konzept leistbar ist.

Ältere Menschen benötigen natürlich einen modifizierten Behandlungsansatz in der Aufarbeitung ihrer Erkrankung. Das gilt für unseren Bereich genauso wie in der allgemeinen Psychotherapie, die in den letzten Jahren, angesichts steigender Lebenserwartung und veränderter gesellschaftlicher Verhältnisse, immer mehr mit älteren und alten Menschen und ihren besonderen Problemen zu tun hat.

Übrigens ist die allgemeine psychotherapeutische Behandlung älterer Menschen heute ebenso erfolgreich, wie wir es in der Suchtkrankenhilfe sind, dank immer individueller auf den einzelnen ausgerichteten Therapieinhalten und -zielen. Von der Individualisie-

rung der Behandlungen profitieren alle Spezialgruppen, eben auch die älteren Menschen.

>> These 2: Suchtmittelabhängigkeit tritt im Alter gar nicht mehr auf, da Menschen mit einer Suchterkrankung früh versterben.“

Ältere Suchtkranke sind im Gegensatz zu den jungen sozial sehr viel besser integriert, kaschieren ihre Erkrankung besser, sind unauffälliger und werden deswegen in ihrer Krankheit häufig übersehen.

Das immer noch in der Gesellschaft herumgeistern-de Bild des Alkoholikers als eines unter der Brücke liegenden verwahrlosten Säufers trägt mit zu diesem Vorurteil bei. Die vielen Millionen unauffälligen Menschen, die die wesentliche Gruppe der Alkoholkranken in unserer Gesellschaft ausmachen, gehen dabei unter.

Wenn sie denn nicht stören, warum sollten sie behandelt werden?

Es sind Menschen,

- deren Lebensqualität durch die Suchterkrankung niedriger als nötig ist,
- deren körperliche Gesundheit und Leistungsfähigkeit sich erheblich schneller vermindert, als nötig wäre,
- deren Integration ins soziale Leben und in die soziale Gemeinschaft schlechter ist, als nötig wäre,
- die isoliert und vereinsamt, traurig oder gedämpft im Alter alleine zu Hause vor dem Fernsehapparat sitzen.

Wir wissen heute, dass es Suchterkrankungen im Alter sehr wohl gibt und dass ältere suchtkranke Menschen mit gutem Ergebnis behandelt werden können.

Ich möchte die Gruppe der älteren Suchtkranken in drei verschiedene Untergruppen unterteilen:

1. Die sog. „early-onset“-Gruppe

Zu dieser Gruppe zählen die altgewordenen Abhängigen, die nur selten extreme Mengen konsumieren aber z.B. einen Daueralkoholspiegel halten und unter diesem Spiegel scheinbar normal und unauffällig leben.

Die zu beobachtende Multimorbidität dieser Menschen (Herz-Kreislaufkrankungen, Zuckerkrankheit, Magenerkrankungen, Leberschäden, neurologische Störungen bis hin zu hirnorganischen Veränderungen mit Verlust der intellektuellen und emotionalen Fähigkeiten) wird anderen Ursachen zugeordnet und so behandelt. Die Hausärzte aber auch die Krankenhäu-

ser behandeln ihre Erkrankungen symptomatisch und damit letztendlich nicht erfolgreich. Die Angehörigen haben sich an den dauerhaften Suchtstoffkonsum gewöhnt und sind meist nicht bereit oder in der Lage zu intervenieren. Vielmehr empfinden sie den Alkohol- oder Medikamentenkonsum nicht als Problem und streben eine Änderung nicht an.

PatientInnen dieser Gruppe kommen meist erst in unsere Behandlung, wenn die körperlichen Beschwerden extrem werden und ein Haus- oder Krankenhausarzt deutlich den Zusammenhang mit dem Alkoholkonsum herstellt, wenn die hirnorganischen Veränderungen ein Zusammenleben unerträglich machen oder (wenn es den noch gibt) ein Arbeitgeber eingreift.

Beispiel: Ich erinnere mich an einen Mann, der seit vielen Jahren Alkohol trank, multimorbide an verschiedenen Krankheiten litt. Dazu gehörten neben Rückenbeschwerden ein Leberschaden und eine mit Sicherheit toxisch bedingte Zuckerkrankheit. Der Mann trank im Laufe des Vormittags während einer geringfügigen Beschäftigung regelmäßig seinen 6-er-Pack Bier und am Nachmittag noch einmal 4 - 5 Fl. Bier, die ihm von seiner Frau zugeteilt wurden, zu Hause.

Die Diabetes-Erkrankung verschlechterte sich darunter zusehends, auch wenn er dem Rat des Arztes entsprechend auf Zucker verzichtete, bei Feiern keinen Nachtisch und keinen Kuchen außer Diabetiker-Kekschen aß, auch Schokolade mied. Von seinem Hausarzt wegen einer erheblichen Verschlechterung der Zuckerwerte darauf hingewiesen, „jetzt mal das Bier stehen zu lassen“, tat er dies und nahm sich zu seiner Arbeit eine Kanne Tee und eine Flasche Rum mit.

Dies führte dazu, dass der Alkoholkonsum aus dem scheinbar kontrollierten zu einem exzessiven wurde. Als die Thermoskanne Tee leer war, trank er den Rum weiter pur. Als auch die Flasche leer war, wurde er erstmalig torkelnd von den Kollegen beobachtet und von der erschreckten Ehefrau, die ihn regelmäßig von der Arbeit abholte, zurechtgewiesen. Er kehrte dann relativ rasch zum Bierkonsum zurück.

Leider war wegen der zunehmenden Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, die sich im Laufe des Vormittags verstärkten, der Arbeitsplatz nicht zu halten. Immer wieder gab es Streit, weil er sich schon am nächsten Tag an das, was am Vortag mittags um 12 besprochen war, nicht mehr erinnern konnte.

2. Die „late-onset“-Gruppe

Die zweite Gruppe, die ich erwähnen möchte, sind PatientInnen, die erst im fortgeschrittenen Alter exzessiv und missbräuchlich Alkohol konsumieren und schließlich abhängig werden. Im Gegensatz zu den PatientInnen der ersten Gruppe erhalten diese

PatientInnen Unterstützung für eine Lebensveränderung von ihren Kindern und Partnern. Eine unserer Erwartungen an das Alter ist, dass die Umstellungsfähigkeit nachlasse und man von älteren Menschen keine Veränderungen mehr erwarten könne. Dagegen spricht, dass wir alle eine ganz erhebliche Umstellung mit einem Identitätswechsel im Alter bewältigen und ertragen müssen: Bei berufstätigen Menschen bedeutet die Verrentung nicht nur einen Verlust der Tagesstruktur, der berufsgebundenen Identität, sondern häufig auch einen Verlust der berufsbedingten Kontakte und Freundschaften. Für Frauen, die ihre Kinder erzogen haben und die heute in der Regel nicht mehr ihre Enkelkinder großziehen, bedeutet der Auszug der Kinder aus dem Haus ebenfalls einen Verlust ihrer bis dahin aufreibenden und zeitraubenden, aber auch identitätsstiftenden Tätigkeit.

Die inhaltsleeren Tage müssen gefüllt werden. Der Mensch muss sich im fortgeschrittenen Alter in der Regel zwischen 55 und 65 neue Lebensaufgaben und einen neuen Lebensinhalt suchen. Dies gelingt nicht immer und unerträgliche Gefühle von Nutzlosigkeit, Leere und Einsamkeit können dann erfolgreich mit Alkohol, Medikamenten oder auch dem Glücksspiel gefüllt werden. Man ist (bzw. fühlt sich) so nicht mehr allein.

Die entstehende Abhängigkeit führt allerdings in einem weiteren Schritt zu Schwierigkeiten in den sozialen Kontakten, und über diesen Verlauf glücklicherweise dazu, dass die Angehörigen, nicht gewöhnt an den Suchtmittelgebrauch des Vaters oder der Mutter, intervenieren und eine Behandlung initiieren.

Beispiele: Ich erinnere mich an einen Mann Ende 60, dessen erwachsene Tochter ihm die Enkelkinder nicht mehr geben mochte, da sie fürchtete, daß er angetrunken die Verantwortung für die Kleinen nicht übernehmen könnte. Um den guten Kontakt zu seinen Enkeln und damit seine jetzige Lebensaufgabe nicht zu verlieren, trat er die Behandlung in unserer Klinik an und führte sie mit Erfolg durch.

Eine 72jährige Frau kam in die Klinik, weil sich ihre Kinder für die Mutter schämten. Im Vorgespräch schämte sie sich selber heftig für ihre Auffälligkeit und fürchtete die zusätzliche Stigmatisierung durch den Aufenthalt in einer Suchtklinik. Sie war ihr Leben lang bemüht gewesen, unauffällig und angepasst ihre Pflichten zu erfüllen und konnte sich nicht vorstellen, wozu eine fachklinische Behandlung für sie gut sein sollte. Wir konnten uns darauf einigen, dass es zunächst einmal wichtig wäre, aus ihrer beschämenden Situation herauszukommen und ihre „Würde“, die ihr immer wichtig gewesen war, wiederherzustellen.

Die Patientin begann daraufhin mit viel Engagement ihre Therapie, entwickelte im Kontakt mit den anderen PatientInnen ein hohes Maß an Lebensfreude,

wurde für ihre in langer Lebenserfahrung erworbenen Fähigkeiten geschätzt und konnte so für die Zeit nach der Entlassung Aktivitäten planen und vorbereiten, die ihr zunächst aufgrund ihrer körperlichen Beschwerden („die Knie und der Rücken machen nicht mehr mit“ sagte sie am Anfang ihrer Behandlung) nicht möglich erschienen waren. Überhaupt war es höchst erstaunlich, wie diese zunächst alte und gebrechliche Frau gesundete und sich verjüngte, bei Ausflügen vorneweg war und die anderen zu einer angemessenen Planung und Vorbereitung der Ostage animierte und anspornte. Der Erfolg, den sie dabei hatte, animierte im wahrsten Sinne des Wortes dann wieder sie.

3. Die Rückfälligen

Ich möchte eine dritte Gruppe von älteren suchtkranken Menschen nennen. Es sind die Menschen, die erfolgreich im Laufe ihres Lebens zur Abstinenz gefunden hatten und dann in der Phase der Identitätsumstellung im Alter, wenn sie sich ihrer Lebensaufgabe beraubt fühlen, wieder zum Suchtmittel greifen, weil es ihnen nicht gelingt, einen neuen Sinn in ihr Leben zu bringen. Diese PatientInnen haben selten einen Grund, sich noch einmal zu einer Behandlung zu entschließen.

Beispiel: Eine junge Frau Mitte 20, deren Vater vor etlichen Jahren im Alter von 56 Jahren auf Druck des Arbeitgebers erfolgreich eine Alkoholentwöhnungsbehandlung absolviert hatte, rief mich vor einiger Zeit an. Sie berichtete, dass er 7 Jahre trocken gewesen war und sie es genossen hatte, erstmals mit ihm wie mit einem Vater sprechen zu können, ihn nicht mehr verachten zu müssen, sondern vielmehr ihn achten und ehren zu können. In diesen Jahren erlebte sie viele für sie wichtige, schöne und haltgebende Stunden.

Umso erschreckter war sie, als ihr Vater nach Verlust des Arbeitsplatzes erneut zum Alkohol griff, und auch auf ihre Intervention hin nicht bereit war, sich noch einmal zu einer Therapie zu entschließen. Er behauptete, das Problem selber lösen zu können, deutlich war aber, dass er keinen Grund für die weitere Abstinenz fand. Die Ehe war auch in der Abstinenz schwierig geblieben, die Beziehung zur Tochter reichte dem Mann als Abstinenzgrund nicht aus.

In mehreren Gesprächen konnte ich mit der jungen Frau klären, dass es zwar schade und traurig war, dass ihr Vater nicht dauernd abstinent bleiben konnte, dass aber die Erfahrung, zumindest einige Jahre einen Vater gehabt zu haben, für sie ausgesprochen wertvoll waren. Sie konnte mit ihrem Vater trotz des erneuten Alkoholkonsums und der dadurch bedingten Persönlichkeitsänderung jetzt ohne Verachtung umgehen, was für ihr Selbstbild und ihre Erwartung an Männer ein wichtiges Erlebnis war.

