

# Pathologisches Glücksspielen bei Frauen: Charakteristika – Ätiologie – Therapie

Monika Vogelgesang

Der weibliche Anteil an den Anonymen Spielern in Deutschland liegt bei 5 Prozent (Meyer, 1998). In der ambulanten und stationären Therapie beträgt ihre Relation im Vergleich zu den männlichen Glücksspielern etwa 5,9 Prozent (Denzer, 1995).

Die glücksspielspezifischen therapeutischen Interventionsprogramme sind dementsprechend in der Regel eher auf Männer zugeschnitten. Dies führt dazu, dass Frauen sich hier weniger angesprochen fühlen, dass sie das Bild der Störung weniger auf sich beziehen können, dass sie sich geringer auf die Angebote einlassen können. Aus diesen Gründen besteht für sie die Gefahr, die Selbsthilfegruppenkontakte und/oder die Therapie vorzeitig abzubrechen. Deshalb ist es dringend notwendig bei Prävention, Selbsthilfegruppen und Therapieprogrammen (auch) auf die speziellen weiblichen Erfordernisse einzugehen (Hraba & Lee, 1996).

Um dies zu können ist es allerdings nötig, mehr Kenntnisse über die Formen und Funktionen des Pathologischen Glücksspielens bei Frauen zu gewinnen. Hierzu findet man in der Fachliteratur nur wenig Material. Als Grundlage der folgenden Darstellungen dienen Daten von 60 Pathologischen Glücksspielerinnen, die zwischen 1997 und 2003 in der Psychosomatischen Fachklinik Münchwies behandelt wurden.

## Stichprobenbeschreibung

**Alter:** Die Patientinnen waren bei Therapiebeginn 44,5 Jahre alt, mit einer Schwankungsbreite zwischen 28 und 66 Jahren.

**Anamnestiche Besonderheiten:** 33,3% der Betroffenen erlebten in der Kindheit eine Scheidung bzw. Trennung der Eltern. Vom Tod einer primären Bezugsperson in der Kindheit betroffen waren 23,3% der Frauen.

Ebenfalls 23,3% der Betroffenen befanden sich in der Kindheit bzw. in der Jugend in Heimen mit einer mittleren Aufenthaltsdauer von 8,9 Jahren. Die Schwankungsbreite der Heimaufenthaltsdauern liegt zwischen einem Jahr und 19,5 Jahren. Das mittlere Alter der Patientinnen zu Beginn ihres Heimaufenthaltes lag bei 6,3 Jahren. Hier gibt es eine Schwankungsbreite von Heimaufenthalten ab Geburt bis zu einem ersten Heimaufenthalt mit 17 Jahren.

20% der Stichprobe hatten eine Migration aus dem Ausland (inklusive zur in der Migrationszeit noch bestehenden DDR) hinter sich.

Auffällig hoch ist das Ausmaß der erlittenen schweren körperlichen Gewalterfahrungen in der Kindheit. 45% waren hiervon betroffen. 50% der Pathologischen

Glücksspielerinnen unserer Stichprobe berichteten über fortgesetzte Vernachlässigungen in der Kindheit, 33% über einen klar erinnerbaren sexuellen Missbrauch in der Kindheit mit einem Durchschnittsalter zu Beginn von 8,8 Jahren. Betrachtet man schwere körperliche Gewalt, fortgesetzte Vernachlässigung und sexuellen Missbrauch in einer Zusammenschau, so ergibt sich, dass 73,3% der Stichprobe von mindestens einer dieser Traumatisierungen betroffen war.

Die Familien der Betroffenen waren durch Suchtprobleme gekennzeichnet: 16,7% der Frauen berichteten über eine Suchterkrankung der Mutter, 40% schildern eine Suchterkrankung des Vaters und bei 11,7% lag ein Pathologisches Glücksspielverhalten eines Elternteils vor.

Auch im Partnerschaftsbereich der Frauen fanden sich gravierende Auffälligkeiten: Zum Behandlungszeitpunkt waren 45% der Frauen ohne feste Partnerschaft. 86,7% der Stichprobe berichteten über anamnestic oder derzeit bestehende gravierende Partnerschaftsprobleme. 18,3% machten Angaben über ausgeprägte körperliche Gewalterfahrungen in der Partnerschaft.

