

DGSGB

Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit
bei Menschen mit geistiger Behinderung e.V.

**Theo Klauß
(Hrsg.)**

**Geistige Behinderung und Sucht
Eine Herausforderung im Spannungsfeld
von Selbstbestimmung und Fürsorge**

**Dokumentation der Arbeitstagung der DGSGB am
16.05.2003 in Kassel**

**Materialien der DGSGB
Band 7**

Berlin 2003

Geistige Behinderung und Sucht

Eine Herausforderung im Spannungsfeld von Selbstbestimmung und Fürsorge

Dokumentation der Arbeitstagung der DGSGB am 16.05.2003 in Kassel

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Martin Reker Sucht und Missbrauch – eine kurze Einführung	4
Wolfgang Beine Suchtgefährdete Menschen mit geistiger Behinderung im Betreuungsalltag – ausgewählte Aspekte	13
Marja Kretschmann-Weelink Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Begleitung von Menschen mit geistiger Behinderung und Suchtproblematik - Anforderungen und notwendige Kompetenzen	20
Theo Klauß Sucht – (k)ein Thema der Pädagogik für Menschen mit geistiger Behinderung?	30
Walter Behrens Menschen mit intellektuellen Einschränkungen und Suchtproblemen - Hilfen für den Alltag -	41
Rita Schliep Stationäre Alkoholentwöhnung bei Menschen mit intellektuellen Einschränkungen - Vorstellung eines spezialisierten Konzeptes –	52
Autoren	59

Sucht und Missbrauch – eine kurze Einführung

Martin Reker

Einführung

Suchtmittelkonsum gehört zu unserem gesellschaftlichen Leben dazu. Insbesondere der Konsum von Tabak und Alkohol ist gesellschaftlich gestattet, wenn er kontrolliert und situationsadäquat erfolgt. Das gemeinsame Rauchen vor dem Sitzungssaal am Rande einer anstrengenden Konferenz oder das Glas Sekt zum Anstoßen bei festlicher Gelegenheit; die Welt wäre vermutlich ärmer, würde sie das nicht mehr tolerieren wollen. Im Kontext des Zusammenlebens und Arbeitens mit geistig behinderten Menschen entsteht hier jedoch sofort Diskussionsbedarf. Wer mit einer Gruppe geistig behinderter Menschen auf Reisen geht, muss sich fragen, welche Vorgaben er für den Umgang mit Rauschmitteln machen will. Ist beim abendlichen Ausflug in die Stadt der Konsum von Alkohol erlaubt, bestimmen die behinderten Menschen Art und Menge des Alkoholkonsums selbst? In welcher Weise soll Einfluss genommen werden auf den Konsum von Tabak, wenn der Zigarettenkonsum bald alle finanziellen Mittel der Betroffenen auffrisst? Es ist in diesem Beitrag nicht meine Aufgabe, eine Diskussion zwischen paternalistischen Befürwortern der Totalabstinenz einerseits und Autonomisten, die die behinderten Menschen ungezwungen ihre Erfahrungen machen lassen wollen, zu moderieren. Ich sehe mich hier geladen als Fachmann für Suchtmedizin, der Ihnen erklären möchte, welche fachlichen Grundlagen bei solchen Entscheidungen behilflich sein können. Aus meiner Sicht sind dabei die folgenden Aspekte relevant:

1. Was charakterisiert einen Alkoholrausch und wo liegen selbst- und fremdgefährdende Aspekte, die besondere Aufmerksamkeit verdienen?
2. Wie interferiert Alkoholkonsum mit Medikamenteneinnahme sowie mit vorbestehenden epileptischen Anfällen?
3. Was ist „schädlicher Gebrauch“?
4. Was ist Substanzmissbrauch?
5. Was ist substanzbezogene Abhängigkeit?
6. Welchen Stellenwert hat psychiatrische Komorbidität?

Zum Abschluss meines Vortrages werde ich die aus meiner Sicht wesentlichen Gesichtspunkte noch einmal zusammenfassen.

Was charakterisiert einen Alkoholrausch?

Das nicht vorgeschädigte Gehirn des Menschen reagiert auf Alkoholeinwirkung mit den folgenden Ausfallserscheinungen:

Blutalkoholkonzentration	Ausfallserscheinungen
ab 0,2 ‰	Störung der Aufmerksamkeit
ab 0,3 ‰	Einschränkung der Reaktionszeiten
ab 0,4 ‰	Störungen der Gleichgewichtsregulation
ab 0,5 ‰	Einschränkungen des Gesichtsfeldes
ab 0,8 ‰	Verschlechterung der allgemeinen Sehschärfe, zusätzliche Einschränkung der Dämmersehschärfe, Beeinträchtigung rezeptiver Gedächtnisfunktionen
ab 0,5 ‰	Steigerung des subjektiven Leistungsgefühls mit Enthemmung und Euphorisierung
in höherer Konzentration	Dämpfende Wirkung

Als allgemeine körperliche Veränderungen durch die Alkoholeinwirkung sind festzuhalten:

- Erweiterung der peripheren Blutgefäße mit Vasokonstriktion im Körperinneren
- Beeinträchtigung der Kontraktilität und der Reizleitung am Herzen
- Zunächst anregende, später dämpfende Wirkung auf Kreislauf und Atmung
- Anregung des Harnflusses
- Reizung der Schleimhäute des Magen-Darm-Traktes
- Verstärktes Auftreten von Refluxepisoden vom Magen in die untere Speiseröhre.

Die Kompensationsmöglichkeiten des Alkohol konsumierenden Menschen sind individuell sehr unterschiedlich. So reagieren Patienten mit ohnehin vorliegender Impulskontrollstörung, z.B. Patienten mit dissozialen und mit emotional instabilen Persönlichkeitsstörungen, in besonderer Weise sensibel und neigen überdurchschnittlich häufig zu selbst- und/oder fremdschädigendem Verhalten. Gleiches gilt für viele Menschen mit hirnganischen Funktionsschädigungen. So sind Patienten, die ein schweres Schädel-Hirn-Trauma hatten, häufig ohnehin weniger stresstolerant und leichter reizbar. Sie neigen unter Alkoholeinfluss besonders leicht zu bedrohlichen Verhaltensmustern. Dies gilt letztlich wohl auch für einen Teil der geistig behinderten Menschen, deren Kompensationsmöglichkeiten bei Alkoholintoxikation ebenfalls eingeschränkt sind (s. DAVIES 1964, TREDGOLD 1963). Dennoch kam z.B. EDGERTEN 1986 im Rahmen einer empirischen Untersuchung an Patienten mit Minderbegabung und geistiger Behinderung zu dem Ergebnis, dass diese

- seltener Alkohol und andere Drogen konsumieren,
- seltener so viel Suchtmittel konsumieren, dass ihr Verhalten als Missbrauch eingestuft worden wäre,
- seltener an deviantem oder kriminellm Verhalten im Zusammenhang mit Suchtmittelkonsum beteiligt waren.

Dennoch bleibt die o.g. Grundaussage nach meiner Einschätzung gültig: Menschen mit geistiger Behinderung haben eine geringere Toleranz gegenüber Alkoholkonsum und neigen dadurch zu ausgeprägteren körperlich-neurologischen Ausfallerscheinungen sowie zu stärkerer Sedierung bei vergleichbarer Alkoholdosis.

Wie interferiert Alkoholkonsum mit Medikamenteneinnahme sowie mit vorbestehenden epileptischen Anfällen?

Wenn Menschen Alkohol konsumieren, tritt Alkohol per Diffusion in vergleichsweise großen Mengen in den Kreislauf über. Die Konzentration an Alkohol ist dann im Serum erheblich höher als z.B. die von Medikamenten, die ein bestimmter Patient regelmäßig einnehmen müsste. Um diesen Alkohol wieder abzubauen und auszuschleiden, müssen die Ausscheidungsorgane, in diesem Fall primär die Leber, erhebliche Anstrengungen unternehmen. Die für die Alkoholelimination aufgewendeten Ressourcen in der Leber stehen für den Abbau anderer Substanzen, z.B. von Medikamenten, dann nicht mehr zur Verfügung. Die Wirkungsintensität und Dauer eingenommener Medikamente nimmt dadurch erheblich zu. Dies ist besonders bedeutsam bei Medikamenten, bei denen schon kleine Verschiebungen im Serumspiegel zu Überdosierungserscheinungen führen können. Dies gilt insbesondere für Anfallsmedikamente. Auch Beruhigungsmedikamente können in Verbindung mit Alkohol in ihrer dämpfenden Wirkung erheblich verstärkt werden bis hin zu vital bedrohlichen Situationen. Regelmäßiger Alkoholkonsum erschwert dadurch insbesondere die Einstellung auf Antiepileptika erheblich. Umgekehrt führt langanhaltender Alkoholkonsum in der Leber zu einem erhöhten Trainingszustand wie deutlich gesteigerter Umsatzrate. Dadurch wird einerseits Alkohol zügiger abgebaut. Wenn Patienten aber nicht unter Alkoholeinfluss stehen, werden auch andere Fremdstoffe im Körper, z.B. Medikamente, beschleunigt abgebaut. Dadurch kann es bei alkoholgewöhnten Menschen in abstinentem Zustand zum gegenteiligen Effekt, also einer deutlichen Unterdosierung von Medikamenten kommen. Ist die Leber durch langanhaltenden Alkoholkonsum erheblich im Sinne einer Leberzirrhose geschädigt, sinkt die Entgiftungsleistung der Leber kontinuierlich, bis Alkohol und/oder Medikamente zunehmend weniger abgebaut werden können. In diesem Stadium können schon geringe Mengen von Alkohol und/oder Medikamenten zu erheblichen Überdosierungserscheinungen führen. Zudem beeinflusst regelmäßiger Alkoholkonsum den Verlauf von Epilepsien oft negativ, weil Alkoholentzugssituationen epileptische Anfälle provozieren können. Wenn sich die Anfälle als Grandmal-Anfälle immer nur auf die Entzugssituation beschränkt haben, hören sie bei fortbestehender Alkoholabstinenz in der Regel auf. Wenn Epilepsie und Alkoholkrankung unabhängig voneinander entstanden sind, stellt der Alkoholentzug lediglich einen Provokationsfaktor unter anderen dar.

Was ist ein „riskanter Gebrauch“?