Zu den spät Rückfälligen gehören aber auch die Menschen, die sich in der langen Abstinenz überfordern und nicht mehr ausreichend gut für sich sorgen (z.B. wenn sie in der Selbsthilfebewegung die „Alten“ und Erfahrenen sind, die man „immer fragen“ kann, die „alles wissen“, für andere „immer zur Verfügung“ stehen aber mit ihren eigenen Bedürfnissen und Nöten allein gelassen werden). Hier hat eine (erneute) stationäre Entwöhnungsbehandlung, in der sie die „Betreuten und Gefragten“ und nicht die Spezialisten sind, gute Aussicht auf Erfolg.

Worin unterscheidet sich eine Entwöhnungsbehandlung älterer Menschen von der unserer jüngeren PatientInnen?

Unsere älteren PatientInnen haben häufig ein erfülltes, erfolgreiches Leben gemeistert. Sie haben ihre Familie ernährt und versorgt, haben ohne oder trotz des Suchtstoffkonsums ihre Aufgaben im Leben erfüllt. Sie leiden in der Regel nicht unter einer schweren Persönlichkeitsstörung, sind selbstbewusst fordernd, erwarten Anerkennung für das Geleistete, auch wenn sie sich die selber im Moment der Aufnahme nicht geben können, und die Lebensleistung zum Aufnahmezeitpunkt nicht deutlich wird.

Ich möchte, um das Thema zu beleuchten, ein bisschen ausholen. Es gibt unterschiedliche Theorien über Suchterkrankungen.

Theorien aus dem pädagogischen Bereich

Diese gehen davon aus, dass z.B. Alkoholiker „haltlos, genussüchtig und charakterschwach“ seien. In der Anfangszeit der stationären Behandlung, als diese Meinung auch in dem professionellen Umgang mit Alkoholkranken noch geteilt wurde, wurde vor allen Dingen auf erzieherische Maßnahmen abgezielt.

Suchtkliniken haben bis heute noch einiges davon in den Konzepten.

Dazu gehört z.B.

- die Sexual- und Beziehungsfeindlichkeit von Suchtbehandlungen (das so genannte „Pairingverbot“, im Gegensatz zu der Förderung von Beziehungsaufnahme („Kurschatten“) in anderen rehabilitativen Behandlungen. Wobei ich nicht für ein freies und ungehemmtes sexuelles Miteinander der PatientInnen das Wort ergreifen möchte, sondern eher für einen differenzierten und angstfreien Umgang mit Beziehungen),
- die Erziehung zur Freiheit von jeglichen Genussmitteln (Kaffee, Schokolade),
- die Arbeitstherapie, wenn sie Arbeitserziehung für „faule und leistungsunwillige PatientInnen“

ist (und nicht Hilfe bei der Reintegration ins Arbeitsleben und zum Wiederentdecken eigener Fähigkeiten und Fertigkeiten und zur Steigerung des Selbstwerts).

Die Theorie der Sucht als Persönlichkeitsstörung

Eine zweite Theorie geht davon aus, dass es sich bei Suchterkrankungen immer um schwere Persönlichkeitsdefizite, so genannte Frühstörungen handelt, in denen eine Nachreifung von Ich-Funktionen im stationären Rahmen erreicht werden müsste. Dazu gehören rigide Überwachungs- und Ordnungsstrukturen im Konzept, die Therapeuten wissen sehr vieles besser und müssen sich mit ihrer Erfahrung durchsetzen. Für Menschen mit einer Persönlichkeitsstörung, die bei drogenabhängigen Menschen häufig ist und natürlich auch bei Alkoholkranken auftritt, ist dies notwendig und richtig für die Persönlichkeitsreifung.

Allerdings sind unsere älteren Suchtkranken meist Menschen mit einer reiferen Persönlichkeit und stabiler Lebenserfahrung, die über das von uns Therapeuten erlebte hinausgeht und nach Anerkennung verlangt.

Die Theorie der Persönlichkeitsstörung aufgrund des Suchtstoffkonsums

Nach meiner Erfahrung handelt es sich bei Menschen mit z.B. einer Alkoholkrankheit im höheren Alter häufig um Menschen, die in ihrer Primärpersönlichkeit mit einem hohen Bedürfnis nach sozialer Harmonie ausgestattet sind und einem eher strengen Gewissen, das einen hohen Perfektionsanspruch, vor allem an sie selber, stellt. Der Alkohol wird eingesetzt, um mal „fünfe Grade sein lassen“ zu können, sich erholen und ausruhen zu können, sowohl in Gesellschaft mit anderen Menschen als auch nach anstrengender beruflicher Tätigkeit, womöglich bei gleichzeitigem Eigenheimbau in Eigenleistung am Abend und am Wochenende.

Zunächst ist der Alkoholkonsum dabei etwas Gutes und Entlastendes, hat keine negative sondern nur positive Wirkung, weil andernfalls Entspannung gar nicht möglich wäre. Erst im Laufe der Zeit und der Jahre, wenn sich ein Suchtautomatismus entwickelt hat, kommt es zu einer Pervertierung der zunächst erleichternden Wirkung. Aus der Fähigkeit, mal „fünfe Grade sein“ zu lassen, wird Schlampigkeit, die Unfähigkeit, für sich und seine häusliche Umgebung zu sorgen, Nachlässigkeit im Beruf und in den Beziehungen, Impulsdurchbrüche, Hemmungslosigkeit und andere Ich-Funktions-Störungen, die sie kennen.

Dies ist aber nicht die primäre Persönlichkeitsstruktur sondern eine Folge der Suchterkrankung. Dass das so ist, ermöglicht uns, in der relativ kurzen stationären

Therapiezeit die bisweilen großartigen Fortschritte bei einer Persönlichkeitsveränderung zu erreichen. Bei Rückfälligkeit geht das Erreichte dann ebenso schnell wieder verloren.

Wir helfen unseren PatientInnen also dabei das, was sie an Persönlichkeitsreifung erreicht hatten, wieder zu erlangen. Dann erarbeiten wir mit ihnen, die Funktion, die der Suchtstoff für sie hatte, zu hinterfragen und andere Lösungen oder Haltungen zu finden für ein abstinent erträgliches, zufriedenes Leben. Manch größere Gelassenheit entspricht dem höheren Alter unserer PatientInnen. Diese Gelassenheit ist allerdings nicht am Anfang der Behandlung vorhanden, die Kränkbarkeit ist hoch, die Scham ist groß, ebenso wie das Schuldgefühl, wenn man sich erstmals mit dem auseinandersetzt, was durch die Suchterkrankung entstanden und geschehen ist. Hier bedarf es eines besonders vorsichtigen und sensiblen Umgangs von therapeutischer Seite.

Leider beobachten wir häufig vor allen Dingen bei Menschen der „early-onset“-Gruppe, dass durch den langjährigen Alkoholkonsum schwere körperliche Schäden, auch im hirnorganischen Bereich entstanden sind, so dass die Einschränkung der Hirnleistungsfähigkeit, die häufig nur zum Teil reversibel ist, eine erhebliche zusätzliche Beeinträchtigung bringt, die die Prognose deutlich verschlechtert und längere Therapiezeiten zur Stabilisierung einer abstinenten Lebensfähigkeit erfordert. Erstaunlich ist für mich, wie auch solche PatientInnen neue Wege finden können in ein abstinentes Leben. Immer wieder erlebe ich die Fähigkeit, die entstandenen Einschränkungen zu sehen und zu akzeptieren. Dies ist eine enorme und bewundernswerte persönliche Leistung.

Das therapeutische Setting

Wir haben in unserer Klinik zunächst unsere älteren PatientInnen zusammen mit den jüngeren behandelt, und, um die besonderen Bedürfnisse der älteren zu berücksichtigen (ich möchte nur die Notwendigkeit zur Resümeebildung, zum Einstellen auf die eigene Beschränktheit und Begrenztheit erwähnen), eine indikative Gruppe zweimal wöchentlich tagend, für unsere älteren PatientInnen installiert. Diese Gruppe brachte ausgesprochen großen Gewinn.

Da in der therapeutischen Gruppe die Kränkung der Älteren durch die Jüngeren, manchmal auch stärker persönlichkeitsgestörten PatientInnen (die jüngeren PatientInnen, v.a. die mit einer traumatisierenden Lebensgeschichte, tragen ihre Konflikte, die sie mit ihren Eltern haben, mit ihren älteren MitpatientInnen aus) für die Älteren schwer aushaltbar war, haben wir uns entschlossen, eine besondere Gruppe für die älteren PatientInnen zu eröffnen.

Das Gefühl von Gekränktwerden, Unverstandensein

und in der Besonderheit nicht akzeptiert zu werden der älteren Menschen, hat dadurch deutlich nachgelassen. Die Gruppe zeichnet sich durch ein besonders hohes Engagement aus, soziale Aktivitäten werden von dieser Gruppe initiiert und getragen. Die Gruppenmitglieder kümmern sich spontan und selbstverständlich um Neue und laden die Mitpatienten aus anderen Gruppen gerne in ihren Wohnraum als Gäste ein. Das höhere Persönlichkeitspotential wird hier deutlich.

Durch die Fähigkeit unserer älteren PatientInnen, zu kommunizieren und Kontakt auf zu nehmen, bleibt auch bei der Spezialgruppe die Möglichkeit zum Austausch und zur Kommunikation mit den jüngeren PatientInnen erhalten und damit auch die Möglichkeit, mit der anderen Generation Kontakt zu pflegen, diese verstehen und sich verständlich machen zu lernen. Im Laufe der Zeit ist die anfängliche Wehleidigkeit der Gruppe, die als „Alte“ normale Gruppendienste meinte nicht machen zu müssen oder zu können, in der Gruppenkultur verschwunden und einem aktiven Nutzen der eigenen Fähigkeiten gewichen. Entgegen unserer ursprünglichen Befürchtung ist die Gruppe also keineswegs isoliert oder überhomogen, etwa in einer gemeinsamen Kränklich- und Ältlichkeit.

Unsere älteren PatientInnen in der „fit“ und „fun“-Gesellschaft

Wir haben zunächst das Thema der heutigen Tagung „Vergessene Suchtkranke“ nennen wollen, haben uns dann aber entschlossen, das Thema „Opfer der Konsumgesellschaft?“ zu nennen.

Die Konsumgesellschaft fordert ein permanentes Streben nach Glück und Spaß, „fit and fun“, wie man es heute nennt, bei gleichzeitigem Funktionieren. Leid und das Aushalten von Leid, Schwierigkeiten und deren Bewältigung sind nicht mehr sozial hoch geachtete Fähigkeiten. Dies ist etwas, was gerade auch bei Ich-starken Menschen den Griff zum Suchtmittel, und zwar zum gesellschaftlich sanktionierten Suchtmittel, also zum Alkohol, Medikamenten und zum Glücksspiel unterstützt. Unsere PatientInnen haben etwas sozial Erwünschtes getan, als sie das Suchtmittel (miss)brauchten. Über persönliche Schwierigkeiten oder über Gefühle zu reden, ist unseren PatientInnen daher meist zunächst ganz fremd und wird im Laufe der therapeutischen Arbeit erst gelernt. Diese größere Affektivität bringt dann allerdings eine neue Dimension in das Leben, die wertvoll und füllend ist und die Anstrengung, das Beschämende, sich in eine Suchtklinik begeben zu haben (in Abhängigkeit von anderen Menschen), lohnenswert erscheinen lässt.

Wir hoffen, dass in Zukunft immer mehr Menschen den Schritt in die späte Entwöhnungsbehandlung tun. Es bringt den Wiedereinstieg ins soziale Leben, in eine gefüllte, sinnvolle Lebensführung und Lebens-

freude für etliche Jahre des zweiten oder dritten Lebensabschnitts. Unsere älteren PatientInnen können sich viel leichter, schneller und besser als die jüngeren nach relativ kurzer Behandlungszeit an einfachen Dingen des Lebens freuen. Dazu gehören vor allen Dingen die Möglichkeit der kreativen Gestaltung, aber auch das Erlebnis der Natur, von Ausflügen und die Begegnung mit Menschen.