Eine Suchterkrankung des Partners wurde von 23,3% der Frauen angegeben. Ein pathologisches Glücksspielen des Partners bzw. der Partnerin berichteten 8,3%. 26,7% der betroffenen Frauen wiesen eine lesbische Orientierung auf. 43,3% der Frauen waren kinderlos.

**Charakteristika des Pathologischen Glücksspielens:** Im Mittelwert waren die Frauen bei Spielbeginn 30,5 Jahre mit einer Streuung zwischen 14 und 55 Jahren. 89,8% bevorzugten das Automatenenspiel, 6,8% favorisierten Roulette, jeweils 1,7% betätigten sich vorzugsweise mit Pferdewetten bzw. Black Jack.

Die mittlere Schuldenhöhe lag bei 29.700 Euro. 6 Patientinnen der Stichprobe waren schuldenfrei, die Höchstverschuldung betrug 385.000 Euro.

**Komorbidität:** Bei 50% der Glücksspielerinnen wurden mittlere bis schwere Störungen aus dem depressiven Formenkreis diagnostiziert. 30% der Stichprobe litt neben dem pathologische Glücksspielen unter einer Substanzabhängigkeit. Bei 21,7% wurde eine emotional instabile Persönlichkeitsstörung diagnostiziert. 16,7% litt unter einer dependenten/selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung. Bei 13,7% der Frauen wurde eine Somatisierungsstörung diagnostiziert. Bei deutlich mehr als der Hälfte der Betroffenen lag ein zu hohes Körpergewicht vor, welches in folgende Kategorien eingeteilt werden kann: 20% waren übergewichtig mit einem BMI zwischen 25 und 30, 18,3% waren adipös mit einem BMI zwischen 30 und 35 und bei 15% der Pathologischen Glücksspielerinnen lag eine Adipositas permagna mit einem BMI von über 35 kg/m<sup>2</sup> vor.

## Funktionalität

Die Sichtung der Bedingungsanalysen bezüglich des pathologischen Glücksspielverhaltens der 60 untersuchten Patientinnen ergeben in der Zusammenschau, dass das pathologische Glücksspielen wesentlich häufiger zur Flucht und Ablenkung vor

gravierenden Lebensproblemen genutzt wurde denn als Suche nach einem Kick oder einem Abenteuer.

Als Ursache für das pathologische Glücksspielverhalten dienten meistens Partnerschaftskonflikte bzw. intrusive Traumaerinnerungen sowie Probleme, die aus einer emotional instabilen oder einer selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung resultierten und in einem Circulus vitiosus durch die negativen Konsequenzen des Glücksspielens weiter verstärkt wurden.

Das Pathologische Glücksspielen bot den Patientinnen während der Dauer des Spielvorgangs kurzfristig eine Entlastung von als unerträglich erlebten traumakorelierten, interpersonellen und selbstwertbezogenen Problemen. Der Preis, den die Betroffenen hierfür zahlen mussten, war jedoch enorm: Nach dem Glücksspielen verschärften sich durch die finanziellen Verluste und deren Konsequenzen in der Regel alle Schwierigkeiten, vor denen die Frauen doch eigentlich hatten fliehen wollen. Das Glücksspielen bot sich nun erneut als Entlastungsmöglichkeit an, wodurch sich die Unglücksspirale immer weiter nach unten drehte.

## Therapieimplikationen

Die bei der untersuchten Stichprobe auffälligen Problembereiche hängen eng mit interpersonellen Beziehungs- und Kommunikationsverhaltensweisen zusammen. Dies bestätigt die gruppentherapeutische Schwerpunktsetzung der glücksspiel-spezifischen Angebote.

Im Rahmen der Gruppe können problematische interpersonelle Verhaltensmuster identifiziert und neue soziale Umgangsweisen ausprobiert und eingeübt werden. Sowohl das Selbsthilfegruppenangebot als auch die frauenspezifisch orientierte Therapie des pathologischen Glücksspielverhaltens steht jedoch vor dem Problem, einerseits auf die Gruppentherapie aus inhaltlichen Gründen nicht verzichten zu können, andererseits jedoch in aller Regel zeitgleich nicht auf genügend pathologische Glücksspielerinnen zurückgreifen zu können, um einen ausreichend hohen Frauenanteil zu gewährleisten.