Der Suchtmittelkonsum eines Menschen wird als riskant beschrieben, wenn dessen Gebrauch wahrscheinlich zu schädlichen Konsequenzen (körperliche Schädigung,

psychische und soziale Beeinträchtigung) führen wird. Die British Medical Association (BMA) hat den Grenzwert für wenig riskanten Alkoholkonsum auf eine Tagesmenge von 2 sog. Standardgetränken entsprechend etwa 20 g Alkohol pro Tag festgelegt. Dabei reagieren Frauen auf Alkohol empfindlicher als Männer. Letztlich ist bei jedem Menschen erfahrungsgelitet individuell festzustellen, wo dessen Risikoschwelle liegt. Wenn schon geringere Alkoholkonsummengen bei einem Betroffenen Anfälle oder Stürze fördern oder Verhaltensstörungen provozieren, kann auch diese geringe Menge zu groß sein. Andere geistig behinderte Menschen tolerieren Alkohol ggfs. besser, so dass auch zwei Standardgetränke gut toleriert werden können. Bei mehr als zwei Standardgetränken sind unabhängig vom hirnorganischen Status auf die Dauer allgemein-medizinische Folgeschäden zu befürchten.

Was ist „schädlicher Gebrauch“ bzw. „Missbrauch“?

Der Substanzgebrauch eines Menschen wird dann als schädlich bzw. als Missbrauch eingestuft, wenn eine Abhängigkeit (noch) nicht vorliegt, substanzbezogene Schädigungen der körperlichen und/oder seelischen Gesundheit aber schon bestehen. Das amerikanische Klassifikationssystem DSM IV bezieht anders als das hier praktizierte ICD 10 soziale Folgeprobleme in die Missbrauchsdiagnose mit ein. Dazu gehören:

- wiederkehrender Gebrauch der Substanz, der dazu führt, dass wichtige Aufgaben bei der Arbeit, in der Schule oder zu Hause nicht wahrgenommen werden (z.B. häufiges Fehlen oder mangelhaftes Arbeiten, Entlassung von der Schule, Vernachlässigung hauswirtschaftlicher Aufgaben etc.);
- wiederkehrender Gebrauch der Substanz in Situationen, die die Gesundheit bedrohen (z.B. selbstgefährdendes Verhalten im Straßenverkehr);
- wiederkehrende rechtliche Probleme im Zusammenhang mit Substanzkonsum (z.B. Ingewahrsamsnahme wegen Störung der öffentlichen Ordnung);
- anhaltender Substanzkonsum trotz ständiger oder wiederkehrender sozialer Probleme, die durch den Substanzkonsum verursacht oder verschlimmert werden (z.B. Streit mit den Gruppenbetreuern über die Konsequenzen der Trunkenheit).

Die körperlichen Folgeschäden beim fortgesetzten Alkoholkonsum sollen hier kurz benannt werden:

- Leberschäden mit eingeschränkter Entgiftungsfunktion der Leber, „Gelbsucht“, bei Leberzirrhose auch hepatisch bedingte Gerinnungsstörungen, Austreten von freier Flüssigkeit in den Bauchraum („Aszites“), Bildung von Krampfadern in der Speiseröhre („Oesophagusvarizen“), Verwirrtheitszustände durch intermittierend überhöhte Ammoniakspiegel im Blut
- Bauchspeicheldrüsenentzündungen mit Verdauungsproblemen einerseits und Entwicklung einer Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus) andererseits
- Störungen des Magen-Darm-Traktes, insbesondere Magenschleimhautentzündungen und erhöhtes Risiko einer Krebsentstehung besonders im Rachenraum und in der Speiseröhre

- Herzmuskel- und Herzrhythmusstörungen
- Störungen der Immunabwehr
- Störungen der Blutbildung
- Störungen des peripheren Nervensystems mit Gefühlsstörungen besonders in den Füßen und Unterschenkeln, sowie Lähmungen besonders bei der Fußhebung
- Störungen der Kleinhirnfunktion mit Beeinträchtigung des Koordinationsvermögens, z.B. beim Laufen und Sprechen
- Erhöhter Harnsäurespiegel (Gichtanfälle)
- Störungen der Geschlechtshormone, bei Männern Brustbildung („Gynäkomastie“), bei Frauen eingeschränkte Fruchtbarkeit („Fertilität“).

Was ist „Abhängigkeit“?

Als Krankheit im engeren Sinne bezeichnet man die Substanzabhängigkeit. In der internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD 10) wurden sechs Kriterien dafür genannt, von denen drei oder mehr zur Stellung der Diagnose erfüllt sein müssen. Diese Kriterien sollen innerhalb der letzten 12 Monate gleichzeitig über mindestens einen Monat oder wiederholt Bestand haben.

1. Kriterium: Der „Suchtdruck“ („Craving“)

Das Craving bezeichnet einen starken Wunsch oder eine Art Zwang, ein bestimmtes Rauschmittel, z.B. Alkohol, zu konsumieren. Dabei kann unterschieden werden zwischen dem Craving im akuten Entzug und dem Craving während der Abstinenz. Mit Craving vergleichbare Phänomene können auch im Tiermodell gezeigt werden. So nehmen alkoholgewöhnte Ratten erhebliche Widrigkeiten in Kauf, um sich Zugang zu Alkohol zu verschaffen (z.B. Trinken vergällter Lösungen, Erbringung erheblicher Arbeitsleistungen, um an Alkohol zu kommen, etc.). Die Grundlagenforschung entwickelte daraus ein neurobiologisches Modell, das wichtige Impulse für die Psychopharmakaforschung gab, die vor wenigen Jahren die Anticraving-substanz Acamprosat (CAMPRAL®) auf den Markt brachte. Zumindest im Tierversuch konnte das Bedürfnis zunächst alkoholgewöhnter, später alkoholdeprivierter Ratten reduziert werden, nach einer erzwungenen Abstinenz wieder verstärkt Alkohol zu konsumieren. Auch in wissenschaftlichen Studien hat sich die Substanz bei der Aufrechterhaltung längerfristiger Abstinenz als wirksam erwiesen.

2. Kriterium: Verminderte Kontrollfähigkeit

Der gesunde Mensch kann selbst bestimmen, wann und wie viel Alkohol er trinken möchte und wann der Konsum beendet sein soll. Im Zuge einer Abhängigkeitsentwicklung geht diese Kontrolle häufig verloren. So nehmen sich viele Menschen mit Suchtproblemen immer wieder vor, nach dem ersten Glas Alkohol den Konsum zu stoppen, können aber im weiteren Verlauf das selbst gesteckte Ziel nicht halten. Bei Heroinkonsumenten ist dieses Phänomen oft besonders ausgeprägt. Das Ergebnis ist dann entweder ein exzesshaftes Rauschtrinken bis zur Bewusstlo-

sigkeit oder ein fortwährender gleich bleibender Konsum ohne Abstinenzfähigkeit i.S. des sog. Spiegeltrinkens.

3. Kriterium: Toleranzentwicklung

Fortwährender regelmäßiger Suchtmittelkonsum führt auf die Dauer zu einem Gewöhnungsprozess, den man als Toleranzentwicklung bezeichnet. Die Betroffenen benötigen immer größere Dosierungen der Substanz, um die gleiche Wirkung zu erzielen. Positiv ausgedrückt könnte man sagen, die Betroffenen können immer mehr „vertragen“. Besonders deutlich zeigt sich dies bei den o.g. Spiegeltrinkern, die nach entsprechender Gewöhnung bei einer Blutalkoholkonzentration von 1,5 – 2 ‰ voll funktionstüchtig, fast nüchtern erscheinen. Die Toleranzentwicklung ist letztlich ein Adaptationsprozess des Körpers, insbesondere des Gehirns, wie man ihn auch bei anderen Expositionen des Körpers gegenüber Kälte, Hitze oder Lärm beobachten kann. Die geschilderten Adaptationsphänomene lassen sich letztlich auf zwei Mechanismen zurückführen:

1. Auf den gesteigerten Stoffwechsel, z.B. in der Leber nach fortgesetztem Substanzkonsum und auf
2. Neuroadaptive Gegenregulation im Gehirn durch Verminderung von Empfängerstellen (Rezeptoren, die auf den Substanzkonsum reagieren).

Vergleichbare Toleranzphänomene lassen sich bei geistig behinderten Menschen manchmal nach langjährigem Konsum von Benzodiazepinen (z.B. Clonazepam, Diazepam, Lorazepam) oder Barbituraten (z.B. Phenobarbital, Primidon) beobachten, Entzugssymptome in Form von vermehrten Krampfanfällen und Schlafstörungen stehen dann z.B. häufig im Vordergrund. Eine psychische Abhängigkeit im engeren Sinne ist bei medizinisch indizierter Medikation seltener. Erfahrungen aus der Klinik (z.B. auch mit Schmerzpatienten), aber auch im Tiermodell zeigen, dass eine Abhängigkeitsentwicklung in der Regel nur dann eintritt, wenn das potentielle Suchtmittel situationsbezogen zum Erreichen bestimmter psychotroper Effekte verwendet wurde und wenn zwischendurch mehr oder weniger lange Abstinenzepisoden liegen. Beides ist z.B. bei der Epilepsiebehandlung geistig behinderter Patienten mit Benzodiazepinen oder Barbituraten nicht der Fall. Daraus ergibt sich aber auch, dass die Vergabe von Medikamenten mit potentiellem Suchtpotential als Bedarfsmedikation, z.B. beim Auftreten von epileptischen Vorboten (sog. Auren), mit erheblichen Risiken belastet ist.

4. Kriterium: Entzugssyndrom bzw. Suchtmittelkonsum, um Entzugssymptome zu mildern oder zu vermeiden

Die beschriebene Toleranzentwicklung hat zur Folge, dass der Körper in ein Ungleichgewicht gerät, wenn der Suchtmittelkonsum unterbrochen bzw. eingestellt wird. Der Körper erlebt diesen Zustand als Mangelzustand und reagiert mit entsprechenden Symptomen. Die spezifischen Entzugssymptome verhalten sich quasi spiegelbildlich zur ursprünglichen Wirkung der Substanz. Eine zunächst angstlösende und dämpfende Wirkung einer Substanz wie Alkohol oder Diazepam führt durch Entwicklung einer Toleranz im Entzug zu Unruhe, Ängstlichkeit und

Schlafproblemen. Eine ursprünglich antriebssteigernde euphorisierende Substanz wie Kokain bedingt im Entzug Antriebslosigkeit und Depression. Im Laufe des Entzuges passt sich das Gehirn neu an die veränderten Bedingungen an und kehrt dann in der Regel in seinen ursprünglichen Zustand zurück. Bei geistig behinderten Menschen werden schwerere Entzüge nach eigener klinischer Erfahrung sehr selten beobachtet.