Unsere „fit und fun“-Gesellschaft bietet für unsere älteren Menschen wenig. Wir und die jüngeren PatientInnen, wenn sie einmal ihre Ungeduld mit den „langsamen Alten“ überwunden haben, erleben an dem Kontakt mit den älteren, wie viele Möglichkeiten es zur Lebensfreude gibt, zu gemeinsamer Betätigung und einem sich einfach „miteinander wohlfühlen“.

Literatur:

- Hamburgische Landesstelle gegen die Suchtgefahren(Hrsg.): Abhängigkeit im Alter, Schriftenreihe Heft 3, Hamburg 1989
- Hamburgische Landesstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Alter und Sucht, Reihe: Arbeitstagungen, Heft 7, Hamburg 1989
- Havemann-Reinecke,U., Weyerer,S., Fleischmann,H. (Hrsg.): Alkohol und Medikamente, Missbrauch und Abhängigkeit im Alter, Freiburg 1998
- Mundle,H., Wormstall,H., Mann,K. :Die Alkoholabhängigkeit im Alter. Sucht, Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis, 43.Jahrgang, Heft 3
- Peters, M.: Entwicklungspsychologische Aspekte eines stationären gruppenpsychotherapeutischen Konzepts für Patienten in der 2. Lebenshälfte. Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik, Band 31 Göttingen 1995
- Petzold,H., Bubolz, E.: Psychotherapie mit alten Menschen. Paderborn 1979
- Pro Alter, Heft 1/99
- Radebold, H.: Psychodynamik und Psychotherapie Älterer. Berlin 1992
- Schmidt, G.: Sucht- „Krankheit“ und/oder Such(t)-Kompetenzen; lösungsorientierte systemische Therapiekonzepte für gleichrangig-partnerschaftliche Umgestaltung von „Sucht“ in Beziehungs- und Lebensressourcen. In Richelshagen,K.(Hrsg.): Süchte und Systeme, Stuttgart 1992
- Schmitz-Moormann, K.: Alkoholgebrauch und Alkoholismusgefährdung bei alten Menschen, Geesthacht 1992
- Wächter,C.:Der alte Süchtige im Versorgungssystem, Vortrag anlässlich der 4.Jahrestagung der Deutschen.Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie, Düsseldorf 5.3.99

Im Folgenden soll ein Aspekt der Ausgestaltung der therapeutischen Arbeit beleuchtet werden. Dazu beachten Sie bitte das Titelbild:

Eine Figur aus einem Märchen

Jean-Christoph Schwager

Die Arbeit mit Märchen in der stationären Therapie älterer Suchtkranker am Beispiel einer Gestaltung zum Thema: Eine Figur aus einem Märchen.

In der stationären Therapie älterer Suchtkranker nimmt die Rückschau auf den eigenen Lebensweg einen hohen Stellenwert ein. Dabei geht es weniger darum, einen strengen analytischen Blick auf Kindheit und Jugend zu werfen, als um ein Verständnis

und die Akzeptanz für das „So-Sein“ des Patienten. Dieser sollte eine möglichst positiv getönte Lebensbilanz ziehen können, um sich dem bevorstehenden Lebensabschnitt des Alters in zufriedener Abstinenz zuwenden zu können. Für diese Zielsetzung hat der Autor den Einsatz von Märchen in der stationären Therapie schätzen und lieben gelernt.

Die meisten älteren Menschen kennen Märchen aus ihrer Kindheit und verbinden mit ihnen eine angenehme Erinnerung. Diese führt sie zurück in ihre Kindheit, an einen Ort der Geborgenheit und Sicherheit, welcher so –bei all dem Leid, das der alte Mensch vielleicht in seiner Kindheit erleben und ertragen musste– wieder erinnert und gefühlt werden kann. Diesen „Schatz“ gilt es in der Therapie auszugraben und zu nutzen. Märchen –zumindest die Grimmschen Volksmärchen– transportieren eine geballte Ladung Lebensweisheit und Wissen. Das Böse wird mit Sicherheit bestraft,

und das Ende ist immer gut und versöhnlich. So spiegelt sich im Märchen die tiefe Sehnsucht des Menschen nach einer Bestrafung und Verbannung des Bösen, einer Versöhnung und einem guten Ende wieder.

Der Autor stellt als Gruppentherapeut einer +50-Gruppe seinen Patienten die Aufgabe, in der Beschäftigungstherapie ein Bild zum Thema: „Eine Figur aus einem Märchen“ zu malen. Die Bilder werden in den darauf folgenden Gruppenstunden besprochen. Dabei berichtet der Patient von seinen Erinnerungen und Erlebnissen aus längst vergangenen Kindertagen, an denen vielleicht die Mutter oder Großmutter dem Kind ein Märchen vorlas oder erzählte. Dann wird der Patient dazu aufgefordert, mit Unterstützung des Therapeuten und der Gruppe das Märchen zu erzählen, für das er sich in seiner Gestaltung entschieden hat. Gemeinsam wird das Märchenbild betrachtet und Rückmeldung zur Gestaltung gegeben und so ein Bezug zum Gestalter hergestellt. Dabei kommt es selbstverständlich weniger auf den künstlerischen Ausdruck als auf den Inhalt des Bildes und die Botschaft des Märchens an. Kurze Passagen aus dem mitgebrachten Märchenbuch runden die Arbeit ab.

Folgendes Fallbeispiel soll die Arbeit mit Märchenmotiven illustrieren:

„und lauf nicht vom Weg ab...“

Das Mädchen mit der leuchtend roten Kappe geht alleine durch den Wald. Es wirkt wohlgenährt, kräftig und selbstbewusst und geht fröhlich seines Weges. In der linken Hand trägt es einen Korb – wir kennen die Szene und das Märchen: Rotkäppchen ist auf dem Weg durch den Wald zu seiner Großmutter, um dieser Kuchen und Wein zu bringen, denn „sie ist krank und schwach und soll sich daran laben“. Im Hintergrund zwei Tannen, blauer Himmel, und der Wolf...grimmig

und böse, vielleicht auch skeptisch blickt er auf das Mädchen im Vordergrund, das von der potentiellen Bedrohung nichts zu wissen scheint. Würde sie sich umdrehen, müsste sie ihn sehen..., was würde dann passieren? Vom Wolf ist nur der Oberkörper zu sehen. Er zeigt weder seine Zähne (und sein großes Maul) noch seine Tatzen, er könnte auch losgelöst über allem schweben wie auf manchen Bildern Gott der Herr aus dem Himmel auf uns herunter blickt... Gemalt wurde das Bild von einer 64-jährigen Frau, die vor dem Hintergrund ihrer langjährigen chronischen Alkoholabhängigkeit eine stationäre Langzeitentwöhnungsbehandlung in einer +50 Gruppe der AHG Klinik Wigbertshöhe absolvierte. Das Thema der gestaltungstherapeutischen Gruppenarbeit lautete: Eine Figur aus einem Märchen. Frau M. malte das Bild schnell, ohne lange nachzudenken, „ich hatte keine Lust dazu und wollte es schnell hinter mich bringen“.

Die Besprechung des Bildes in der Gruppe führt Frau M. zurück in ihre Kindheit. Zu Hause war es nicht üblich gewesen, Märchen zu erzählen. „Nur wenn ich bei meiner Großmutter war, habe ich manchmal vorgelesen bekommen“. Zu ihrer Mutter hatte die Patientin zeitlebens ein schwieriges und distanziertes Verhältnis: „Sie konnte gar nichts mit mir anfangen; ich saß nie auf ihrem Schoß; sie hat immer meinen Bruder bevorzugt“. Der Vater war „unsichtbar“, d.h. er arbeitete viel und war für das Kind selten präsent. „Ich war sicherlich meinen Eltern gegenüber ein selbstbewusstes und störrisches Kind, seit dem 7. Lebensjahr selbständig und ein Einzelkämpfer“. Ab der 1. Klasse hatte sie eine beste Freundin, mit der sie viel Zeit verbrachte. „Sie hatte eine sehr liebe Mutter, wie ich sie gerne gehabt hätte; mit der Freundin habe ich alle meine Probleme besprechen können“.

Bei der Frage, wem sie sich auf ihrem Bild am ehesten zuordnen würde, identifiziert sich Frau M. rasch mit dem Rotkäppchen. Insgesamt findet sie ihr Bild schrecklich und möchte es so schnell wie möglich loswerden (und wirft es zum Ende der Gruppenstunde in den Papierkorb). Wen oder was symbolisiert der Wolf als Statthalter des Bösen und der (männlichen) Versuchung? Frau M. hat dazu keine Idee. In der Gruppe werden Fantasien laut: „Deinen Mann?“ (Der Ehemann der Patientin trennte sich von ihr wegen wachsender Spannungen, u.a. bedingt durch den steigenden Alkoholkonsum seiner Frau); „Den Alkohol?“ (Frau M. ist seit 15 Jahren manifest alkoholabhängig, hat bereits vor sieben Jahren eine stationäre Therapie absolviert und durchlitt allein vor Beginn ihrer zweiten stationären Behandlung 3 Entgiftungen).

Die Beschäftigung mit dem Märchentema führt Frau M. zurück in ihre Kindheit. Sie war im Gegensatz zu ihrem heutigen Auftreten ein selbstbewusstes, lebhaftes Mädchen mit kindlicher Neugier auf das Leben. Sie erinnert sich an ihre Großmutter, welche sich liebevoll um das Kind kümmerte und ihr ein lie-

bevolles mütterliches Ersatzobjekt war. In der Identifikation mit der Märchenfigur des Rotkäppchens kann sie an ihre verloren gegangene Neugier auf das Leben, ihre frühere Unbekümmertheit und Selbstsicherheit anknüpfen. Sie findet über ihre Gestaltung und ihr Märchen Zugang zu wichtigen Aspekten ihrer Lebensgeschichte, welche so zum Thema in ihrer aktuellen Therapie werden konnten. Wird sie mit Hilfe der Therapie ihren Weg finden? Wird es ihr gelingen, zukünftig der Gefahr ins Auge schauen zu können? Und wird ihr das dabei helfen, die ersehnte und überlebensnotwendige Abstinenzfähigkeit vom Suchtmittel aufrecht zu erhalten?

Für Sigmund Freud war der Traum der „Königsweg zum Unterbewussten“. Die Einbeziehung von Märchen in die Psychotherapie älterer Menschen weist den Weg zurück in die Kindheit. Märchenbilder bringen auf eine nicht zuletzt für die Klienten wie den Behandler freudvolle Art und Weise positiv besetzte Erinnerungen an längst vergangenen Tage zum Vorschein, welche sich günstig auf den weiteren therapeutischen Prozess auswirken.

Einige Aspekte der Arbeit mit Abhängigkeitserkrankungen im Alter

Dr. Michael Ellwardt

Die Frage, ob sich die Behandlung älterer Suchtmittelabhängiger überhaupt lohnt, dürfte sich in der Zwischenzeit im öffentlichen Bewusstsein zugunsten der Behandlung eindeutig geklärt haben. Dies ist u.a. auch der gestiegenen Lebenserwartung geschuldet. Mit Ende 50/ Anfang 60 Jahren werden erst ca. Zweidrittel des Lebens erreicht. Die Lebensperspektive hat sich deutlich verschoben. Es bleibt noch genügend Zeit, um das verbleibende Drittel für sich nutzen zu können. Von daher können in der Therapie Suchtmittelabhängiger auch noch neue Lebensperspektiven aufgezeigt werden.

Die mit der Abhängigkeitsentwicklung zusammenhängenden Problemfelder lassen sich grob in drei Kategorien zusammenfassen.

Verlustsituationen, die verschiedene Ursachen haben können. Dazu gehören der Verlust des Partner, der Verlust von Freunden durch Tod, die Trennung von dem langjährigen Partner durch die veränderte Lebenssituation, der Auszug der Kinder und das damit veränderte Familienleben und der Vorruhestand oder das Ausscheiden aus dem Erwerbsleben.

Krisen des Selbstbewusstseins, die im Arbeitsleben durch eine veränderte Arbeitsorganisation hervorgerufen werden. Vielfach werden Ältere auf nicht mehr so verantwortungsvolle Posten abgeschoben. Außer-

dem wird das Nachlassen der körperlichen Kräfte und der kognitiven Leistungsfähigkeit erlebt.