Dies spricht für eine schwerpunktmäßige Konzentration von pathologischen Glücksspielerinnen zumindest im stationären Bereich. So gelingt es der Psychosomatischen Fachklinik Münchwies z. B. eine ihrer glücksspielspezifischen Gruppen etwa zur Hälfte mit Frauen zu belegen, so dass hier ein einigermaßen ausgewogener Geschlechtsproportz besteht und die pathologischen Glücksspielerinnen sich hier gut aufgehoben und in ihrer Problematik verstanden fühlen.

## Therapeutische Bearbeitung der Partnerschaftskonflikte

Nach Petry (2003) erfüllt das Geldautomatenspiel die Funktion, unangenehme Gefühle zu regulieren und von Belastungen „abzuschalten“, wobei der Spielautomat zum fiktiven Bezugspartner wird. Diese Überlegungen beleuchten verschiedene und ineinander greifende Aspekte des Pathologischen Glücksspielens bei Partnerschafts-problemen auf die in der Behandlung eingegangen werden sollte.

Grundlegend ist hier die Skizzierung einer aktiven, mitverantwortlichen und auch die Bedürfnisse der Patientin berücksichtigenden Gestaltung der Partnerschaft. Anhand von Imaginationenübungen können eigene Wünsche und Bedürfnisse bezüglich des Partners/der Partnerin erkannt und artikuliert werden. Andere Vorgehensweisen dienen dem Erkennen sowohl der Ressourcen als auch der Gefahren, die eine Partnerschaft darstellt. Erlebnisaktivierende Methoden schaffen den emotionalen Boden zur Durchführung kognitiv orientierter Vorgehensweisen, wie zum Beispiel der abwägenden Entscheidungsfindung bezüglich der Aufrechterhaltung oder der Beendigung einer Partnerschaft.

Gerade im Bereich der Partnerschaft sind pathologische Glücksspielerinnen oft akuten Gefahren durch Misshandlungen ausgesetzt. Es ist eine therapeutische Aufgabe, der betroffenen Patientin möglichst umfangreiche Hilfen zur Selbsthilfe zukommen zu lassen, um sie vor weiteren Traumatisierungen zu schützen. Falls die Patientin zu einer Trennung innerlich (noch) nicht bereit ist, sind die Bande, die die Betroffene an den Misshandler binden zu untersuchen. So können dies dependente Verhaltensmuster der eigenen Hilflosigkeit oder Selbstbestrafungsinszenierungen aufgrund übergroßer Schuldgefühle sein.

Auffällig kann auch ein dichotomer Denkstil sein, der nur ein Entweder-oder zwischen einer symbiotischen Verschmelzung und einer völligen Losgelöstheit von zwischenmenschlichen Bindungen vorsieht. Vor diesem gedanklichen Hintergrund ist die Flucht vor jeglicher Nähe begründet in einer Angst vor einem Sich-Verlieren in einer zu engen Bindung. Die Betroffenen leiden dann jedoch unter der damit verbundenen Einsamkeit. In der Therapie ist es dementsprechend sinnvoll, menschliche Beziehungen auf einem Kontinuum zwischen den Polen der Autonomie und der Symbiose anzusiedeln und der Patientin zu verdeutlichen, dass die Bindungsnähe nicht schicksalhaft determiniert, sondern beim Erwachsenen durch sein Verhalten steuerbar ist (Vogelgesang, 2001).

## Therapeutische Bearbeitung von Traumafolgestörungen

In der Therapie ist es wesentlich, der Patientin die Möglichkeit zu geben, ihre problem-beladenen Kindheitserfahrungen vorsichtig in dem ihr adäquaten Tempo an- und auszusprechen sowie emotional nachzuerleben, was neben dem Einzelsetting in den