5. Kriterium: Zunehmende Vernachlässigung anderer Interessen zugunsten des Substanzkonsums; viel Zeit für Konsum und seine Folgen

Starke Raucher nehmen manchmal abends erhebliche Anstrengungen auf sich, um sich von der Tankstelle noch Zigaretten zu holen, um auf keinen Fall plötzlich ohne Zigaretten dazustehen. Oft werden auch „Lager“ angelegt, um eine kontinuierliche Suchtmittelzufuhr sicher zu stellen. Menschen mit wachsenden Alkoholproblemen vernachlässigen zunehmend Arbeit und Familie, weil der Alkoholkonsum – entgegen allen Versprechungen – immer mehr an die erste Stelle tritt. Viele Heroinkonsumenten aus ursprünglich geordneten Verhältnissen gehen irgendwann über zu Beschaffungskriminalität, betrügen und bestehlen die eigene Familie, um den Rauschmittelkonsum sicher zu stellen. Letztlich dominieren Rauschzustände, Entzugssymptome und Zeit für die Beschaffung der Substanz den ganzen Tag, sieben Tage die Woche.

6. Kriterium: Anhaltender Konsum trotz (bewussten) Nachweise schädlicher oder psychischer Folgen

Dieser Punkt aus dem ICD 10 ist nach meiner Einschätzung sehr diskussionswürdig. Die Aufrechterhaltung von Verhaltensweisen trotz der Erkenntnis, dass dies auf die Dauer schädliche Folgen haben könne, zieht sich quer durch unser gesellschaftliches Leben, angefangen von übermäßiger Nahrungsmittelzufuhr über Vergeudung von Energieträgern mit Überwärmung der Atmosphäre bis hin zu geringer körperlicher Betätigung und riskantem Autofahren. Hinzu kommt, dass bestimmte seelische Störungsbilder, z.B. die posttraumatische Belastungsstörung, selbstschädigendes Verhalten außerhalb von Suchtproblemen implizieren. Für den Alltag viel wichtiger erscheint die den Lerntheorien entnommene Erkenntnis, dass auch menschliches Verhalten primär durch kurzfristige, nicht aber durch langfristige Konsequenzen gesteuert wird. Wir essen eine große Portion Eis, obwohl wir wissen, dass dies später zum Übergewicht beitragen wird. Wir geben für besonders schöne Dinge viel Geld aus, auch wenn wir ahnen, dass es uns am Monatsende fehlen wird. Manche Menschen lassen sich auf kurzfristige Liebesabenteuer ein, auch wenn sie ahnen, dass sie es später bereuen könnten. So rauchen die Raucher weiter, auch wenn sie wissen, dass sie deswegen hochwahrscheinlich früher sterben werden. Viele trinken übermäßig Alkohol, auch wenn sie wissen, dass sie am nächsten Morgen einen Kater haben werden. Ein wichtiger Unterschied zwischen normal begabten und geistig behinderten Menschen dürfte darin liegen, dass der normal begabte Mensch eher in der Lage ist, „vernünftig“ zu sein und auf unmittelbare

Bedürfnisbefriedigung zu verzichten, um spätere schädliche Folgen zu vermeiden. Diese Möglichkeiten, aktuelles Verhalten durch vorausschauendes Denken leiten zu lassen, ist bei geistig behinderten Menschen stärker eingeschränkt. Geistig behinderte Menschen können solchen „süchtigen“ Verhaltensimpulsen leichter begegnen, wenn internalisierte normierende Vorgaben – nennen wir es das Über-Ich – korrigierend eingreifen oder wenn Autoritäten von außen in die Entscheidungsprozesse mit eingreifen.

Zusammenfassend wird man feststellen können, dass Abhängigkeitsentwicklungen aus unterschiedlichen Gründen bei geistig behinderten Menschen weiterhin relativ selten sind. Im Vordergrund stehen eher schädlicher und riskanter Konsum, was für sich genommen schon als problematisch genug angesehen werden mag.

Suchtmittelkonsum, geistige Behinderung und psychische Störung

Eine besondere Problematik tritt auf, wenn geistig behinderte Menschen mit Suchtmittelproblemen gleichzeitig eine psychische Erkrankung haben, z.B. eine Psychose. Wir sprechen dann von psychiatrischer Komorbidität („Doppel-Diagnosen“). Typische psychische Begleit- und Folgeerkrankungen sind

- schizophrene Psychosen;
- affektive Störungen, insbesondere depressive Syndrome;
- posttraumatische Belastungsstörungen;
- Verhaltensstörung;
- Anpassungsstörung;
- Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom (ADHS).

In der suchtmmedizinischen Diskussion der 90-er Jahre haben diese psychiatrischen Begleit- und Folgeerkrankungen viel Raum eingenommen. Das liegt einerseits daran, dass die vorbestehende Abstinenzforderung der Therapeuten an ihre Klienten vor der Bereitschaft, spezifische Hilfen anzubieten, den Blick auf seelische Grunderkrankungen verdeckt hatte. Gerade Patienten, die den Substanzkonsum benötigten, um eine gleichzeitig bestehende seelische Störung selbst damit zu medizieren, fanden so kaum Zugang zum Hilfesystem. Zudem hat die zunehmende Spezialisierung des Versorgungssystems dazu geführt, dass Menschen mit Doppel- oder Trippeldiagnosen – z.B. geistige Behinderung, Sucht und Psychose – in zunehmendem Maße als „Systemsprenger“ wahrgenommen wurden. Die psychiatriepolitische Diskussion hat dem in den letzten Jahren Begriffe wie „Impowerment“, „Casemanagement“ oder „personenzentrierte Hilfen“ entgegen gesetzt. Gleichzeitig wird die Diskussion um die Frage der Eigen- und Fremdverantwortung neu geführt.

Voraussetzung für suffiziente Lösungsansätze ist immer ein verstehender Zugang zu den Klienten, der den Substanzkonsum auch auf dem Hintergrund biographischer Entwicklungen, psychischer Begleitstörungen und psychosozialer Variablen im bestehenden sozialen Umfeld begreift. Notwendig ist aber auch, dass medizinisches Fachwissen und psychiatrisches Know-how im Umgang mit suchtkranken

Menschen auch von psychosozialen Hilfesystemen rezipiert wird und in die eigenen Handlungsmuster integriert wird. Gerade behinderte Menschen sind sehr auf eine hohe Beziehungskontinuität angewiesen. Deswegen kann es auch hier nicht um die Schaffung neuer Spezialeinrichtungen gehen. Vielmehr muss es in den einzelnen kommunalen Hilfesystemen gelingen, notwendigen Handlungskompetenzen verfügbar zu machen, um auch für geistig behinderte Menschen mit Suchtproblemen zumindest einen Nischenplatz zu finden.

Zusammenfassung

Abschließend sollen die folgenden Gesichtspunkte zu substanzbezogenen Abhängigkeiten und Missbrauch noch einmal herausgestellt werden:

- Auch in der Gruppe der geistig Behinderten gibt es Menschen mit Suchtmittelp Problemen, insgesamt aber deutlich weniger als in der Normalbevölkerung oder unter den psychisch kranken Menschen.
- Auch bei geistig Behinderten lässt sich zwischen riskantem, schädlichem und abhängigen Suchtmittelkonsum unterscheiden.
- Im Unterschied zur Normalbevölkerung fällt es geistig behinderten Menschen schwerer, ihr Verhalten an die langfristigen Folgen des Substanzkonsums auszurichten („vernünftig“ zu sein).
- Hirnorganische Vorschädigungen bei geistig behinderten Menschen schränken die Kompensationsmöglichkeiten bei übermäßigem Alkoholkonsum zum Teil erheblich ein (z.B. bei Störungen der Impulskontrolle oder der Koordination).
- Psychische Begleiterkrankungen (z. B. Psychosen oder posttraumatische Belastungsstörung) müssen bei der Behandlung und Versorgung von geistig behinderten Menschen mit Suchtproblemen besonders beachtet werden. Gerade hier ist ein personenzentrierter Ansatz unbedingt erforderlich.

Suchtgefährdete Menschen mit geistiger Behinderung im Betreuungsalltag – ausgewählte Aspekte

Wolfgang Beine

Das Thema dieses Tages, Sucht und Menschen mit einer geistigen Behinderung, ist ein relativ neues, daher aber auch ein spannendes. Wenn ich Ihnen im Folgenden ein paar Gedanken zu dieser Thematik vorstelle, dann immer noch auch aus der Perspektive eines Suchenden heraus. Da es sich aber auch um einen Bereich handelt, der künftig stärker noch im Arbeitsalltag der Behindertenhilfe zu berücksichtigen sein wird, ist die hier stattfindende frühzeitige Annäherung ein Verdienst der Organisatoren dieses Tages.