Identitätskrisen, die sich beim Ausscheiden aus dem Arbeitsleben ergeben, da das Arbeitsleben bisher die Tagesstruktur bestimmt hat. Der Wegfall der stabilisierenden Funktion des Arbeitsalltags erfordert eine veränderte Organisation des Alltagslebens, da sonst eine jede Aktivität verhindernde Leere entsteht.

Neben diesen grundlegenden Problemfeldern von älteren suchtmittelabhängigen Menschen sind lebensgeschichtliche Entwicklungen und die Biographie dieser Menschen sehr unterschiedlich. Dies trifft insbesondere die Entwicklung ihrer Suchtmittelabhängigkeit.

Dabei können wir grob zwei typische Entwicklungen unterscheiden:

- die Patienten, deren Abhängigkeitserkrankung erst im Alter virulent wurde
- die Patienten, die auf eine 20 – 30jährige, manchmal auch 40jährige Karriere zurückblickende Patienten, die nach einer Entwöhnungsbehandlung und jahrelanger Abstinenz, durch z.B. einen Schicksalsschlag etc. im Alter wieder rückfällig wurden

Unter den oben genannten Patientengruppen hat sicherlich die 2. Gruppe die ungünstigste Prognose.

Neben den oben beschriebenen Merkmalen, die die spezifischen Auslösesituationen der Suchterkrankung definieren und den betroffenen Personenkreis differenzieren, sind in der Behandlung suchtmittelabhängiger älterer Menschen noch folgende altersspezifische Aspekte zu berücksichtigen:

Die Wahrnehmungs- und Kognitionstendenzen: Gerade bei älteren Patienten ist zu beachten, ob Handlungsmöglichkeiten und Fähigkeiten durch Sehschwäche oder mangelndes Hörvermögen eingeschränkt sind. Auch die Konzentrations- und Merkfähigkeit lässt teilweise deutlich nach.

Die Alltagskompetenz: Durch Rückzugstendenzen vieler suchtmittelabhängiger Patienten ist oft die Alltagskompetenz in Frage gestellt. Basale Fähigkeiten der Organisation des Alltagslebens werden in Frage gestellt und nicht mehr ausgeführt. Dies betrifft insbesondere auch die Freizeitgestaltung.

Die Bewältigungskompetenz: Dies betrifft die Frage, inwieweit Problemlöse- und Krisenbewältigungsstrategien noch greifen. Hier stellt sich die Frage, in welchem Umfang es älteren Menschen noch möglich ist, grundsätzlich veränderte Lebenseinstellungen und Erfahrungen zu sammeln und in ihre mehr oder

minder bewährte Lebenspraxis einzubringen. Hierbei ist allerdings immer zu berücksichtigen, dass vorhandene Ressourcen unbedingt genutzt werden und verschüttete Ressourcen zu neuen Leben erweckt werden sollten.

Die Umweltkompetenz: In vielen Fällen kommt es darauf an, z.B. wegen körperlicher Behinderungen die Lebenssituation auf veränderten Bedingungen einzustellen. Dies kann z.B. einen Wohnwechsel bedeuten, weil die bisherige Wohnung im vierten Stock liegt. Andere altersbedingte Behinderungen können zu anderen Umweltkonsequenzen führen.

Während die Wahrnehmungs- und Kognitionskompetenzen unserer Patienten innerhalb der Rahmenbedingungen für das Entwicklungspotential der Patienten abgeklärt werden müssen, stellen die Alltagskompetenzen als auch die Bewältigungskompetenzen die Hauptprobleme bei der Behandlung unserer älteren suchtmittelabhängigen Patienten dar. Bei Patienten, bei denen die aktuelle Suchtproblematik durch Verlustsituationen und Identitätskrisen hervorgerufen wurde, spielt insbesondere die Frage der Alltagskompetenz eine wichtige Rolle. Dabei handelt es sich im Wesentlichen um Patienten, bei denen die Suchtproblematik zum ersten Mal auftritt oder die nach langer Abstinenz rückfällig wurden. Nach Verlustsituationen und Identitätskrisen ziehen sie sich völlig zurück. Ihre Suchtproblematik versuchen sie meistens gegenüber ihnen nahestehenden Personen und der Nachbarschaft zu verbergen. Sie beginnen, basale Fertigkeiten der Alltagsbewältigung zu vernachlässigen, so dass mit der Zeit ihre Suchtproblematik den ihnen nahestehende Personen wie z.B. Kindern und Freunden doch bekannt wird. Insbesondere vernachlässigen sie alle positiven Bezüge zum Leben wie z.B. ihre Freizeitgestaltung. Bei diesem Personenkreis und der genannten Problematik kann sehr gut von therapeutischer Seite auf die vorhandenen Ressourcen zurückgegriffen und alte verschüttete Ressourcen wieder belebt werden. Für viele ähnliche Patienten möchte ich hier auf das Beispiel eines 72jährigen Patienten eingehen. Dieser Patient begann vor ca. 10 Jahren abhängig zu trinken. Er zog sich weitgehend aus dem Familienleben zurück. In den therapeutischen Gesprächen wurde deutlich, dass er seine ganze Wertschätzung und die von ihm wahrgenommene Wertschätzung der anderen Menschen aus seiner körperlichen Leistungsfähigkeit bezog. Mit dem altersbedingten Schwinden seiner körperlichen Kräfte fand er kein Äquivalent, das seine Wertschätzung stabilisierte. Nachdem er in der Therapie diese Zusammenhänge herausgearbeitet hatte, begann er sich auf alte Ressourcen zu besinnen. Er begann wieder Aquarelle mit erstaunlichem Erfolg zu malen. Da ihm sein Sohn dafür einen Raum zur Verfügung gestellt hat, will er in Zukunft seine leeren Zeiten mit der Aquarellmalerei füllen. Natürlich stellt dies nur einen Aspekt der therapeutischen Arbeit mit

diesem Patienten dar, aber für das zukünftige Wohlbefinden dieses Patienten einen wichtigen Aspekt.

Auf einen schwierigeren Pfad begibt man sich bei der Bewältigungskompetenz, wenn man nicht im ausreichenden Maße auf vorhandene und verschüttete Ressourcen der Patienten zurückgreifen kann. Dies betrifft insbesondere Patienten, deren Leidensdruck erst im Alter so ausgeprägt wurde, dass sie sich einer Behandlung unterzogen. Die Länge ihrer Suchtproblematik erstreckt sich auf mindestens 20 – 30 Jahre, oft auch länger. Hier stellt sich die Frage, in wieweit verändertes Problemlösen und veränderte Umgangsformen oder Einstellungen noch erreichbar sind. In solchen Fällen ist darauf zu achten, die Zielprojektionen nicht zu hoch anzusetzen, da sonst das Scheitern von vornherein programmiert ist. Allerdings dürfen die Anforderungen auch nicht zu gering sein, da dies leicht dazu führt, dass sie nicht ernst genommen werden. Das Anforderungsprofil ist an der individuellen Problematik auszurichten. Auch ältere Menschen sollten sich Anforderungen stellen, ihre Lebensbedingungen so zu verändern, dass sie noch ein zufriedenes Leben gestalten können. Die meisten unserer Patienten mit der genannten Problematik haben sich diesen Herausforderungen gestellt. Besonders lange Suchtkarrieren, bei denen es zu einer dauerhaften Abstinenz eine gravierende Umstellung des Lebens dazugehört, haben wir bei älteren Pathologischen Glücksspielern zu verzeichnen, die in den meisten Fälle auf eine ca. 30jährige Spielerkarriere zurückblicken. Auch bei weiblichen Medikamentenabhängigen, deren Krankheitsbild meistens zusätzlich durch eine Depression gekennzeichnet war, verzeichnen wir eine langjährige Abhängigkeitsgeschichte, die für eine stabile Abstinenz grundsätzliche Veränderungen der Lebensabläufe erfordert. Natürlich sind diese Anforderungen in der Therapie auf die individuellen Kompetenzen und Fähigkeiten der Patienten abzustellen.

In diesem Artikel sind nur einige Aspekte der therapeutischen Arbeit mit älteren Suchtmittelabhängigen beleuchtet worden. Andere wichtige Aspekte wurden sicherlich ausgeblendet.

Lebensperspektive – Was alles geht!

Dr. Michael Ellwardt

Diese Frage steht oft im Mittelpunkt der therapeutischen Arbeit mit älteren Patienten. Zum großen Teil sehen die älteren suchtmittelabhängigen Menschen ihre weitere Lebensperspektive nicht mehr als fruchtbar an. Die Neugier, was in dem weiteren Leben noch auf sie zukommt, geht verloren. Nur ein neugieriger Mensch, der von seinem Leben noch einiges erwartet,

entfaltet die notwendige Initiative sein Leben nochmals zu verändern, abstinenz zu leben und wieder Lebensfreude zu empfinden. Allerdings werden viele unserer suchtmittelabhängigen älteren Patienten von einschneidenden Umbrüchen in ihrem Leben erfasst, die ihr weiteres Leben nicht erfolgversprechend und sinnlos erscheinen lassen. Ehe wir uns mit der Veränderung dieser negativen Einstellungen befassen, wollen wir auf uns Lebenssituationen, die diese Negationen des zukünftigen Lebens hervorgerufen haben, eingehen.

I. Veränderte Ausgangssituationen:

Mit dem Alter treten Lebenssituationen ein, die konträr zur bisherigen Lebensauffassung stehen. Sie sind dadurch geprägt, dass viele Verpflichtungen entfallen, die das bisherige Leben ausgefüllt haben. Im Folgenden möchten wir einige dieser veränderten Lebenssituationen benennen:

- Verselbständigung der Kinder:

Die Kinder führen jetzt getrennt von den Eltern ihr eigenständiges Leben. Die tägliche Sorge um die Versorgung der Kinder und die Organisation ihres Tagesablaufs entfällt. Es wird Energie und Zeit freigesetzt, die für andere Tätigkeiten eingesetzt werden kann.

- Rentensituation:

Durch die Verrentung wird die Organisation des Tagesablaufs völlig verändert. Durch die Arbeit war bisher eine Tagesstruktur vorgegeben. Diese entfällt nun. Eine sinnvolle Tagesstrukturierung wird nun zur Aufgabe des einzelnen Individuums. Er muss jetzt auf eigene Kompetenzen zurückgreifen.

- Körperliche und geistige Einschränkungen

Einschneidend ist oft die Erfahrung, dass vieles nicht mehr so geht, wie der Patient dies noch vor einigen Jahren hinbekommen hat. Teilweise wird die Wahrnehmung dieses Prozesses, der das Schwinden der geistigen und körperlichen Kräfte beinhaltet, verleugnet. Daraus entstehen oft Überforderungsprozesse, die zur Negation der eigenen Fertigkeiten und Fähigkeiten führen können.

- Souveränitätsverlust

Ein entscheidendes Moment bildet auch die Einsicht, sich auf seine eigenen Kräfte nicht mehr verlassen zu können und auf die Hilfe anderer angewiesen zu sein. Dabei kann sich um körperliche und geistige Einschränkungen handeln.

- Verlust des Partners und enger Freunde

Besonders einschneidend, oft mit tiefen depressi-

ven Verstimmungen verbunden, wirkt sich der Tod des Partners aus. Diese Situation führt oft zur Aufgabe jeglicher Lebensperspektive. Die Sinnhaftigkeit der Existenz und die Neugier auf das weitere Leben gehen verloren. Die automatische Resonanz auf das eigene Handeln findet keinen Echo mehr. Ähnliches kann auch für den Verlust von engen Freunden gelten.

- Wertschätzung im Alltag

Durch die Verrentung fehlen die positiven Rückmeldungen am Arbeitsplatz. Dies gilt für den Verjüngungsprozess bei Ehrenämtern und Funktionen in Vereinen, Verbänden und in öffentlichen Institutionen.

- Scheidung und Trennung

Scheidung und Trennung bedeuten besonders im Alter eine einschneidende Veränderung der bisherigen Lebenssituation, da die Perspektive auf das zukünftige Leben enger und kürzer geworden ist. Die Variablen, das Leben zu verändern, sind enger geworden, und die Gewohnheiten sind fester gezurrt und nicht mehr so anpassungsfähig wie in jüngeren Jahren. Die Flexibilität lässt nach.