eingangs erwähnten, nur von Frauen besuchten und von weiblichen Therapeuten geleiteten Gruppen erfolgen kann. Es ist meist eine völlig neue Erfahrung für die Patientin, deshalb nicht abgelehnt zu werden. Häufig hört sie in der Gruppe erstmalig, dass es anderen ähnlich ging wie ihr. Irrationale Schuldgefühle können durch kognitive Strategien in diesem Rahmen relativiert werden. Durch ein „Mitteilen“ in der Gruppe verringern sich in der Regel dysfunktionale Schamgefühle deutlich (Potter-Efron, 1988). Es ist wichtig für die Betroffene, im Therapieprozess Erklärungsmuster für ihr Störungsverhalten an die Hand zu bekommen. Zuvor sinnlos oder „verrückt“ Erschienenes wird so als Versuch einer Überlebensstrategie umkonnotiert, einer aus der kindlichen Begrenztheit resultierenden suboptimalen Strategie allerdings, die später zu vielen Nachteilen für die Betroffene geführt hat, so dass nach neuen (Über-)Lebensstrategien gesucht werden muss.

Es ist vor dem Hintergrund der Traumaerfahrungen sicherlich kein Zufall, dass die Absorption während des Glücksspielvorgangs viele Ähnlichkeiten zu Dissoziationszuständen aufweist. Die Möglichkeit des Glücksspiels als Dissoziationsäquivalent sollte in der Therapie adäquat berücksichtigt werden (Fiedler, 1999; Vogelgesang, 2004).

## Therapie der emotionalen Instabilität

Die emotionale Instabilität liegt häufig vor dem Hintergrund früher traumatischer Erfahrungen vor und bewirkt gravierende Probleme im Bereich des Bindungs- und sonstigen Sozialverhaltens. Meist dominiert ein dichotomer Bindungsstil mit schnell eingegangenen intensiven Beziehungen, welche durch hochemotionale, rasch wechselnde Reaktionen geprägt sind und schnell wieder beendet werden. Sekundär im Rahmen dieser Problemkonstellationen, jedoch auch primär durch Zustände emotionaler Leere bzw. Getriebenheit, kann das Glücksspielen als Mittel der Anregung bzw. der Entlastung eingesetzt werden. Nach einer Analyse der Auswirkungen der emotionalen Instabilität auf das pathologische Glücksspielen werden mit den Betroffenen Strategien zur Verbesserung der Emotions- und Handlungskontrolle erarbeitet. Im sozialen Miteinander der Gruppe werden immer wieder typische Verhaltensmuster möglichst frühzeitig identifiziert und es werden an diesen in-vivo-Beispielen Möglichkeiten alternativer Denk- und Verhaltensweisen aufgezeigt.

Die Integration von Körpererfahrungs-, Entspannungs-, Imaginations- und Sportübungen unterstützt die emotionale Stabilisierung. Kognitive Interventionen modifizieren den dichotomen Denkstil. Alle diese Vorgehensweisen sind nicht isoliert zu sehen, sondern erfordern selbstverständlich eine Einbettung in partnerorientierte und traumaspezifische Vorgehensweisen. Nicht selten sind aktiv selbstverletzende Verhaltensweisen, wie z. B. Schneiden. Hierbei ist davon auszugehen, dass in diesen Fällen vor dem Hintergrund erlittener massiver Traumata Dissoziationszustände vorliegen, die im Zusammenhang mit den Selbstverletzungen stehen (Fiedler, 1999). Dementsprechend sind die Techniken der Dissoziationskontrolle und des Dissoziationsstopps zu vermitteln. Auch hier ist es unverzichtbar, dass die Vorgehensweisen in ein Traumatherapiekonzept integriert werden.

## Bearbeitung von selbstunsicheren Persönlichkeitsanteilen bei pathologischen Glücksspielerinnen

Neben den ansonsten auch bekannten Vorgehensweisen zur Verbesserung der Assertivität ist es sinnvoll, bei pathologischen Glücksspielerinnen eine Diskussion der weiblichen Rollenanforderungen sowie eine Verbesserung der Selbstverstärkung zu fokussieren.

An welchen Idealen orientiert sich die Patientin? Welche Widersprüche beziehungsweise welche Überforderungen sind hierin enthalten? Den Anforderungen von welchen Personen/Instanzen möchte die Patientin durch die Erfüllung welcher Rollenmuster genügen? Von wem möchte sie für welches Verhalten gelobt und verstärkt werden? Welche Ambivalenzen, Ängste und negativen Modellerfahrungen liegen bezüglich der Weiblichkeit vor?