Seit einiger Zeit müssen sich die Mitarbeiter der Behindertenhilfe um ein Problem kümmern, das es in der Vergangenheit in Einzelfällen gegeben haben mag, heute aber dem Empfinden der Mitarbeiterschaft nach verstärkt auftritt und nach Lösungen verlangt - das Problem einer zunehmenden Gruppe von Menschen mit einer geistigen Behinderung, die in auffälliger Weise Alkohol (und selten anderen Suchtmitteln) konsumieren. Der für schädlich gehaltene Konsum von Suchtmitteln und der daraus resultierende Versuch der Einflussnahme haben aber im bisherigen Arbeitsalltag in der Behindertenhilfe kaum eine Rolle gespielt, und so fehlen Strategien und Konzepte für den Umgang damit. Daher wenden sich die Mitarbeiter – und manchmal auch die Angehörigen oder die gesetzlichen Betreuer - an Suchtberatungsstellen oder andere Institutionen der Suchtkrankenhilfe. Dieses Hilfesuchen bleibt allerdings zumeist erfolglos, da die Strategien der Suchtkrankenhilfe auf die Konsumenten mit einer geistigen Behinderung nicht übertragbar erscheinen. Da jedoch mit zunehmender Enthospitalisierung und mit der Einführung des Normalitätsprinzips in der Behindertenhilfe ebenso wie in vielen anderen Bereichen immer mehr Risikosituationen entstehen, in denen Menschen mit einer geistigen Behinderung Suchtmittel konsumieren, entwickelt sich eine Problemlandschaft, die von Hilflosigkeit gekennzeichnet ist. Gleichzeitig verschärft die sich immer weiter entwickelnde Diskussion um die Verteilung von Verantwortung zugunsten der Betroffenen die Handlungsunsicherheit bei den Mitarbeiterinnen. Um da nicht missverstanden zu werden: Die möglichst weitreichende Rückgabe der Verantwortung für die eigene Lebensführung ist der richtige Weg, nimmt mit der schwindenden Fremdbestimmung doch auch die Entwertung und damit auch die Zahl der „Trinkgründe“ ab. Diese Situation vermischt sich jedoch mit der Unkenntnis über die Süchte bei den Mitarbeiterinnen der Behindertenhilfe und mit dem fehlenden Wissen vom Umgang mit Menschen mit einer geistigen Behinderung in der Suchtkrankenhilfe. Als Mitarbeiter der Suchtkrankenhilfe begegnen mir diese Verständigungsschwierigkeiten immer dann, wenn ich um Rat gefragt werde, in unserem eigenen, benachbarten Behindertenhilfebereich, obwohl ich mich seit längerer Zeit um eben diese Verständigung bemühe. So stehen die Kolleginnen vor einer Reihe von bisher unbeantwortet gebliebenen Fragen:

- Was ist überhaupt Sucht?
- Gibt es tatsächlich Besonderheiten bei geistig behinderten Suchtmittelkonsumenten, die sie von so genannten normalen Konsumenten unterscheiden?
- Wie ist eine Suchtentwicklung zu beeinflussen?
- Was meinen die Kollegen aus der Suchtkrankenhilfe mit ihrer Unterscheidung von Sucht und riskantem Konsum?
- Wo handelt es sich um ein gesundes Ausprobieren von Grenzen?
- Und, wohl die schwierigste Frage, wann muss oder kann ich wie verändernd eingreifen? Welche Strategien und Handlungskompetenzen benötige ich dafür?

Was wissen oder vermuten wir?

Sucht und geistige Behinderung sind eigenständige Störungen, die sich aber bei gleichzeitigem Auftreten gegenseitig negativ beeinflussen können

1968 wurde Alkoholismus als behandlungsbedürftige Erkrankung durch das Bundessozialgericht in Kassel anerkannt. Damit steht die Alkoholkrankheit gleichrangig neben anderen behandlungsbedürftigen Erkrankungen. Es gibt die noch zu überprüfende Vermutung, dass bei einem Teil der Menschen mit einer geistigen Behinderung die enthemmende Wirkung von Alkohol überproportional stark einsetzt. Allein die hirnganisch bedingte Vorschädigung dafür verantwortlich zu machen, erscheint allerdings ohne hinreichende Forschung zu weitreichend. Zudem sind die von einer Behinderung betroffenen Bereiche des Gehirns individuell sehr unterschiedlich. Möglicherweise kann es aber beim Zusammentreffen ungünstiger Faktoren (Vorschädigung einer bestimmten Hirnregion, auf die Alkohol ebenfalls Einfluss nimmt, etwa die Sprach- und Sehzentren, die Bewegungskoordination und die für die Selbstkontrolle verantwortlichen Bereiche) durchaus zu störenden, massiven Fehl-Entwicklungen kommen. Andererseits ist aber auch bekannt, dass die negative Beeinflussung des Gehirns durch Alkohol insbesondere eben auch die Koordination der einzelnen Funktionsbereiche betrifft, eine Störung, die neben der „sektoriellen“ Beeinträchtigung vielfach auch die geistige Behinderung beschreibt.

Es wird vermutet, dass andere Faktoren, etwa ein durch die eingeschränkte Lernfähigkeit begrenztes Repertoire an Verhaltensalternativen und/oder mangelndes „Konsumtraining“ eine ebenso bedeutende Rolle spielen

Eine besondere Bedeutung kommt – wie in der Normalbevölkerung auch – der Wechselwirkung von Alkohol und einer evtl. notwendigen Medikamenteneinnahme zu. Ob tatsächlich die oben beschriebene Befürchtung der überproportional enthemmenden Wirkung von Alkohol auf der Grundlage einer vorhandenen geistigen Behinderung besteht, muss intensiv beforscht werden. Allerdings wissen wir aus der Suchtkrankenarbeit, dass durch den Alkoholkonsum insbesondere die Zentren des Hirns beeinflusst werden, die für Steuerung und Selbstkontrolle zuständig sind.

Betroffen sind oft diejenigen Menschen mit einer geistigen Behinderung, die zu den mobilsten und aktivsten gehören

Natürlich gibt es auch in den klassischen Heimstrukturen Bewohner, die in schädlicher Weise Alkohol zu sich nehmen. Die ersten Erfahrungsberichte deuten jedoch darauf hin, dass insbesondere die Gruppe der Menschen mit einer geistigen Behinderung gefährdet ist, die Schritte in Richtung Verselbstständigung unternehmen. Das Normalitätsprinzip fordert seinen Preis und greift auch hier: Die Betroffenen probieren all die Dinge aus, die die so genannten Normalen auch tun. In diesem Sinne verhalten sie sich wie Jugendliche, die die Grenzen ihrer Möglichkeiten austesten. Problematisch dabei ist, dass auf diesem Weg Kontakte zu Personengruppen entstehen, die erst einmal keine Berührungängste oder Vorurteile zu haben scheinen, die aber selbst eher zu einem Submilieu gehören, wie etwa Obdachlose. Betroffen sind oft die eher jüngeren Betreuten, meist Männer. Sie entwickeln dabei Trinksysteme, die sich an unterschiedlichen Kriterien orientieren, so wird z.B. nach Dienstschluss der Mitarbeiter, am Wochenende oder nur in bestimmter Gesellschaft getrunken. Mit diesen Strategien unterscheiden sie sich in keiner Weise von anderen Trinkenden. Übrigens ist die Vermeidung des Kontaktes mit den Betreuern ein Signal dafür, dass ihnen sehr wohl klar ist, dass mit dem Alkoholkonsum auch negative Folgen verbunden sein können. Mit diesem Wissen lassen sich Gespräche anders gestalten.

Klassische, gesprächspsychotherapeutische Verfahren sind wenig Erfolg versprechend

Die Institutionen der Suchtkrankenhilfe, insbesondere die Beratungsstellen, sind von ihrer Arbeitsweise her gesprächspsychotherapeutisch organisiert, was vielfach für deren bisherige Arbeit auch richtig und konsequent war, für viele Menschen mit einer geistigen Behinderung aber eine Überforderung bedeutet. Mit dieser Arbeitsweise erreichen sie die Menschen mit einer geistigen Behinderung nicht und dieser Arbeitsstil lässt sich kaum übertragen auf die Arbeit mit Behinderten, auch nicht durch die Institutionen und Mitarbeiter der Behindertenhilfe. Notwendig sind erlebbare, nachvollziehbare und Alternativen aufzeigende Strategien.

Offenkundig ist die Zunahme dieses Problems mit einem Zuwachs an auffälligen und die soziale Umgebung störenden Begleiterscheinungen verbunden

Die Behindertenhilfe ist keine Insel, sondern in ihr spiegeln sich die gesamtgesellschaftlichen Tendenzen wider, dazu gehören leider auch die problematischen Entwicklungen wie der Suchtmittelkonsum und die damit verbundenen Auffälligkeiten. Darin unterscheiden sich Menschen mit einer geistigen Behinderung nicht von anderen Alkoholkonsumenten. Die Liste der Auffälligkeiten (benannt von einer Kollegengruppe aus dem Betreuten Wohnen) ist lang:

- Belästigung Unbeteiligter (z.B. der Nachbarn)
- Sexuelle Übergriffe unter Alkohol

- Der Verlust der Orientierung – nicht mehr nach Hause kommen
- Zur hilflosen Person werden
- Werkstattbeschwerden und drohender Arbeitsplatzverlust
- Häufigere Unfälle
- Verlust positiver sozialer Kontakte
- Nicht ansprechbar sein, keine Arbeitsmöglichkeit für Betreuer
- Geldsorgen
- Verwahrlosung von Wohnung, Kleidung, Ernährung und Körperhygiene
- Unkontrollierte Handlungen aller Art

Für die Betreuenden bedeutet jedoch eine solche negative Entwicklung die Gefährdung des Verselbstständigungszieles oder zumindest eine Infragestellung der eigenen bisherigen Arbeit, für sich selbst und möglicherweise auch durch die Kollegen. Wie und wann und mit welchem Erfolg interveniert wird, entscheidet sich immer auch durch die individuelle Haltung zur Frage der Verantwortungsübernahme. Diese steht in Beziehung zur Anerkennung der mit dem Normalitätsprinzip verbundenen zusätzlichen Risiken. Die oben genannte Liste ist entstanden aus einer Befragung von Mitarbeitern des Betreuten Wohnens. Auffällig ist daran vor allem, dass es sich bei den zuerst genannten Punkten in erheblicher Weise um soziale und die Umgebung negativ beeinflussende Aspekte handelt, die die Mitarbeiter zum Handeln veranlassen. Die anderen Aspekte, die Gesundheitsfürsorge, Geldsorgen, Arbeitsplatzverlust, Verwahrlosung usw. gehören scheinbar eher zum üblichen Betreuungsalltag. Trotzdem können auch sie - z.B. auffälliges Sammeln von Alkoholabfällen - ein Hinweis darauf sein, dass das Problem des Alkoholkonsums gefährlich oder zunehmend sein kann. So lange diese Probleme als Einzelfälle betrachtet wurden, gab es nur wenig Handlungsdruck. Inzwischen mehren sich aber die Signale. Je nach Institution und nach Vorerfahrung der Mitarbeiterschaft (oder deren innerer Haltung) werden bis zu 25 % durch den Alkoholkonsum erheblich gefährdete Menschen mit einer geistigen Behinderung genannt. An anderen Orten habe ich Aussagen von deutlich weniger Gefährdeten gehört. In dieser Unterschiedlichkeit wird erneut die Unsicherheit in der Einschätzung des Problems deutlich.

Wovon sollten wir bei unseren Hilfeangeboten ausgehen?