Folgen: Alle diese Einschränkungen und Verluste sind bei den suchtmittelabhängigen älteren Patienten mit dem Kompensations- und Erleichterungsversuch der betreffenden Lebenssituation durch Suchtmittelmissbrauch und als Folge davon die Suchtmittelabhängigkeit verbunden. Eine vorhandene Suchtmittelabhängigkeit kann auch durch die veränderte Lebenssituation verschärft werden. Im Folgenden möchten wir einige Aspekte betrachten, die die Kompensations- und Erleichterungsfunktion des Suchtmittelmissbrauchs verstärken:

- Rückzug

Teilweise beginnt mit den oben beschriebenen Einschnitten der bisherigen Lebenssituationen der innere und äußere Rückzug. Die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben wird vernachlässigt. Die Neugier auf Veränderungen des Lebens erlischt.

- Vereinsamung

Der Rückzug aus dem gesellschaftlichen Leben und die Interesselosigkeit an den Interaktionen mit anderen Menschen führen zur Vereinsamung. Mit der Vereinsamung tritt die Leere und das Gefühl der Sinnlosigkeit des Lebens immer mehr in den Mittelpunkt des Lebens, so dass diese Leere immer stärker mit dem Suchtmittelmissbrauch gefüllt werden muss.

- Depressionen

Das Gefühl der Leere und der Sinnlosigkeit können sich in erheblichen depressiven Verstimmungen äu-

Bern, die wiederum den Suchtmittelmissbrauch fördern.

- Fehlender Antrieb

Je mehr depressive Verstimmungen und das Gefühl der Sinnlosigkeit das Leben bestimmen, desto mehr erlischt jeglicher Antrieb. Das Gefühl der Hilflosigkeit vermittelt sich immer mehr. In den Mittelpunkt der Kognitionen tritt immer mehr der Gedanke, dass alles nicht mehr geht und alles sowieso keinen Zweck hat.

- Negative Gedankenstrukturen

Das Gefühl, dass alles nicht mehr geht und alles sinnlos ist, vermittelt sich in negativen Gedankenstrukturen. Dabei werden alle früher vorhandenen Fertigkeiten und Fähigkeiten mit negativen Postulaten belegt. Diese irrational negative Wahrnehmung der eigenen Person (Abwertung der eigenen Persönlichkeit) und der Umgebung bilden ein abgeschlossenes, abgeschottetes, irrationales Konstrukt der Realität.

- Fehlende Kommunikation

Der Rückzug bedeutet, dass viele Kompetenzen der Kontakt- und Kommunikationsfähigkeit verloren gehen.

- Interesselosigkeit

In den geschilderten Situationen besteht kein Interesse an der Entwicklung der eigenen Persönlichkeit und auch nicht an der Teilnahme der öffentlichen und privaten Umgebung. Aus diesem Grunde bestehen auch keine Ideen, wie der Patient sinnvoll seine Zeit verbringen könnte.

Die oben aufgeführten Items erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Es sind noch viele individuell anders geartete Folgen denkbar.

II. Veränderungsprozess (Sinnfindung)

Wahrnehmung

- Wahrnehmung der Umgebung

In der Behandlung Suchtmittelabhängiger ist immer wieder auffällig, dass mit der Abstinenz sich die Aufmerksamkeit auf Dinge verlagert, die bisher nicht bemerkt wurden. Der Blick auf kleine Erscheinungen des Lebens, wie z.B. das Blühen einer Blume, wird geschärft. Diese veränderte Wahrnehmung gestaltet das Leben bunter. Mit der Vielzahl dieser Impulse verändert sich die Erfahrung der eigenen Umgebung. Das Leben gewinnt eine positivere Ausstrahlung. In der therapeutischen Arbeit sollte auf diese Selbsterfahrung der Patienten rekuriert werden.

- Wahrnehmung anderer Menschen

Die oben beschriebene Veränderung bezieht sich auch auf die Wirkungen des eigenen Verhaltens auf andere Menschen. Es sollte reflektiert werden, was der zuvor beschriebene Rückzug für Rückwirkungen auf das Verhalten und die Gefühle der Menschen im engeren sozialen Gefüge hat. Dadurch, dass die Wirkungen des eigenen Handelns auf die Mitmenschen (Rückzug, fehlende Kommunikation, negative Postulate etc.) kenntlich gemacht und in den therapeutischen Diskurs einbezogen werden, erfährt der Patient die Destruktivität dieses Verhaltens gegenüber der eigenen Person. Er erfährt, dass er seinen eigenen Drang nach Wertschätzung, der jedem Menschen inne wohnt, unterminiert hat.

Positive Eigenschaften der eigenen Person

Die durch negative Annahmen verschütteten Eigenschaften der einzelnen Person sollten ihr selbst wieder ins Bewusstsein gerückt werden. Dazu sollte der Patient diese Eigenschaften schriftlich selbst darlegen. Durch den Prozess der Isolation und Vereinsamung ist das Selbstwertgefühl teilweise so deutlich beeinträchtigt, dass der Patient erhebliche Schwierigkeiten entwickelt, die Wertigkeit der eigenen Person zu rekonstruieren. Unterstützend werden in solchen Fällen die Diskurse der Gruppentherapie herangezogen.

Eigene Fähigkeiten und Fertigkeiten

Ähnliches wie zuvor gilt für die Herausarbeitung eigener verschütteter Fertigkeiten und Fähigkeiten. Auch hier muss wieder das Bewusstsein, der eigenen Möglichkeiten aktiviert werden. Dabei sind besonders, die in der Vergangenheit vorhandenen Ressourcen zu reaktivieren, die teilweise in Vergessenheit geraten sind.

- Positive Gefühle erkennen und wahrnehmen

Durch die gravierenden Lebensinschnitte sind zunehmend negative Gefühle in den Focus der älteren Patienten getreten. Jetzt gilt es die Aufmerksamkeit auf vorhandene positive Gefühle zu lenken und die Überlagerung dieser positiven Gefühle durch die negativen Gefühle, die die Lebensinschnitte hervorriefen, zu reduzieren.

- Positive Selbstverbalisierung (was alles geht!)

An Stelle des negativen Focus (was alles nicht geht), bei dem die körperlichen und kognitiven Einschränkungen in den Mittelpunkt und daraus die Schlussfolgerung der Hilflosigkeit und Handlungsunfähigkeit entsteht, wird im therapeutischen Diskurs die Fähigkeit in den Focus gestellt, was alles möglich ist. Dabei wird eine Umstrukturierung des negativ irrationalen

Dialogs vorgenommen. Der negative Diskurs, den der Mensch mit sich selbst diskutiert und in seinem negativen Ergebnis zur Handlungsunfähigkeit führt, soll durch positive realistische Ansätze verändert werden. Diese positive Umstrukturierung muss in den Diskursen der Gruppentherapie immer wieder geübt werden, da bei lang andauernden Rückzugstendenzen sich negativen Verhaltensweisen automatisiert habe. Daher müssen neue positive Veränderungen immer wieder eingeübt werden.

2. Wertschätzung durch Erfahrungsaustausch

Einen wesentlichen Bestandteil der Reaktivierung einer positiven Lebenseinstellung und der Stärkung des Selbstwertgefühls bildet der Erfahrungsaustausch über die eigene Historie, in der die Rolle der eigenen Person hervorgehoben wird. Einige Aspekte dieses Gesichtspunktes sollen im Folgenden beleuchtet werden:

berufliche Leistungen

Gerade bei männlichen Patienten wird in den Diskursen durch den gegenseitigen Austausch deutlich, dass die Wertigkeit ihrer Person auf beruflichen Leistungen und Erfahrungen beruht. Vielfach wird deutlich, dass sie in vielen anderen Kontexten weiterhin von Nutzen sein können.

- familiäre Leistungen und Fähigkeiten

Besonders bei vielen weiblichen Patienten werden die familiären Leistungen und die damit verbundenen Fähigkeiten als selbstverständlich angesehen. Das über Jahre durchgehaltene Funktionieren in der Familie erscheint als notwendige Pflicht. Die Leistung und die Bestätigung müssen erst im therapeutischen Prozess erarbeitet werden. Auch die Umsetzung der im familiären Prozess entwickelten Fähigkeiten und Erfahrungen sollte für ihr künftiges Leben gestärkt werden.

- Bewältigungsstrategien in Konfliktsituationen

Gerde bei älteren Patienten kann in diesem Bereich meistens auf verschüttete Ressourcen zurückgegriffen werden. Bei einer genauen Analyse wird ersichtlich, dass ähnliche Situationen in ihrem langen Leben schon vorgekommen sind, so dass auf die damals gemachten Erfahrungen zurückgegriffen werden kann.

- einschneidende Erlebnisse

Bei der Bewältigung einschneidender Erlebnisse ist auf den Erfahrungsschatz des Lebens der gesamten Therapiegruppe älterer Menschen zurückzugreifen. So haben z.B. immer einige Personen schon Erfahrungen mit dem Verlust ihres Lebenspartners gemacht.

- Veränderung der Lebenssituation

Auch hier spielt der Erfahrungsschatz der Mitpatienten in den therapeutischen Diskursen eine wichtige Rolle.

- Träume

Die Frage nach den Lebensträumen, die noch vorhanden sind, spielt im therapeutischen Kontext eine wichtige Rolle, um die Neugier und die Wünsche an das Leben wieder wach zu rütteln.

3. Zielsetzungen

Während oben positive Veränderungsprozesse, die das Leben wieder lebenswert erscheinen lassen, besprochen wurden, sollen hier Zielsetzungen erarbeitet werden, die den positiven Veränderungsprozess verstetigen.

- Wünsche

Bei der Entwicklung von Wünschen ist vornherein zu berücksichtigen, dass diese nicht erfüllt zu werden brauchen. Trotzdem ist zu vermitteln, dass sie für das weitere Leben einen wichtigen Bestandteil darstellen, um die positive Lebensenergie aufrecht zu erhalten.

- Interessenfindung

Bei vielen älteren Patienten, deren Lebenssituation sich völlig umgestaltet hat, entstehen Schwierigkeiten, die leeren Zeiten und den Tagesverlauf zu strukturieren, da vorgegebene Strukturen wie der Arbeitstag entfallen. In vielen Fällen haben die betreffenden Patienten überhaupt keine Idee, was sie mit den freige gewordenen Zeiten anfangen können.

Diese Ideenentwicklung und Ideenfindung bildet einen wesentlichen Teil der Gruppentherapie. An Hand von ca. 200 vorgegebenen Items können die Patienten Ideen diskutieren, die für eine sinnvolle Gestaltung ihrer zukünftigen Lebensperspektive in Frage kommen.

- Lebensgestaltung

Bestandteil der Therapie ist auch die Frage, wie soll ihr zukünftiges abstinentes Leben aussehen. Jeder Patient sollte sich im Einzelnen darüber klar werden, welche Lebensform er in Zukunft anstrebt und wie er sich ein gewisses Maß an Lebensfreude verschaffen kann.

- konkrete Vorhaben

Es werden konkrete Ziele, die vor Ort umgesetzt werden können, schon in der Therapie geplant.

Die oben genannten Zielsetzungen sollen im Folgenden weiterkonkretisiert werden:

3.1. Beziehungen

Im Wesentlichen sind hier Beziehungen im Sinne von Partnerschaften gemeint.

- sporadische

Gerade bei älteren Menschen, die in Einsamkeit leben, sollte der Mut geweckt werden, das Risiko einer neuen Beziehung einzugehen, es sei denn, diese Vorstellung liegt völlig außerhalb ihres Vorstellungsvermögens.

- feste und lang bestehende Beziehungen

Hier geht es darum, die Erstarrung und die festgefahrenen Automatismen zu durchbrechen. Dazu gehört u. a. die Freude an der Sexualität wieder zu erwecken, den Partner in die Arme zu nehmen, ihm Aufmerksamkeit zu schenken und vieles andere mehr.

- Beziehungen mit eigenständigen Wohnungen

In dieser Beziehungsart besteht die Möglichkeit die alten festgezurrtten Gewohnheiten des Partners besser respektieren zu können und dadurch Konflikte des Alltags zu reduzieren, da das Kompromisspotential im Alter deutlich eingeschränkt ist und somit die Anpassungsleistung reduziert wird.

3.2. Kommunikationsformen

Durch die Rückzugs- und Vereinsamungstendenzen sind die Kommunikationsfähigkeiten deutlich eingeschränkt. Sie müssen erst wieder reaktiviert werden.