Erst wenn diese Fragen geklärt sind, wofür das Gruppensetting besser als die Einzeltherapie geeignet erscheint, kann die Patientin dazu ermutigt werden, eigene zu ihr passende Ideale und Modellvorstellungen von ihren weiblichen Rollen zu entwickeln. Wesentlich ist es hierbei, dass die Betroffene es lernt, zukünftig selbst für ihr Lob und für ihre Anerkennung verantwortlich zu sein. Offene und verdeckte Widerstände gegen selbstverstärkende Kognitionen und selbstgewählte Belohnungen müssen ernst genommen und Gegenstände der Therapie werden, da sich an diesen Stellen oft fundamentale und äußerst destruktive Schemata eigener Wertlosigkeit und damit verbundene Schamgefühle offenbaren.

Die durch einen annehmenden Umgang mit sich selbst wesentlich verbesserte Lebensqualität stellt selbstverständlich per se einen anzustrebenden Wert dar, zusätzlich ist damit intendiert, die Betroffene weniger bedürftig für die Verstärkung durch das pathologische Glücksspielen zu machen und durch den Aufbau eines fundamentalen Gefühls eigener Würde der Scham-Flucht-Glücksspielspirale ihr „Drehmoment“ zu entziehen.

## Literatur

- Bass, E. und Davis, L. (1991). *Trotz allem: Wege zur Selbstheilung für sexuell mißbrauchte Frauen*. Berlin: Orlanda Frauenverlag.
- Bradshaw, J. (1993). *Wenn Scham krank macht*. Berlin: Knauer (Amerk. Original 1988).
- Denzer, P., Petry, J., Baulig, T. & Volker, U. (1996). Pathologisches Glücksspiel: Klientel und Beratungs-/Behandlungsangebot (Ergebnisse der multizentrischen deskriptiven Studie des Bundesweiten Arbeitskreises Glücksspielsucht). In Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.), *Jahrbuch Sucht '96* (S. 279-295). Geesthacht: Neuland.
- DHS (2003). *Jahrbuch Sucht 2004*. Geesthacht: Neuland.
- Fiedler, P. (1999). *Dissoziative Störungen und Konversion*. Weinheim: Beltz.
- Lesieur, H. R. & Blume, S. B. (1996). Wenn die Glücksgöttin verliert: Frauen und „zwanghaftes Glücksspiel“. *Sucht*, 42, 410-419 (Amerk. Original, 1991).
- Meyer, G. (1989). *Glücksspieler in Selbsthilfegruppen: Erste Ergebnisse einer empirischen Untersuchung*. Geesthacht: Neuland.

- Petry, J. (2003). Glücksspielsucht. Göttingen: Hogrefe.
- Petry, J. (2003). Pathologisches Glücksspielverhalten. Geesthacht: Neuland.
- Potter-Efron, R. (1988). Shame and Guilt: Definitions, Process and Treatment Issues with AODA Clients. In R. Potter-Efron und S. Potter-Efron. (Eds.): The Treatment of Shame and Guilt in Alcoholism Counseling (pp. 7-24). New York: Haworth.
- Vogelgesang, M., Eymann, C., Engel, G. (1998). Modell einer kognitiv-behavioral orientierten Kurzzeittherapiegruppe für stationäre Patientinnen mit sexuellen Mißbrauchserfahrungen. Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin, 19, 475-489.
- Vogelgesang, M. (1999). Frauenspezifische Gruppentherapie bei Abhängigkeitserkrankungen. Psychotherapeut, 44, 167-175.
- Vogelgesang, M. (2001). Kognitiv-behaviorale Therapie bei dependenten/abhängiger Persönlichkeitsstörung. Psychotherapeut, 46, 271-277.
- Vogelgesang, M. (2004). Verhaltenstherapie dissoziativer Störungen. Psychotherapeut.
- Volberg, R. A. & Steadman, H. J. (1988). Refining Prevalence Estimates of Pathological Gambling. American Journal of Psychiatry, 145, 502-505.

**Perspektiven für Suchtkranke – Teilhabe fördern fordern sichern**  
Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht e.V.  
Band 28 – ISBN 3-87581-247-6  
Neuland, 2005, Geesthacht