Einflussmöglichkeiten bestehen aufgrund einer zwar eingeschränkten, aber doch vorhandenen Kommunikations- und Einsichtsfähigkeit

Die Gruppe der Menschen mit einer geistigen Behinderung in ambulant betreuten Wohnformen ist in der Gesamtgruppe durch die weitreichendsten intellektuellen Möglichkeiten gekennzeichnet. Damit ist neben der Neugier auf neue Lernerfahrungen (mit Alkohol) eben auch die Chance verbunden, Fehlentwicklungen zu korrigieren. Dazu kommt durch die professionell organisierte Betreuung der Vorteil, zumindest mit einer Korrektur-/ Kontrollinstanz regelmäßig in Kontakt zu stehen.

Auch wenn die Präsenzzeiten vor Ort gering erscheinen, so gibt es doch bei bewusstem Hinsehen erkennbare Signale für eine verhängnisvolle Suchtentwicklung – Verwahrlosung, Geldmangel, sich beklagende Nachbarn, erkennbares Misstrauen, usw. Eine echte Suchtentwicklung lässt sich auf Dauer nicht verstecken, sie ist mühsam und belastend. Unterstützung, die auf diesem Wissen aufbaut und nicht mit Vorwürfen und Entwertungen verbunden ist, muss daher jederzeit angeboten werden.

Ursachenklärung ist notwendig

Auch wenn eingangs die Anwendung gesprächspsychotherapeutisch orientierter Strategien als nicht adäquat eingeschätzt wurde, so besteht doch die Verpflichtung für die Mitarbeiterschaft, die Ursachen für den Alkoholkonsum mit kritischen Auswirkungen zu erkunden. Die möglichen Anlässe dafür sind vielfältig:

- Einsamkeit
- Fehlende Anerkennung bzw. Anerkennung durch die falschen Leute
- Krisen bzw. Versuch der Bewältigung und/oder des Vergessens von Krisen
- Spannungsabbau
- Mangel an Problemlösungsstrategien
- Fehlende Partnerschaft
- Ablehnung durch die so genannten „Normalen“
- Fehlende alternative Freizeitstruktur
- Fehlende Kontrolle durch Institutionen bzw. der Verlust der Kontrolle durch Institutionen, beispielsweise beim Wechsel eines Heimbewohners in das Betreute Wohnen
- Verlust von zuvor permanenter Anwesenheit von Mitarbeitern (bei Ex-Heimbewohnern)
- Wunsch, nicht mehr fremdbestimmt sein zu wollen
- Trinken als Beweis von Selbstständigkeit und Unabhängigkeit
- Trinken als soziales „Schmiermittel“
- Alkohol trinken ist normal
- Gruppennormen
- Verhaltensänderung in besonderen Situationen, z.B. bei Freizeiten/Urlauben
- Schüchternheit überwinden

In vielen der genannten Punkte unterscheidet sich die Motivation zum Alkoholkonsum nicht von der anderer Konsumenten. Allerdings dürfte die Ursachenanalyse manchmal schwieriger sein und oftmals eine Verkettung mehrerer Faktoren ergeben. Wenn sie auf Zusammenhänge mit der konkreten Lebenssituation von Menschen mit einer geistigen Behinderung hinweist, führt sie eher zu einem Verständnis als zu Korrekturhinweisen, die im nächsten Schritt mühsam zu erarbeiten sind.

Die Rücknahme begonnener Fehlentwicklungen braucht Zeit, Geduld und Empathie

Die Entwicklung einer echten Sucht benötigt Zeit. Niemand wird von heute auf morgen abhängig, sondern es ist bekannt, dass hier ein eher schleichender, allerdings oft dramatisch endender Prozess abläuft. Für die Suchtkrankenhilfe gilt, dass hier auch niemand spontan geheilt oder gebessert wird, sondern es findet eine langsame Entwicklung statt. Gleiches muss in der Begleitung von Menschen mit einer geistigen Behinderung erwartet werden, möglicherweise sind die Vorgänge der Besserung hier noch längerfristiger anzulegen. Dabei muss davon ausgegangen werden, dass Korrekturversuche nicht von Beginn an erfolgreich sein werden, sondern eine lange Zeit erfolglosen Werbens zu erwarten ist. Ein erneutes Scheitern in einer schwierigen Situation, eine wiederholte Belastung oder Stress können zu Rückschritten führen. Deshalb muss jedoch der Weg der konsequenten aber empathischen Begleitung nicht verlassen werden. Die stete Bereitschaft zur Unterstützung und die Erfahrung, sich auf sie verlassen zu können, sind wesentliche Bausteine der helfenden Beziehung. Hier geht es aber nicht um bedingungslose Hilfe, sondern um das gemeinsame Erarbeiten eines angemessenen Lebensweges. Konstruktive sowie auch kritische Auseinandersetzungen mit dem/der Betroffenen sind immer ein Zeichen der Wertschätzung und des Bemühens um eine gute Entwicklung, Konfliktvermeidung ist eine Entwertung der Beziehung.

Alkohol kann erheblichen Schaden verursachen

Der risikohafte Genuss von Alkohol kann mit erheblichen Folgen und Schäden verbunden sein. Alkohol in großen Mengen schädigt wichtige Organe, insbesondere das Hirn, die Leber und den Magen. Alkohol in Unmengen führt zu mehr Unfällen, zu Streitereien und zu Schwierigkeiten am Arbeitsplatz. Dies gilt für Menschen mit einer geistigen Behinderung genauso wie für andere Konsumenten. Menschen mit Alkoholproblemen wissen und spüren das. Sie haben daher ein schlechtes Gewissen und versuchen ihren Konsum zu verbergen und zu bagatellisieren.

Was können wir tun?

Eine klare Haltung einnehmen: „Es geht um Sie und nicht darum Ihnen etwas wegzunehmen“

Die Ziele professionellen Handelns müssen nicht immer mit denen der Klienten übereinstimmen. Sie müssen jedoch transparent und offen sein und damit eine Alternative bieten, die nicht vereinnahmend wirkt, sondern als alternatives Angebot. Verantwortung und Entscheidungsfreiheit zu beschränken wirkt bedrohlich und stellt die Absicht der zuvor bekundeten vollständigen Bemündigung als unglaubhaft dar.

Anerkennen, dass Alkoholkonsum (kurzfristig) als sinnvoll empfunden wird und nach Alternativen suchen

Alkohol hat eine wichtige Funktion, die es anzuerkennen gilt. Alkohol lässt Kummer und Sorgen erträglich erscheinen, erleichtert Kontaktaufnahmen und ist das Symbol erworbener Unabhängigkeit. Daraus ergibt sich, dass die Alternativen zum Alkoholkonsum genau in diesen Bereichen wirksam sein müssen. Wer schon soziale Kontakte hat, benötigt keinen Alkohol um welche zu knüpfen. Wer mit seinen Sorgen einen Ansprechpartner hat, der als echte Hilfe empfunden wird, unterlässt den Versuch, seine Sorgen in Alkohol zu ertränken. Insbesondere in der Vorbereitung aller Bemündigungsschritte sollte dieser Aspekt bedacht und in die Lebensplanung mit eingeschlossen werden. Im Klartext könnte dies bedeuten, dass jemand z.B. aus einem Heim in das Betreute Wohnen zieht und vorher schon während der Heimzeit der externe soziale Kontakt in tragfähige Formen eingebunden werden sollte.

Verhalten spiegeln statt strafen

Die Aufgabe von Mitarbeitern im Betreuten Wohnen (und in anderen Betreuungsformen) besteht in der Begleitung und nicht in der Sanktionierung tatsächlichen oder vermeintlichen Fehlverhaltens. Wie oben erwähnt, spüren Menschen mit Alkoholproblemen sehr wohl, dass ihre Form des Konsums mit Risiken oder gar Schäden verbunden ist. Dieses Wissen kann genutzt werden, in dem durch Spiegelung des Verhaltens und seiner Folgen diese Empfindung verstärkt und so eine höhere Veränderungsbereitschaft gestützt werden kann.

Sanktionieren - aber angemessen

Wichtig für den Umgang mit konsumierenden Menschen, und dies gilt für Menschen mit einer geistigen Behinderung wie für andere auch, ist es, die Folgen eigenen Handelns zu sehen und zu spüren. Dazu bietet es sich an, Verabredungen zu treffen, wie jeweils mit Ereignissen umzugehen ist. Diese „Wenn - Dann – Absprachen“ erleichtern den Kontakt. Oft lassen sich Verabredungen finden, die von den Betroffenen selbst formuliert werden. Damit sind die Mitarbeiter aus der Rolle der Strafenden in die Rolle des „Geschäftspartners“ gewechselt, schädlicher oder unverabreiteter Alkoholkonsum bleibt aber nicht folgenlos. Positiv verstärkt wird die Einhaltung von Absprachen durch ein angemessenes Belohnungssystem, welches Bestandteil der Gesamtabsprache ist.

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Begleitung von Menschen mit geistiger Behinderung und Suchtproblematik - Anforderungen und notwendige Kompetenzen

Marja Kretschmann-Weelink

Einleitung

Das Jahr 2003 ist das Europäische Jahr der Menschen mit Behinderungen. Mit dem Motto: „Nichts über uns ohne uns“ soll die Gesellschaft weiter dafür sensibilisiert werden, Menschen mit Behinderungen als vollwertige Mitglieder der Gesellschaft anzuerkennen. Die Aussage ist eindeutig: Wenn es um uns geht, möchten wir ernst genommen werden, wollen in allem gefragt und mit einbezogen werden! Im Jahr 2000 wurde der Zwischenbericht zum Aktionsprogramm „Mit gleichen Chancen leben – Integration von Menschen mit Behinderungen“ vom Ministerium für Arbeit und Soziales, Qualifikation und Technologie des Landes Nordrhein – Westfalen veröffentlicht. In diesem Zwischenbericht wird u.a. deutlich, dass Menschen mit Behinderungen das selbstverständliche Recht haben, selbstbestimmend zwischen unterschiedlichen Formen der Lebensgestaltung autonom wählen und entscheiden zu können, welches auch eine selbstverständliche Teilhabe an der Gesellschaft mit beinhaltet. Anscheinend ist es nicht selbstverständlich, dass Menschen mit Behinderungen als vollwertige Mitglieder der Gesellschaft anerkannt werden, dass sie ausreichend die Möglichkeit haben, ihr Leben weitestgehend selbstbestimmend zu gestalten, und dass sie selbstverständlich in der Gesellschaft integriert sind.