Zum Beispiel sollen dabei folgende Fähigkeiten reaktiviert werden:

- jemanden ansprechen

Dabei geht es darum, Hemmungen zu überwinden, wenn ein Interesse an einem anderen Menschen vorliegt, Konflikte zu klären etc..

- gegenseitige Interessen finden

Eine Kontaktaufnahme zu anderen wird erleichtert, wenn beide Partner gemeinsame Interessen haben.

- Gefühle zeigen (nonverbale Kommunikation)

Wenn die Gefühle des anderen nicht adäquat gedeutet werden können, führt es häufig zu einer Distanzierung. Gerade älteren männlichen Patienten fällt es schwer, ihre Gefühle zum Ausdruck zu bringen.

- Aufmerksamkeit zeigen

- zuhören können

3.3. Kontaktformen

In diesem Teil sollen konkrete Möglichkeiten aufgezeigt werden, wie die Einsamkeit und Leere überwunden werden kann. Viele dieser Möglichkeiten fließen durch Besuche und Kennenlernen in das Setting der Behandlung in der Klinik ein. Dazu einige ausgewählte Beispiele:

- VHS-Kurse
- Vereine
- Tanzkurse
- Seniorenstudium
- Kirchliche Arbeitskreise
- Nachbarschaftsgespräche
- Kinderbetreuung
- Mehrgenerationenhaus
- Soziale Betreuung (Z.B. Tafel)
- Menschen einladen
- Internet
- Tauschbörse
- viele andere Möglichkeiten etc.

3.4. Wohnalternativen

Wohngemeinschaften

Altersgemischtes Wohnen

In vielen Städten haben sich alternative Wohnformen herausgebildet, in der ältere mit jüngeren Menschen und Familien in einem Haus mit jeweils eigenen Wohnungen zusammen leben. In Gemeinschaftsräumen besteht ein mindestens einmal wöchentlich stattfindender Treffpunkt. In der Gemeinschaft findet gegenseitige Hilfe statt. Zum Beispiel: Die jüngeren Menschen erledigen Besorgungen, die den älteren schwer fallen, während die älteren bei Unabkömmlichkeit der Eltern die Kinder betreuen.

Betreutes Wohnen

Im Sinne der möglichst weitgehenden Erhaltung der eigenen Souveränität ist oft wichtig, dass ältere Menschen sich Formen des Betreuten Wohnens rechtzeitig organisieren, um nicht sofort bei Pflegebedürftigkeit in ein Heim eingewiesen zu werden.

3.5. Positive Genussalternativen

- alternative Getränke

Die Abstinenz und der damit verbundene Verzicht auf alkoholische Getränke sollte nicht als Verlust erlebt werden und damit negativ besetzt sein. Von daher

ist in der Therapie auf die Vielfalt alkoholfreier Getränke hinzuweisen, insbesondere in Zusammenhang bestimmter Speisen.

- Reisen
- Wahrnehmung unter Suchtmittelinfluss nicht wahr genommener Dinge
- neu entdeckte oder verschüttete Fähigkeiten

Auch diese kurze Liste lässt sich ohne Mühe weiter ergänzen.

3.6. Vorbereitung auf die Umsetzung dieser Veränderungsschritte

Gerade bei der Behandlung älterer suchtmittelabhängiger Patienten liegt der Focus auf der Fragestellung „Was noch alles geht“. Die Reflexion über das verbleibende Leben richtet den Focus auf die bestehenden Möglichkeiten, um dem weiteren Leben sinnvoll, aktiv und mit Neugier zu begegnen. Die oben beschriebenen konkreten Gegenstände der Behandlung dienen dazu, konkrete Maßnahmen für ein aktives Leben im Kontext der jeweils gegebenen sozialen Umgebung umsetzen zu können.

Sucht im Alter oder „Gönn dem Opa doch sein Schnäpschen“

Jean-Christoph Schwager

Sucht im Alter – ein Tabuthema, über das lange Zeit in Fachkreisen weder gesprochen noch publiziert wurde. Suchtkranke, das waren die jungen Drogenabhängigen oder die verlorenen Seelen auf der Parkbank mit der leeren Flasche Rotwein in der Hand. Suchtkranke ältere Menschen passen nicht in das Bild des zufriedenen Rentners oder der Rentnerin, die ihren Lebensabend zu genießen hat.

Für die wenigen älteren Suchtkranken, kurz vor dem Erreichen des Rentenalters oder bereits in Rente, die nach einer oft jahrzehntelang andauernden Suchterkrankung bereit waren, den mühsamen Kampf gegen die Sucht aufzunehmen und dazu therapeutische Unterstützung suchten, war es bis weit in die 90er Jahre des vorigen Jahrhunderts äußerst schwierig, sowohl im stationären als auch im ambulanten Rahmen fachtherapeutische Unterstützung zu bekommen. Psychotherapeuten standen diesem Klientel eher ratlos bis ablehnend gegenüber. In vielen Fachkliniken für Suchtkranke gab und gibt es bis heute eine Altersgrenze von 60 Jahren, bis zu welcher eine Aufnahme möglich ist. Gedacht und finanziell ge-

fördert als Einrichtung zur Rehabilitation, genauer zur Wiedererlangung bzw. Erhaltung der Arbeitsfähigkeit, waren für Patienten, deren Arbeitsfähigkeit nicht mehr wieder hergestellt werden musste oder konnte, keine Behandlungsplätze vorgesehen.

Auch gesellschaftlich hatten und haben ältere Suchtkranke mit erheblichen Vorurteilen zu kämpfen: „das lohnt sich ja doch nicht mehr“ (impliziert das baldige Ableben, die Unfähigkeit der Verhaltensänderung im Alter und die Wertlosigkeit des alten Menschen im Sinne einer Kosten-Nutzen-Analyse in Zeiten knapper werdender finanzieller Ressourcen); „Gönn' dem Opa doch sein Schnäpschen, was hat der denn sonst noch vom Leben?“ (welcher Alkoholiker kann seinen Alkoholkonsum denn noch genießen?); „ Kann die sich nicht beherrschen? Und das in ihrem Alter!“ (ein jüngerer Mensch kann/darf suchtkrank werden, ein älterer nicht?, Alkoholismus als Charakterschwäche), um nur einige der nach wie vor gängigen Meinungen wieder zu geben, wenn es um die Behandlung älterer Suchtkranker geht.

Mittlerweile hat sich das Behandlungsangebot für ältere suchtkranke Menschen glücklicherweise im ambulanten wie auch im stationären Rahmen verbessert. Dies liegt u.a. an der wachsenden Zahl Älterer in unserer Gesellschaft, wodurch das Thema „Alter“ und somit auch das Thema „Alter und Sucht“ stärker in den öffentlichen Fokus gerät. So hat die DHS (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen mit Sitz in Hamm) im Jahr 2005 die substanzbezogenen Störungen im Alter in den Mittelpunkt einer informativen Kampagne gestellt (www.unabhaengig-im-alter.de) und so die Aufmerksamkeit auf diese vergessene Patientengruppe gelenkt.

Durch verbesserte medizinische Versorgung werden Suchtkranke immer älter und bedürfen einer therapeutischen wie medizinischen Betreuung. Auch wird die Lebensspanne jenseits der Berufstätigkeit länger und somit die Aufgabe größer, diese Lebenszeit möglichst bei guter Gesundheit und in größtmöglicher Zufriedenheit zu bewältigen. Abgesehen von moralischen Gesichtspunkten (einem kranken Menschen sollte – egal welchen Alters – eine möglichst optimale Behandlung zukommen) setzt sich zunehmend die Erkenntnis durch, dass es auch unter dem Aspekt steigender Kosten im Gesundheitswesen günstiger ist, frühzeitig in die Suchtbehandlung zu investieren, um so die längerfristig höheren Behandlungskosten infolge der zahlreichen Begleiterkrankungen der Sucht zu minimieren.

Auf dem Hintergrund meiner langjährigen Erfahrung als Gruppentherapeut einer +50 Gruppe für ältere Suchtkranke an der Fachklinik Wigbertshöhe in Bad Hersfeld (die älteste Patientin feierte im Rahmen ihres Aufenthaltes in der Fachklinik ihren 80igsten Geburtstag) möchte ich nun beispielhaft ein Modell

für ein stationäres Behandlungsangebot für ältere Suchtkranke vorstellen, darlegen, an welches Klientel sich das Therapieangebot richtet und was die Spezifika dieser Patientengruppe sind.

Mittlerweile gibt es deutschlandweit einige Suchtkliniken, die spezielle Konzepte (+50 Gruppen) zur stationären Therapie älterer Suchtkranker vorhalten (über diesbezügliche Behandlungsangebote informieren u. a. die Suchtberatungsstellen vor Ort). Sie sind gedacht für suchtkranke ältere Männer und Frauen (Medikamenten-, Glücksspiel- sowie Alkoholsucht) und haben sich insofern bewährt, als dass es älteren Suchtkranken in annähernd altershomogenen Gruppe leichter fällt auf dem Hintergrund einer ähnlichen Lebensbiografie und eines reichen Erfahrungsschatzes über ihre Sorgen, Nöte und Wünsche zu sprechen. Die bei älteren Suchtkranken wesentlich stärker ausgebildete Scham- und Schuldproblematik kann mit Hilfe einer altershomogenen Gruppe gemildert werden; der wichtige und nachvollziehbar schwierige Schritt sich zu seiner Sucht zu bekennen und therapeutische Hilfe anzunehmen, fällt leichter, die oft in heterogen zusammengesetzten Gruppen vorhandenen negativen Übertragungsreaktionen und Ausgrenzungen können vermieden werden.

In einer Therapiegruppe für Ältere finden deren spezifische, oft die Sucht befördernden Themen wie Abschied aus dem Berufsleben, Verlust eines geliebten Menschen, Einsamkeit und Langeweile, die Frage nach dem Sinn des Lebens auf dem Hintergrund eines Selbstverständnisses vom Älter werden als einem Abbau von Fähigkeiten, Verlust von Vitalität und Unabhängigkeit, unbewältigte Kriegs- und Nachkriegserlebnisse, im Rahmen der Gruppentherapie genügend Raum und Resonanz. Anlass zum Therapiebeginn ist oft der tatsächliche oder drohende Kontaktabbruch zu den Kindern oder Enkelkindern („wenn du weiter trinkst, kann ich dir das Enkelkind nicht mehr anvertrauen“) oder die erlebte Todesnähe der lebensbedrohlichen Suchtkrankheit.

Das Therapieangebot kann speziell auf die Bedürfnisse des Klientels zugeschnitten (Sportaktivitäten, der Freizeitbereich, das Kreative Gestalten) und so an verloren gegangene Ressourcen angeknüpft werden. Geleitete Gruppenaktivitäten wie der Besuch einer Seniorentanzveranstaltung, des örtlichen Museums oder des Tierheims fördern die Interessen, wirken dem Gefühl von Langeweile und Leere entgegen (Stichwort: Altersdepression) und lassen neue Ideen entstehen, wie zukünftig auf eine gesündere Art und Weise als durch Suchtmittelmissbrauch freie Zeit ausgefüllt und Unlustgefühlen entgegengewirkt werden kann. Es gibt qualifizierte Möglichkeiten der Behandlung älterer Suchtkranker. Die Erfolge sind viel versprechend. Gönnen wir also dem (suchtkranken) Opa nicht sein Schnäpschen, sondern die Chance, sein Leben in Würde und Anstand und möglichst

selbst bestimmt zu leben. Sucht ist Freiheitsberaubung, in jedem Alter!

Sucht macht nicht vor dem Alter halt

Dr. Michael Ellwardt

Auch ältere Menschen leiden unter der Glücksspielsucht

Herr W. ist 60 Jahre alt. Er ist spielsüchtig seit seiner Kindheit. Er lebt allein. Durch das Spielen sind seine drei Ehen zerbrochen. Für ihn hat zuletzt nichts außer dem Spielautomaten Bestand gehabt. Die Beziehungen zu seinen drei Kindern konnte er durch die ewigen Lügnerien und Betrügereien, die durch ständige Geldnot entstanden sind, nicht aufrechterhalten. Seine Energie erschöpfte sich darin, sich auf irgendeine Art immer wieder neues Geld zu beschaffen, um spielen zu können. Er hat erhebliche Schulden, die kaum noch zu bezahlen sind. Je älter er wurde desto weniger Freude hat er am Spielen empfunden. Zuletzt gehörte es einfach zum Tagesablauf, der relativ freudlos verlief, dazu.