Ich arbeite in einem Wohnverbund für Menschen mit Behinderungen und begleite unsere Klienten¹ auf ihrem Weg, möglichst selbstständig zu leben. Diese Arbeit unterliegt einem Prozess der Veränderungen, einem Paradigmenwechsel. Als zusätzliche Herausforderung kommt hinzu, dass eine Zunahme der Suchtproblematik festzustellen ist. Das bedeutet, dass neben der üblichen Begleitung unserer Klienten weitere Anforderungen und Kompetenzen von den Mitarbeitern gefordert werden, wenn es um die Begleitung bei Suchtproblematik geht. Leider ist es sehr schwierig, auf adäquate Hilfen zurückzugreifen. Es gibt kaum Literatur, an der man sich ori-

¹ Der Einfachheit halber wurde die männliche Form gewählt. Natürlich sind auch Mitarbeiterinnen, Klientinnen, Therapeutinnen usw. gemeint!

³ Infos im Internet: www.fachklinik-oldenburger-land.de. Die Fachklinik Oldenburger Land ist ca. 25 Kilometer von Oldenburg entfernt, verfügt über 90 Plätze, die Wartezeit beträgt ungefähr sieben Wochen, der Aufenthalt dauert zwischen vier bis sechs Monaten und das therapeutische Angebot umfasst sowohl Entzugs- und Entwöhnungsbehandlung als auch Elemente der Nachsorge. Sie befasst sich als Spezialklinik für Suchterkrankungen unter anderem mit Suchterkrankungen von Menschen mit Einschränkungen der intellektuellen Fähigkeiten und/oder mit besonderen Störungen im Kontakt- und Kommunikationsbereich - Patienten mit einer sehr schweren Minderung der intellektuellen Leistungsfähigkeit können nicht behandelt werden. Die PatientInnen weisen folgende Eigenschaften auf:

entieren kann. Es gibt wenige Therapeuten oder Beratungsstellen, die sich zutrauen, Menschen mit geistiger Behinderung und Suchtproblematik zu therapieren. Deswegen habe ich mich im Rahmen einer sozialtherapeutischen Weiterbildung mit der Thematik: „Menschen mit geistiger Behinderung und Alkoholproblematik“ verstärkt auseinander gesetzt.

Es ist notwendig, einen kurzen Blick zurück zu werfen auf die heilpädagogische Arbeit der letzten Jahrzehnte, um deutlich zu machen, welchen Veränderungsprozess sowohl Mitarbeiter als auch Menschen mit Behinderungen zurzeit zu bewältigen haben. In der Vergangenheit war die heilpädagogische Arbeit stark defizitorientiert ausgerichtet. Die Berufsbezeichnungen „Erzieher“ und „Betreuer“ machen das Arbeitsziel deutlich: erziehen, betreuen. Arbeitsebenen, die gekennzeichnet sind durch eine Zielbestimmung, die meistens durch die Mitarbeiter, nicht durch die Menschen mit Behinderungen formuliert wurden. Sowohl Eltern als auch die jeweiligen Mitarbeiter haben versucht, durch eine entsprechende Erziehung, durch pädagogische und medizinische Förderung, vorhandene Defizite möglichst stark zu minimieren, um dadurch eine größtmögliche Anpassung an die Gesellschaft zu erreichen. Die defizit-orientierte Arbeit hatte vielfach zur Folge, dass der behinderte Mensch fremdbestimmt wurde. Außerdem wurde die mögliche (Wieder-) Herstellung der Erwerbsfähigkeit angestrebt. Der Arbeitsplatz vieler Menschen mit Behinderungen war (und ist immer noch) die Werkstatt für behinderte Menschen.

Viele Menschen mit Behinderungen lebten und leben in Einrichtungen, weil das Leben in einer eigenen Wohnung noch nicht üblich war und auch heute z.T. noch nicht möglich ist. Ein notwendiges Netzwerk zur Assistenz ist vielfach noch nicht vorhanden. Viele Menschen mit Behinderungen sind und waren, bedingt durch die Wohnform „Einrichtung“ und durch den Arbeitsplatz „Werkstatt“, nicht in die Gesellschaft einbezogen.

Es hat in den letzten Jahrzehnten viele Bemühungen und Initiativen gegeben, die sich das Ziel setzten, auf die Rechte behinderter Menschen hinzuweisen und diese einzufordern. Konzepte zur sozialen, schulischen und beruflichen Integration wurden entwickelt; die rechtliche Gleichstellung aller Behinderten wurde gesetzlich verankert. In der Gesellschaft müssen allerdings weitere neue Rahmenbedingungen entstehen und es muss ein neues Verständnis wachsen, um eine selbstverständliche Teilhabe an der Gesellschaft für Menschen mit Behinderungen zu ermöglichen (vgl.: NIEHOFF 2002; THEUNISSEN & PLAUTE 2002; Zwischenbericht zum Aktionsprogramm: „Mit gleichen Chancen leben“).

Die bisher erfolgten Veränderungen in der Gesellschaft beeinflussen auch die traditionelle Arbeit. So zeichnet sich innerhalb der Heilpädagogik eine Neuorientierung ab: Die traditionell defizitorientierte, heilpädagogische Arbeit wird immer mehr ersetzt durch Modelle, die die Selbstbestimmung behinderter Menschen in den Vordergrund rücken und sich an den Menschenrechten orientieren. Ein Konzept, welches auch in Deutschland immer mehr an Bedeutung gewinnt, ist das *Empowerment* („Selbst – Ermächtigung“, auch „Selbst – Bemächtigung“). Mit „Empowerment“ sind eine Philosophie, theoretische Annahmen und Leitideen wie auch Programme, Prozesse, Ansätze oder Konzepte gemeint, die in der Arbeit im sozialen Bereich

- die vorhandenen Stärken von Menschen in gesellschaftlich marginaler Position zu ihrem Ausgangspunkt nehmen;
- zu tragfähigen Formen kollektiver und autonomer Selbsthilfe – Zusammenschlüsse sowie sozialer Netzwerke anstiften;
- die (Wieder-) Gewinnung von Selbstbestimmungsfähigkeiten und Kompetenzen zur Kontrolle und Verfügung über die eigenen Lebensumstände als Ziel haben (THEUNISSEN & PLAUTE, 2002, 11 ff.).

Das Empowermentkonzept erfordert für Mitarbeiter ein Umdenken im Umgang und in der Arbeit mit Menschen mit Behinderungen. *Eine Veränderung des Blickwinkels ist notwendig*, denn

- *nicht* die körperlichen oder geistigen Einschränkungen sind Ausgangspunkt der Arbeit, *sondern* die Stärken und Ressourcen der Menschen;
- *nicht* die Mitarbeiter, die Therapeuten, entscheiden über Lebensziele, bestimmen Wohn- form und Arbeit, *sondern* der behinderte Mensch mit seinen Vorstellungen, seinen Wünschen und seinen Zielen rückt an die erste Stelle, muss der Ausgangspunkt aller Arbeit sein.

Der Mensch mit einer Behinderung muss befähigt werden, weitestgehend über sein Leben und die damit verbundene Lebensqualität zu bestimmen. Er muss als „Experte in eigener Sache“, als Klient, als Nutzer, akzeptiert werden. Wir als Mitarbeiter können / dürfen ihn auf diesem Weg begleiten. Hier wird unsere neue Arbeitsaufgabe deutlich: *das Begleiten von Menschen mit Behinderungen auf ihrem Weg zur Normalität und Selbstbestimmung, d.h.: zu einem selbstverständlichen Mitglied unserer Gesellschaft.* Dabei sollen Begleitung und Assistenz sich auf den tatsächlich vorhandenen Hilfebedarf des Klienten beschränken. Diese Sichtweise erfordert neue Kompetenzen, stellt andere, neue Anforderungen an Mitarbeiter, die in diesem Arbeitsfeld tätig sind. Außerdem geht dieser Prozess der Veränderung einher mit einer Kompetenzveränderung bei den zu begleitenden Menschen: sie müssen lernen, mit dieser für sie neuen Verantwortung umzugehen. In der Praxis bedeutet dies, dass sowohl der behinderte Mensch als auch der Mitarbeiter gemeinsam einen Prozess der Veränderung bewältigen muss und dass beide Gruppen Zeit brauchen, sich in dieser neuen Situation einzufinden. Wir sind auf dem Weg, Menschen mit Behinderungen nach ihren selbstbestimmten Lebenszielen, nach ihrer Lebensplanung zu fragen. In diesen Gesprächen kommt immer deutlicher zum Ausdruck, dass es für viele ein wichtiges Ziel ist, in einer eigenen Wohnung zu leben. Dass dieser Wunsch ernst genommen wird, sieht man daran, dass immer mehr Klienten in eine unterstützende Wohnform ziehen. Der Einzug in eine eigene Wohnung impliziert, dass man diesen Menschen das Recht auf Selbstbestimmung und Normalität einräumt. Er beinhaltet auch, dass sie eigene, neue Erfahrungen in ihrem Alltag machen, vor allem aber auch in ihrer Freizeit. Dazu jedoch gehören auch Erfahrungen mit Suchtmitteln.

Es ist bekannt, dass sich Suchtverhalten aus Gewohnheitskonsum, aus Langeweile oder Einsamkeit und zur Bewältigung von Angst- und Problemsituationen entwickeln kann. Menschen mit geistiger Behinderung erleben, wenn sie nicht mehr im „geschützten Umfeld“ wohnen, Konflikte und Alltagsprobleme wie jeder Mensch

in seiner eigenen Wohnung. Das Aushalten von Ängsten und das Lösen von Konflikten erfordern ein Zurückgreifen auf selbst entwickelte Lösungs- und Handlungsstrategien. Diese Strategien müssen erlernt werden. Durch die oftmals jahrelange Betreuung in den geschützten Wohnformen haben viele Menschen mit Behinderungen nicht gelernt, eigene Strategien zu entwickeln, weil sie in Problemsituationen auf die Hilfe der Mitarbeiter zurückgreifen konnten.

Kompetenzen und Anforderungen an Mitarbeiter

Jeder Mensch hat das selbstverständliche Recht, sein Leben weitestgehend nach seinen Vorstellungen und Wünschen, möglichst selbstständig und unabhängig, zu leben

1. Jeder Mensch hat das selbstverständliche Recht, weitestgehend nach seinen Vorstellungen und Wünschen, möglichst selbstständig und unabhängig, zu leben. Jeder Einzelne bestimmt über seine Lebensplanung und die damit verbundene Lebensqualität. Dies muss selbstverständlich auch für Menschen mit Behinderungen gelten. Sie haben, wie jeder Mensch, das elementare Grundrecht auf Selbstverwirklichung, selbstbestimmte Lebensqualität, Normalität und Inclusion. Für die Mitarbeiter bedeutet dies, dass sie - absolut selbstverständlich - die Wünsche, Vorstellungen und Lebensziele der behinderten Menschen akzeptieren. Der Mensch mit Behinderungen ist „Experte in eigener Sache“, Nutzer, Klient. Das bedeutet auch, dass Mitarbeiter die nach ihrer Meinung wichtigen Lebensziele für Menschen mit Behinderungen zurückstellen müssen und sie nicht auf die zu Begleitenden übertragen dürfen, um eine erneute Fremdbestimmung zu vermeiden.

2. Ein Zitat von Richard von WEIZSÄCKER lautet: „*Wie wir behinderte Menschen ansehen, sagt viel darüber aus, wie wir uns selbst anschauen*“.

Mitarbeiter sollten sich mit dem eigenen Menschenbild auseinandersetzen. Wie sehe ich mich selber und andere? Mein Menschenbild prägt meinen Umgang mit den Mitmenschen, prägt am Arbeitsplatz mein Agieren in der Begleitung und Assistenz von Menschen mit Behinderungen und Suchtproblematik. Darüber hinaus ist es wichtig, sich mit den Leitbildern des Arbeitgebers (Trägers) auseinanderzusetzen. Damit meine ich: mit den gelebten Leitbildern, nicht mit denen, die auf dem Papier stehen! Sowohl in der Veröffentlichung „Menschenbild - Womit begründen wir unsere Arbeit mit behinderten Menschen?“ (SCHÜMANN, 2002) als auch im „Handbuch Empowerment und Heilpädagogik“ (THEUNISSEN & PLAUTE 2002, 20 ff.) wird u.a. vermittelt, wie das Menschenbild in der Gesellschaft den Umgang und die Arbeit mit behinderten Menschen beeinflusst hat und immer noch beeinflusst.

3. Ein dritter Aspekt in der Arbeit mit Suchtproblematik fordert die *Auseinandersetzung der Mitarbeiter mit dem eigenen Umgang im Hinblick auf evt. vorhandene Süchte*.

Habe ich selber Suchtverhalten? Wann und wie ist diese Sucht entstanden? Welche Strategien wende ich an, um das Suchtverhalten positiv zu verändern? Habe ich es geschafft, mein Suchtverhalten zu beenden? Daraus folgt: Kann ich nachvollziehen, dass behinderte Menschen im Rahmen der Selbstbestimmung und Normalität, ihre

eigenen Erfahrungen mit Suchtmitteln machen und Abhängigkeiten entwickelt haben oder entwickeln können? Kann ich nachvollziehen, dass auch sie Gründe haben, Suchtmittel zu konsumieren? Kann ich nachvollziehen, dass es für diese Menschen auch schwierig und mühevoll ist, vorhandenes Suchtverhalten positiv zu verändern (vgl. SCHINNER 2000)? Die Auseinandersetzung mit dem eigenen Suchtverhalten kann zu der Erkenntnis führen, dass es, nicht nur für mich, sondern für viele Menschen sehr schwierig ist, vorhandenes Suchtverhalten positiv zu verändern und dass dies für Menschen mit geistiger Behinderung zum Teil noch viel schwieriger sein kann. Dieses Wissen macht es möglich, eine empathische Grundhaltung zu entwickeln, die eine notwendige Voraussetzung ist um professionell begleiten zu können.

Professionelles Begleiten erfordert eine empathische Grundhaltung - Respekt, Annahme, Akzeptanz und Begleitung

Eine empathische Grundhaltung vermittelt dem Klienten, dass der Mitarbeiter ihn akzeptiert, respektiert, und Einfühlungsvermögen zeigt. Wenn es um eine Suchtproblematik geht, impliziert dies, dass der Mitarbeiter die Situation des Klienten nachvollziehen kann und dessen Meinung, Ansichten oder subjektive Empfindungen (ohne zu werten) respektiert. Dabei können Klient und Mitarbeiter unterschiedlicher Meinung sein. „Eine empathische Haltung des *Therapeuten* ist charakteristisch für motivierende Gesprächsführung und hat sich als sehr Erfolg versprechend in der Behandlung von Menschen mit Alkoholproblemen erwiesen“ (MILLER & ROLLNICK 1999, 67f.). Nach meiner Erfahrung ist diese Haltung auch für *Mitarbeiter*, die Menschen mit Behinderungen (und Suchtproblematik) begleiten, unerlässlich.

1. Die Ebene, auf der man sich begegnet, sollte eine empathische Ebene sein, die gekennzeichnet ist durch Respekt, Akzeptanz und Einfühlungsvermögen. Sie darf nicht gekennzeichnet sein durch Macht seitens des Mitarbeiters. Mitarbeiter verkörpern, oft unbewusst, eine Form von Macht. Wenn es um die Assistenz bei Suchtverhalten geht, empfinden viele Klienten das Verhalten des Mitarbeiters als Kontrolle und Bevormundung. Daher ist es so wichtig, gerade bei Suchtproblematik, den Klienten spüren zu lassen, dass man ihn annimmt und ernst nimmt, auch wenn man die Meinung des Klienten nicht teilt.

2. Mitarbeiter müssen wissen, dass „*Leben*“ *sich prozesshaft vollzieht*, d.h. das Leben des Menschen beinhaltet positiv verlaufende Prozesse, aber auch Prozesse, die nicht sofort erfolgreich sind, vielleicht auch „Scheitern“ beinhalten (siehe auch: KÖRKEKEL & DITTMANN 1990). Gerade in der Situation des Scheiterns muss der Klient spüren, dass der Mitarbeiter ihn trotzdem als Menschen wertschätzt. Aus dieser empathischen Haltung heraus kann sich ein Prozess entwickeln, in der ein Klient sich nicht mehr „kontrolliert“ fühlt, wenn es um sein Suchtverhalten geht, sondern Begleitung und Assistenz durch den Mitarbeiter als wertvoll und positiv erlebt.

3. Die empathische Grundhaltung impliziert auch, dass Mitarbeiter *vorhandene Stärken und Ressourcen wahrnehmen* und den Klienten nicht auf einen „Menschen mit

Suchtproblematik“ reduzieren. Es besteht die Gefahr, dass durch eine Dominanz des Suchtverhaltens die Wahrnehmung für vorhandene Ressourcen, für positive Eigenschaften, für menschliche Stärken verloren geht. Professionelle Begleitung beinhaltet, dass das gesamte Team eine empathische Grundhaltung besitzt, dass man als Team regelmäßig die vorhandenen Wahrnehmungen überprüft um zu gewährleisten, dass man dem Klienten in seiner Gesamtheit gerecht wird.

Den Klienten zu Selbstbestimmung befähigen

1. Mitarbeiter sollten den Klienten dazu befähigen, durch *(Wieder) Gewinnung und (Wieder) Entdeckung von Selbstbestimmungskompetenzen und Ressourcen weitestgehend selbstbestimmt zu leben.*

So können Assistenz und Begleitung auf den tatsächlich vorhandenen Hilfebedarf des Klienten ausgerichtet werden. Selbstbestimmtes Handeln erfordert ein Erkennen und Einhalten der eigenen Grenzen, aber auch das Erkennen und Respektieren der Grenzen der Mitmenschen. Selbstbestimmung darf nicht auf Kosten anderer Menschen geschehen, sondern hört an der Stelle auf, wo der Mitmensch in seinem selbstbestimmten Handeln eingegrenzt wird. Im „Handbuch Empowerment und Heilpädagogik“ (THEUNISSEN & PLAUTE 2002, 22ff.) werden Ansichten und Meinungen zur Selbstbestimmung beschrieben; auch hier wird dargelegt, dass Selbstbestimmung immer im Kontext des sozialen Umfeldes und der Gesellschaft gesehen werden sollte. In der Vergangenheit waren die Mitarbeiter oft das Regulator, wenn es um Einhaltung von Grenzen ging. Zwei Beispiele hierzu: Zigaretten wurden eingeteilt; Alkoholkonsum konnte durch Auszahlen von wenig Taschengeld beschränkt werden. Wenn Klienten ihren Umgang mit Suchtmitteln selbstverantwortlich bestimmen möchten, müssen sie durch die Mitarbeiter befähigt werden, ihre eigenen Grenzen und die des Umfeldes zu erkennen, zu respektieren und einzuhalten. Ich möchte daher den Aspekt der Selbstbestimmung sowohl für den Klienten und als auch für das Umfeld nachfolgend betrachten.

2. *Erkennen und Einhalten der gesundheitlichen Grenzen.* Der Mitarbeiter kann durch *Informationsvermittlung über Suchtmittel* dem Klienten deutlich machen, wo *gesundheitliche Gefährdung* entsteht.

Falls die Gesundheit durch Suchtmittelkonsum bereits beeinträchtigt ist, kann dies der Anlass sein, mit dem Klienten darüber zu sprechen und ihm aufzuzeigen, dass ein kausaler Zusammenhang besteht zwischen den körperlichen Beschwerden und dem Suchtmittelkonsum. Gemeinsam kann überlegt werden, wie Suchtverhalten minimiert oder aufgegeben werden kann, wenn der Klient dies als erstrebenswert erkennt. Es reicht jedoch nicht aus, dies zu besprechen. Gemeinsam müssen Handlungsstrategien oder Bewältigungsstrategien entwickelt und - wenn nötig - eingeübt werden. Fantasie und Kreativität der Mitarbeiter sind gefragt: Planung der Freizeit, Suche nach Freizeitangeboten, anfängliche Begleitung zu den Freizeitangeboten, Assistenz bei der Verwaltung von Taschengeld, Gesprächsangebote zu festen Zeiten, usw. In diesem Zusammenhang kann auch die Teilnahme an einer Therapie oder Selbsthilfegruppe thematisiert werden.