Dieser Zustand missfiel ihm immer mehr. Jetzt kam er zu dem Entschluss, dass er mit 60 Jahren nochmals Zeit habe, sein Leben neu zu ordnen, die Beziehungen zu seinen Kindern neu zu knüpfen, sein einsames Leben aufzugeben, um sich an den Enkelkindern zu erfreuen..

Erst seit wenigen Jahren gibt es spezielle Therapieangebote für ältere suchtkranke Menschen, die zuvor meist in Psychiatrien oder Pflegeheime abgeschoben wurden. Ganz neu für die Fachklinik Wigbertshöhe ist, dass unter diesen älteren zumeist alkoholabhängigen Patienten sich im letzten halben Jahr auch zunehmend Pathologische Glücksspieler befinden. Die Aufnahme dieser Patientengruppe konnte auch nur deshalb gewährleistet werden, weil die Fachklinik Wigbertshöhe neben dem Spezialprogramm für ältere suchtkranke Menschen auch über ein spezielles Angebot für Pathologische Glücksspieler verfügt. Damit ist die Fachklinik Wigbertshöhe die einzige Klinik in Deutschland, die für Menschen mit diesen beiden spezifischen Indikationen ein integriertes Programm anbieten kann.

Unter dem Namen „+ 50“ leiten die Therapeuten Dr. Michael Ellwardt und Jean Christoph Schwager zwei Gruppen, in denen auch ältere Spieler integriert werden können. Die Patienten dieser Gruppen sind in der Regel zwischen 50 und 75 Jahre alt. Sie kommen aus allen Schichten der Bevölkerung. In das Therapieangebot für ältere suchtkranke Menschen, das seit vier

Jahren erfolgreich läuft, konnten die Spieler durch die Erfahrungen aus der Arbeit mit den Glücksspielern in anderen Gruppen relativ leicht integriert werden.

Seit 25 Jahren behandelt die 60-Betten-Klinik für soziopsychosomatische Krankheiten suchtkranke Menschen. Auf Grund dieser Erfahrungen schälten sich spezifische Konzepte für Glücksspieler und ältere Menschen heraus. Realitätsflucht und die gesellschaftliche Selbstisolation des Glücksspielers werden beim Alterungsprozess durch die Tendenz älterer Menschen sich zurückzuziehen noch verstärkt. Hier entwickeln sich für ältere Spieler die Berührungspunkte zu den älteren Medikamenten- und Alkoholabhängigen, denn in der Therapiegruppe finden sich alle Betroffenen in einer Gemeinschaft wieder, in der sie Dinge ansprechen können, die ihre Probleme in ihrer Altersgruppe angehen. In Gruppen- und Einzeltherapien, mit Kreativen Gestalten, Freizeittraining, Sport und Bewegungstherapie und PC-,Schulung wird den Anforderungen der Seniorenklientel Rechnung getragen.

Bei den Zielen der Therapie für suchtkranke ältere Menschen geht es meistens darum, einen veränderten Tagesablauf zu strukturieren, neuen Lebensaufgaben und Lebensziele zu finden. Wenn die Kinder erwachsen werden, wenn ein Partner stirbt, eine Ehe geschieden wird und das Rentnerdasein beginnt, dann bringt dieser Verlust an Aufgaben und Identität für viele Menschen große Probleme mit sich. Die Kontakte mit Arbeitskollegen, mit Freunden, mit den Kindern nehmen ab und auf einmal ist da eine große Leere. Neben diesen im Alter eintretenden Veränderungen kommt in vielen Fällen im Alter noch einmal der Gedanke, ein verändertes suchtfreies Leben zu führen. Die letzten zwanzig oder dreißig Jahre des Lebens nochmals für sich zu nutzen.

Alle diese Veränderungen, die das Alter im allgemeinen mit sich bringt, sollen im Sinne eines suchtfreien Lebensalters, das nochmals einen Lebensinhalt erhält, in den Therapiegruppen für ältere Menschen behandelt werden.

Glücksspielsucht im Alter

Jean-Christoph Schwager

Völliges Neuland in Forschung und Wissenschaft ist die Glücksspielsucht im Alter. Selbst im Internet (Suchmaschine Google) findet man unter dem Stichwort

„Pathologische Glücksspielsucht im Alter“ wenig brauchbare Informationen zum Thema. Klinische Beobachtungen zeigen eine deutliche Zunahme von

hilfsbedürftigen älteren Glücksspielern (AHG Klinik Wigbertshöhe; Auswertung von Patientendaten aus den Jahren 2000-2007).

Die AHG Klinik Wigbertshöhe bietet seit 1998 älteren Suchtkranken die Möglichkeit, in einer speziell für ältere Menschen vorbehaltenen Therapiegruppe (+50-Gruppe) eine stationäre Therapie zu absolvieren. Wurde dieses Angebot für diese Zielgruppe anfänglich noch fast ausschließlich von Alkoholikern und Medikamentenabhängigen genutzt, stieg der Anteil der Patienten mit der Diagnose „Pathologische Glücksspielsucht“ in den beiden +50-Gruppen in den Jahren 2006 und 2007 auf über 10 % an. Insgesamt ist deutschlandweit ein Ansteigen der Fallzahlen pathologisch glücksspielerkrankter Menschen in den letzten Jahren zu beobachten. Konservative Schätzungen gehen von ca. 180000 Betroffenen aus (DHS). Pathologische Glücksspielsucht ist als eigenständiges Krankheitsbild erst seit 1999 anerkannt und bezeichnet ein „beharrliches, wiederholtes Glücksspiel, das anhält und sich oft noch trotz negativer sozialer Konsequenzen wie Verarmung, gestörte Familienbeziehungen und Zerrüttung der persönlichen Verhältnisse steigert“.

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...“ Dostojewski mit seinem Roman „Der Spieler“ und Stefan Zweig mit seiner „Schachnovelle“ setzten pathologischen Glücksspielerpersönlichkeiten literarische Denkmale.

Der typische Spieler der Gegenwart ist männlich, jung und spielt hauptsächlich am Automaten in der Spielhalle. In der Tageszeitung machen „junge Spieler“ Schlagzeilen, wenn sie Milliarden von Euros riskieren und verlieren (wie erst kürzlich der Franzose Jerome Kerviel, „kleiner“ Bankangestellter einer renommierten französischen Bank mit einem Verlust von 5 Milliarden Euro) oder eine Bank überfallen, um ihre Glücksspielsucht finanzieren zu können.

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 in unserer Gesellschaft oft gleichgesetzt mit glücklich sein. Glücksspielsucht hat viel zu tun mit falsch verstandenem Streben nach (Lebens)Glück und mit Vereinsamung. Am Roulettetisch im Casino trifft man heute überproportional häufig ältere, allein stehende,

finanziell gut ausgestattete Frauen, die sich dort die Zeit vertreiben. Nicht selten berichten ältere Patienten (im zweiten Weltkrieg geboren 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 beglückende Erfahrung, am Spielautomaten leicht und schnell zu Geld zu kommen (Fachleute sprechen dann nicht vom glücklichen Gewinn, sondern vom unglücklichen Gewinn!). Dies sind nur einige Erklärungsversuche, welche natürlich der Komplexität des Geschehens in seinem ganzen Ausmaß nicht gerecht werden können. So wie jeder Mensch unterschiedlich ist, so vielfältig sind auch die Krankheitsverläufe und die möglichen Gründe für eine Manifestation einer pathologischen Glücksspielsucht.

Die Krankheitsverläufe älterer Spieler sind wesentlich unspektakulärer und unauffälliger als die der jüngeren Klienten. Von der Persönlichkeitsstruktur sind sie eher depressiv strukturiert. Öfter als bei den jüngeren Spielern sehen wir „exotischere“ Glücksspielformen wie Pferdewetten und Casinospiele. Häufigster Anlass zur stationären Therapie ist die Drohung der (langjährigen) Ehefrau/Partnerin, diesen zu verlassen, sollte er nicht endlich etwas gegen die offenkundig gewordene Sucht unternehmen. 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.

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. Bei Bedarf wird das Führen eines Haushaltsbuches angeordnet, der wöchentliche Bedarf an Geld wird ermittelt und dieses zugeteilt. Wichtig ist auch herauszufinden, wie viel Geld dem Spieler zuträglich ist und ab welcher Summe das Risiko steigt, in die Spielhalle zu gehen. Insgesamt weisen die Älteren einen deutlich geringeren Verschuldungs-

grad 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 der Betroffenen sich mit seinem Geld einmal Gutes tun könnte (wenn er denn wieder etwas zur persönlichen Verfügung hat...), was es für Wünsche gibt, materieller wie immaterieller Natur. Im Rahmen einer speziellen Sondergruppe Glücksspielsucht, in der die älteren Spieler mit den Jüngeren zusammentreffen, findet eine intensive Auseinandersetzung mit der Erkrankung und eine Reflektion des Spielverhaltens statt.

Große Bedeutung hat weiterhin der freizeitpädagogische Bereich. Viele Krankheitsverläufe 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 und die Erkenntnis, dass unsere Lebenszeit prinzipiell zu kostbar ist, um sie einfach nur „tot zu schlagen“.

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

Herr S., 65 Jahre, kommt mit der Diagnose einer „Pathologischen Glücksspielsucht“ in unsere Klinik. Die Antragstellung erfolgte durch die Psychiatrie, wo der Patient eine mehrwöchige Vorbehandlung vor dem Hintergrund einer akuten suizidalen Krise absolvierte. Es besteht weder ein Kontakt zu einer Beratungsstelle noch zu einer SHG.

Mir gegenüber sitzt ein groß gewachsener, stark abgemagerter Mann mit markanten vogelartigen Gesichtszügen. Noch auf dem Weg in die Klinik verspielt er sein letztes Geld, kann sich keine Busfahrkarte mehr kaufen; das Geld für die Zugfahrt kann er glücklicherweise nicht in den Automaten stecken, da er die Fahrkarte von seiner Krankenversicherung zugeschickt bekommen hat. Der Patient ist deutlich spürbar im Entzug, depressiv verstimmt, nervös, kann schlecht schlafen. Die Lebensfreude ist ihm abhanden gekommen. Für ihn ist es die erste stationäre Therapie seiner seit Jahrzehnten andauernden Glücksspielsucht in einer Fachklinik. Er hat bereits drei mehrmonatige Aufenthalte in der Psychiatrie nach missglückten Suizidversuchen hinter sich. Nach wie vor ist er suizidgefährdet, wobei er versichern kann,

keine akuten Suizidgedanken zu haben. Da er in den letzten Jahre gänzlich die Kontrolle über sein Spielverhalten verloren hat und bereits wenige Tage nach Erhalt seiner Rente seine gesamten Einkünfte verspielt, droht ihm wegen Mietschulden die Zwangsäumung. Selbst für sein täglich Brot blieb ihm kaum noch das nötige Geld. Das zum Überleben Notwendige bekam er von seiner Schwester –der einzige Außenkontakt, der ihm geblieben war–, oder er ging zum Essen in eine soziale Einrichtung.

Zum Lebenslauf: Sein Vater suizidiert sich, als der Patient 13 Jahre alt ist, er weiß nicht wieso, vermutet aber, dass er als Soldat im Zweiten Weltkrieg schlimme Dinge erlebt habe, über die zu Hause jedoch nie gesprochen wurden. Er habe wenig Kontakt zum Vater gehabt. Dieser sei jedoch ein „Frauenheld“ gewesen („ das habe ich wohl von ihm geerbt“). Er beschreibt ein enges Verhältnis zur Mutter („ Sie war eine Seele von einer Frau“), die jedoch nicht warmherzig ihre Zuneigung und ihre Gefühle habe zeigen können. Zum späteren Stiefvater habe ein schwieriges Verhältnis bestanden; deshalb sei er frühzeitig ausgezogen. Er sei mit drei leiblichen und zwei Stiefgeschwistern in ärmlichen und beengten Verhältnissen aufgewachsen. Insgesamt sei er zweimal verheiratet gewesen, wobei seine Beziehungen maximal drei Jahre gehalten haben.

Eine Schilderung aus der frühen Kindheit beleuchtet den Umgang mit und die Bedeutung des späteren Suchtmittels: Er kauft als Bub für die Mutter ein, handelt einen günstigeren Preis für die Ware aus, behält die Differenz und geht zu Fuß nach Hause, um das Busgeld ebenso für sich zu behalten, ohne seine Mutter darüber zu informieren.

Zur Suchtanamnese: Erstkontakt zum Automaten-spiel mit Anfang 30, etwa zu diesem Zeitpunkt scheitert die erste Ehe. Er habe gleich die Serie gewonnen (seine Augen leuchten bei der Schilderung). Vorher habe er des öfteren Karten mit Geldeinsatz gespielt. Schon bald stellt sich ein regelmäßiges Automaten-spiel ein. Gelegentlich sei er auch in ein Casino zum Roulette gegangen. Diese Ausflüge wurden dann richtig zelebriert („ ich habe meinen Anzug angezogen, bin mit dem Taxi vorgefahren...“). Mehrmonatige Glücksspielabstinente Phasen sind ihm nur möglich in Zeiten, in denen er eine feste Partnerin hat. Seit Jahren verspielt er sein ganzes Geld (Kontrollverlust), Schulden werden immer wieder von der jeweiligen Partnerin bzw. anfänglich von der Schwester beglichen. Er beschreibt die Wirkung des Suchtmittels: „In der Spielhalle kann ich abschalten, komme zur Ruhe, vergesse meine Sorgen und Probleme; wenn ich gewinne, bin ich wer; alle schauen zu mir hin.“ In der Spielhalle taucht er in einen dunklen, anonymen Raum ein, die weibliche Bedienung ist mütterlich und zuvorkommend, der Kaffee ist umsonst. Anfänglich habe ihn noch der Traum vom schnellen und einfach

verdienten Geld an den Automaten getrieben; schon bald sei ihm jedoch vom Kopf her klar gewesen, dass zuletzt immer der Automat gewinnt. In der Spielothek baut er Spannungen ab, muss sich nicht mit seinen schwierigen Beziehungen auseinander setzen. Es entwickelt sich eine Art „Hassliebe“ zum Automaten: „der Spielautomat war Gegner und große Herausforderung zugleich“.

Der Kurzfragebogen zum Glücksspielverhalten ergibt mit 46 Punkten eine hochgradige Glücksspielabhängigkeit.

Arbeitsanamnese: Nach seinem Hauptschulabschluss fährt der Patient für mehrere Jahre zur See, um dann bedingt durch seine Eheschließung sesshaft zu werden und als Straßenbahnschaffner zu arbeiten. Diese Tätigkeit gibt er nach dem Scheitern seiner Ehe auf, um dann über viele Jahre bis zum Renteneintritt in den verschiedensten Berufen zu arbeiten. Er kann sich „gut verkaufen“; Arbeit zu finden, fällt ihm nicht schwer, den letzten Arbeitsplatz verliert er vor dem Hintergrund einer geringfügigen Unterschlagung.

Thesen und Überlegungen zur Suchtentwicklung: Die Kontakt- und Beziehungsfähigkeit erscheint schwer beeinträchtigt. Beziehungen sind wichtig für ihn, er hat jedoch nie gelernt, wie man sie führt. Der frühzeitige Verlust einer männlichen Bezugsperson, welche zudem nie als verlässliches Objekt zur Verfügung stand, stellt einen schwerwiegenden Einschnitt im Leben des Patienten dar. Mit freier, unstrukturierter Zeit um zu gehen, fällt ihm äußerst schwer. Er berichtet von drohender Langeweile. Herr S. ist zeitlebens auf der Suche nach Heimat und findet sie nur in der Spielhalle. Dominierend ist eine narzisstische Struktur. Das Suchtmittel Geld wird zur Stabilisierung eines instabilen Selbstbildes benötigt und stellt eine narzisstische Aufwertung dar, die der Patient anders nur schwerlich erleben und sich erarbeiten kann.

Zum Behandlungsverlauf: Der Patient hat große Schwierigkeiten mit der Eingewöhnung in die +50-Gruppe („fühle mich jünger!“); er ist gekränkt, in die „Altengruppe“ gesteckt zu werden. So kann schon bald seine Schwierigkeit alt zu werden, mit Gleichaltrigen in Kontakt zu treten, thematisiert werden. Noch wochenlang hält der Drang an, spielen zu gehen. Das straffe und reglementierte Therapieprogramm hilft, verloren gegangene Strukturen aufzubauen und gibt ihm den notwendigen Halt. Um sein Freizeitverhalten zu stärken und ihm Ideen und Impulse zu verschaffen, zukünftig sinnvoll den Tag auszufüllen, besucht der Patient das Kreative Gestalten sowie ein intensives Freizeittraining. Mit Hilfe der intensiven Gruppentherapie gewinnt er eine verloren gegangene Kontakt- und Beziehungsfähigkeit zurück und hält Rückschau auf sein Leben. Sporttherapeutische Einheiten verschaffen ihm ein positives Körpergefühl. Fachtherapeutische Vorträge

helfen ihm dabei, seine Erkrankung zu verstehen und zu akzeptieren. So arbeitet er sich langsam aus seiner depressiven Position heraus und verloren gegangene Lebensfreude kehrt zurück. Er fängt wieder an, Schach zu spielen; sein Spielverhalten kann kritisch in der Gruppe reflektiert werden. Immer öfter nimmt er an kulturellen Veranstaltungen und Gruppenaktivitäten am Wochenende in der Kurstadt teil. Mit Hilfe eines Haushaltsplans verbessert sich seine Fähigkeit mit Geld umzugehen, und in einer Sondergruppe Glücksspielsucht setzt er sich intensiv mit anderen zumeist jüngeren Glücksspielern mit seiner Suchterkrankung auseinander. Zum Ende der Behandlung lernt er eine Mitpatientin kennen. Mehrere Monate nach Beendigung der 12-wöchigen Behandlung ziehen die beiden zusammen. Die Beziehung gestaltet sich nicht einfach, funktioniert aber, und Herrn S. gelingt es, eine stabile Abstinenz aufrecht zu erhalten.

Zum Abschluss sei noch auf jüngere Untersuchungen hingewiesen, die einen Zusammenhang zwischen der Einnahme bestimmter Parkinsonmedikamente (Dopamin-Ersatzstoffe) und exzessivem Glücksspiel aufzeigen (Krankenkassen Ratgeber v.27.8.2006; Stichwort: Therapie kann Glücksspielsucht hervorrufen).

Sucht im Alter

Jean-Christoph Schwager

Das Konzept Plus-50 der AHG Klinik Wigbertshöhe
Ein Überblick in Stichworten

- Suchtfördernde und suchtauslösende Faktoren im Alter
- Abschied aus dem Berufsleben/ Arbeitslosigkeit
- Verlust des Partners/einer nahe stehenden Person
- Traumatische Ereignisse und Krisen
- Belastung durch langjährige Pflege
- Körperliche und geistige Abbauprozesse
- Unfähigkeit zur eigenständigen und sinnvollen Tagesstrukturierung
- Langjährige Gewöhnung an das Suchtmittel
- Familiäre Disposition
- Hintergründe für wachsendes Problembewusstsein
- Gesundheitliche Probleme (Arzt spricht Problem an)
- Familiäre Probleme (Partner/Kinder sprechen Problem an)
- Berufliche Schwierigkeiten (Arbeitgeber)
- Enkelkinder dürfen nicht mehr kommen
- Finanzielle Probleme
- Führerschein

Einige statistische Daten

- 2-3% aller Männer über 60 Jahre haben ein Alkoholproblem
- 0,5-1% aller Frauen über 60 Jahre haben ein Alkoholproblem
- d.h. insgesamt ca. 400000 Menschen über 60 Jahre haben einen schädlichen Alkoholkonsum
- 1,7 Millionen Menschen über 60 betreiben Medikamentenmissbrauch, die Mehrzahl davon Frauen

Zahlen über ältere Drogenabhängige und Glücksspieler liegen nicht vor.

Quelle: DHS, Substanzbezogene Störungen im Alter, Hamm 2005

Daten AHG Klinik Wigbertshöhe 2009

- Insgesamt 340 Patienten behandelt; davon
- 122 Patienten in +50 Gruppen; davon
- 101 Alkoholiker (68 Männer; 33 Frauen), 18 Glücksspieler (14 Männer, 4 Frauen), 3 Medikamentenabhängige (1 Mann, 2 Frauen)

Voraussetzungen zur stationären Therapie

- Veränderungsbereitschaft (Leidensdruck)
- Kontakt zur Beratungsstelle (Sozialbericht)
- Ausführliche Diagnostik
- Möglichst bereits bestehender Kontakt zu einer SHG
- Psychisch wie physisch das stationäre Angebot wahrnehmen zu können
- Kostenzusage des Leistungsträgers (BVA, Krankenkassen, Sozialamt)

Was spricht für eine stationäre Therapie?

- Schwere der Erkrankung
- Zeitlicher Faktor
- Distanz zum sozialen Umfeld
- Gruppenfaktor
- Klare Strukturen und Regeln
- „Alle sitzen im gleichen Boot“
- Die Behandlung ist in einer Hand

Wichtige Themen in altershomogenen Gruppen sind

- Beziehungsgestaltung und Kontaktaufnahme (Bedürfnisse nach Nähe, Sexualität, Umgang mit Einsamkeit)
- Angst vor Krankheit, Verlust der Selbständigkeit und Tod
- Auseinandersetzung mit dem eigenen Bild von Alter
- (Alter als Krankheit?, Altersweisheit?..)
- Freizeitgestaltung
- Lebensbilanz und Rückschau
- Bearbeitung von (traumatischen) Kriegs- und Nachkriegserlebnissen
- Wohnen im Alter

Besonderheit der +50-Gruppe

- Gemeinsamer Erfahrungshintergrund
- Sehr sozialer Umgang
- Wenig Reibungsverluste bezüglich Regeln
- Gemeinsame Interessen, auch bezüglich Freizeitgestaltung (Musik, Kaffee, Seniorentanz)
- Weniger negative Übertragungsphänomene
- Scham- und Schuldproblematik wird verringert

Impressum

Herausgeber:

AHG Klinik Wigbertshöhe
Am Hainberg 10-12
36251 Bad Hersfeld
fon: 0 66 21 . 1 85-0
fax: 0 66 21 . 1 85-85
mail: wigbertshoehe@ahg.de
www.ahg.de/wigbertshoehe



AHG Klinik Wigbertshöhe

Autoren:

Dr. Heike Hinz:

- Chefärztin der AHG Kliniken Wigbertshöhe und Richelsdorf
- Fachärztin für Allgemeinmedizin
- Fachärztin für Psychotherapeutische Medizin
- Suchtmedizinische Grundversorgung
- Sozialmedizin
- Diplom-Psychologin
- Vorträge, Seminare und wissenschaftliche Veröffentlichungen

Seit 1990 in der Suchtarbeit tätig, Seit 1997 Chefärztin in der Fachklinik Richelsdorf. Seit 1998 zusätzlich Chefärztin der Fachklinik Wigbertshöhe.

Jean-Christoph Schwager

- MA Kunstpädagogik
- Sozialtherapeut
- Lehrtätigkeit an der Fachhochschule Fulda 2007/2008
- Gruppenleiterausbilder des Kreuzbund Diözesanverbands Fulda.

Der Autor ist seit 1998 Gruppentherapeut einer „+50“ Gruppe für ältere suchtkranke PatientInnen und arbeitet seit 1992 im stationären Bereich mit Suchtkranken.

Dr. phil. Michael Ellwardt (Redaktion)

- Politologe
- Dipl.-Soziologe
- Sozialtherapeut
- Ausbildung im Personalwesen
- Lehrtätigkeit an der Philippsuniversität Marburg 1984/1985

Der Autor ist Gruppentherapeut einer „+50“ Gruppe für ältere suchtkranke PatientInnen seit 2001 und arbeitet seit 27 Jahren im stationären Bereich mit Suchtkranken, davon knapp 10 Jahre als Geschäftsführer und Therapeutischer Leiter einer Adaptionseinrichtung und eines Übergangswohnheims.

Gestaltung & Druck: creatist concept+design, Wildeck

Auflage: 1000 Stück