3. *Erkennen und Einhalten der finanziellen Grenzen.* Suchtmittelkonsum kann zu kurzfristigen, aber auch zu dauerhaften finanziellen Engpässen führen. Dies trifft auch zu, wenn Menschen mit geistiger Behinderung ihr Geld eigenständig verwalten. Umgang mit Geld muss erlernt werden. Der Mitarbeiter kann in gemeinsamen Gesprächen versuchen, dem Klienten zu erklären, dass es einen *Zusammenhang zwischen Suchtmittelkonsum und „chronischem Geldmangel“* gibt. Hierin liegt eine Chance, gemeinsam Handlungsstrategien zu entwickeln (ggf. einzuüben), die dazu befähigen sollen, verantwortungsvoll mit Geld umzugehen. Wenn der Klient einsieht, dass er mit seinem Geld wirtschaften muss, dass er z.B. lernen muss, das Geld einzuteilen und Bedürfnisbefriedigung gegebenenfalls zurück zu stellen, können gemeinsam überlegte Handlungsstrategien auf Dauer zum Erfolg führen. In diesem Zusammenhang möchte ich noch einmal das Umfeld ansprechen: Hier müssen z.B. Mitbewohner befähigt und gestärkt werden, kein Geld zu verleihen und „nein“ sagen zu können.

4. *Erkennen und Einhalten der sozialen Grenzen.* Problematisches Suchtverhalten kann zur Isolation in der Wohn- oder Arbeitsgruppe, also im sozialen Umfeld führen. Der Klient muss durch die Mitarbeiter über die *Kausalität zwischen problematischem Suchtmittelkonsum und Isolation* informiert werden. In Gesprächen kann herausgearbeitet werden, welche Probleme, Ängste, Unsicherheiten das Umfeld des Klienten durch den problematischen Suchtmittelkonsum erfährt. Problematischer Suchtmittelkonsum kann zu Ausgrenzung oder Ablehnung führen. Wenn der Klient nachvollziehen kann, dass er selbst eine Ausgrenzung durch seinen Suchtmittelkonsum fördert, kann er erkennen, dass er durch eine selbstbestimmte positive Veränderung des Konsums die Isolation minimieren und eine Integration ermöglichen kann.

Im Buch „Suchtlösungen“ schreibt Kordula RICHELSHAGEN in ihrem Beitrag „Vom Symptom zum Verhalten - Einführung in die systemische Denkweise“, dass jede Familie in gewisser Hinsicht ein soziales System darstellt. Die Familienmitglieder versuchen sowohl untereinander als auch mit ihrem Umfeld immer wieder einen Zustand des Ausgleichs herzustellen. Alle Familienmitglieder leben in einem dauerhaften Spannungsfeld von Anpassung und Veränderung, in dem es darum geht, ein Gleichgewicht für alle zu erreichen. Dieses Gleichgewicht ermöglicht Stabilität, Sicherheit und Orientierung als Voraussetzungen für individuelles Wachstum (ebd. 1996, 11).

Ich möchte diesen Ansatz beispielhaft auf die Wohngruppe in einer Wohnstätte übertragen. Die Wohngruppe ist das Zuhause aller Klienten. Jeder möchte für sich eine gute Lebensqualität beanspruchen, Sicherheit verspüren und Möglichkeiten zur Weiterentwicklung nutzen. Problematisches Suchtverhalten kann die Lebensqualität in der Wohngruppe negativ beeinflussen, kann Ängste und Unsicherheiten auslösen. Dies sind schlechte Voraussetzungen für individuelles Wachstum. Es ist eine wichtige Aufgabe der Mitarbeiter, auch das Umfeld, beispielsweise die Mitbewohner, zu begleiten, wenn ein Klient in der Wohngruppe eine Suchtproblematik entwickelt hat. Auch wenn der Klient versucht, sein Konsumverhalten positiv zu verändern, brauchen Klient und Mitbewohner Begleitung. Denn ein verändertes Suchtverhalten löst nicht nur Unsicherheiten beim Klienten, sondern auch bei den Mitbewohnern der Wohngruppe aus. Dies impliziert die Notwendigkeit *einer intensi-*

ven Begleitung aller Wohngruppenbewohner. Mitarbeiter müssen das Umfeld befähigen, selbst ihre Grenzen dem Klienten gegenüber deutlich zu machen: Was ist tragbar? Was wird als „grenzüberschreitend“ erlebt? Konkret bedeutet dies: *das Umfeld zu befähigen, die Einhaltung ihrer Grenzen dem Klienten gegenüber einzufordern.* Es gilt einerseits, dem Umfeld zu vermitteln, dass es nicht verantwortlich ist für das Suchtverhalten des Klienten. Jeder ist für sich verantwortlich. Andererseits muss das Umfeld dazu befähigt werden, zu erkennen, ob und wie es durch unangemessenes Verhalten mit dazu beiträgt, dass der Klient Suchtproblematik entwickelt hat oder beibehält. Umfeld *und* Klient brauchen Assistenz im Erkennen und Respektieren von Selbstbestimmung.

Übertragen von Selbstverantwortung

Selbstbestimmung kann niemals losgelöst gesehen werden von Selbstverantwortung. Diese beiden Aspekte stehen in direktem Zusammenhang miteinander. Es gibt keine Selbstbestimmung ohne Selbstverantwortung. Das Übertragen von Verantwortung auf den Klienten ist ein schwieriger Prozess. Mitarbeiter müssen lernen, Verantwortung abzugeben, Klienten müssen lernen, mit Verantwortung umzugehen und selbstverantwortlich zu handeln. Wenn ein Klient selbstverantwortlich leben möchte, muss er eigene Lösungs- und Handlungsstrategien entwickeln, um mit dieser Verantwortung umzugehen.

1. Der Klient kann nur durch *selbst erprobte Handlungs- und Bewältigungsstrategien* lernen, Verantwortung für sein Handeln zu tragen, mit den daraus resultierenden Konsequenzen. Möglichkeiten zur Erprobung bestehen nur bei positiver Begleitung durch die Mitarbeiter. Assistenz sollte angeboten werden. Aufklärung über mögliche Risiken, Gefahren oder (wenn es um Suchtverhalten geht) gesundheitliche Beeinträchtigungen ist wichtig. Somit gehört die *Informationsvermittlung* durch die Mitarbeiter *über die Wirkungen von Suchtmitteln* und deren Konsum zu einem wesentlichen Aspekt in der Assistenz unserer Klienten. Durch die Aufklärung über Sucht, das Wissen über *mögliche Risiken*, Information über Therapien und Selbsthilfegruppen, bekommen Klienten Verantwortung übertragen. Erst wenn man informiert ist, kann man sich entscheiden, ob und wie Suchtmittelkonsum in Frage kommt, ob es sich lohnt, Suchtmittelkonsum positiv zu verändern. Es gibt verschiedene Möglichkeiten, dieses Wissen zu vermitteln. Eine noch zu wenig genutzte Chance liegt im Angebot zur Weiterbildung für Menschen mit Behinderungen.

2. Eine empathische Grundhaltung impliziert, dass Mitarbeiter *den Klienten befähigen und bestärken, Verantwortung zu übernehmen*, aufbauend auf dessen Ressourcen. Ressourcen sind Stärken und Fähigkeiten eines Menschen. Es kann sein, dass ein Klient Fähigkeiten vergessen hat, sie nicht mehr benutzt oder verlernt hat, sie zu benutzen. Eine gute Möglichkeit, Ressourcen (wieder) zu entdecken, ist die Biografiearbeit. Es kann aufschlussreich sein, die Zeit vor dem Beginn des Suchtmittelkonsums zu betrachten; hier finden sich manchmal gute Anknüpfungspunkte, um auf vorhandene Fähigkeiten zurückzugreifen. Das Nutzen von vorhandenen Stärken kann dazu führen, dass der Klient Vertrauen in die eigenen Stärken und Ressourcen gewinnt und dadurch sein Selbstwertgefühl gestärkt wird. Eine selbstwerterhöhende

de Wahrnehmung wirkt sich positiv auf die Lebensqualität des Klienten und auf die Motivation aus, die eigenen Lebensumstände selbstbestimmt kontrolliert zu gestalten. Es zeigt sich immer wieder, dass Menschen mit Behinderungen ihre selbst formulierten Ziele durchaus erreichen können, obwohl Mitarbeiter zunächst anderer Meinung waren. Die empathische Grundhaltung beinhaltet auch, dass Mitarbeiter sich bewusst sind, dass manche Ziele auf Umwegen oder gar nicht erreicht werden. Dieses Wissen ist Voraussetzung im Umgang mit Suchtproblematik bei so genannten Rückfällen (vgl. KÖRKEL & DITTMANN 1990; MILLER & ROLLNICK 1999, 30). Nur durch „learning by doing“ kann ein Mensch selbstverantwortliches Handeln erproben und die daraus entstehenden Chancen zur Weiterentwicklung nutzen.

3. Ein Klient kann erst dann Verantwortung übernehmen, wenn er *an allen Entscheidungen, die ihn betreffen, beteiligt wird und die Möglichkeit zur Mitbestimmung bekommt. Transparenz fördert die Bereitschaft um Verantwortung zu übernehmen.* Wenn Klient und Mitarbeiter gemeinsam verschiedene Handlungsstrategien entwickeln, bekommt der Klient bestimmte Entscheidungskriterien. Diese ermöglichen ihm, sich für ein Ziel zu entscheiden, das er in Eigenverantwortung erreichen möchte. Mitarbeiter sollten positiv bestärken, Mut machen und Zuversicht signalisieren, dass die selbstgetroffene Entscheidung umgesetzt werden kann. So kann eine Basis entstehen, die es dem Klienten ermöglicht, sich auf diesen Prozess einzulassen. Übertragene und selbst gewollte Verantwortung sind eine gute Motivation, das geplante Ziel zu erreichen. Dabei muss berücksichtigt werden, dass diese Prozesse Zeit brauchen!

4. Mitarbeiter müssen lernen, *dem Klienten Verantwortung zuzutrauen, sie loszulassen* (aber nicht Fallenzulassen). Das beinhaltet auch „auszuhalten“, dass Angebote zur Begleitung, Strategien, die gemeinsam überlegt wurden, nicht zum gewünschten Erfolg führten oder dass der Klient es sich anders überlegt hat. Eine Herausforderung der Mitarbeiter liegt darin, sich zurückzuhalten und konsequent zu bleiben, wenn Strategien nicht erfolgreich waren oder wenn der Klient seine Meinung revidiert hat. Gerade in diesen Situationen ist es wichtig, dem Klienten seine Verantwortung nicht abzunehmen, um co-abhängiges Verhalten als Mitarbeiter zu verhindern. Eine Krisenintervention durch Mitarbeiter muss jedoch auf jeden Fall bei lebensbedrohlichen Situationen des Klienten einsetzen.

5. Das Übertragen von Verantwortung auf den Klienten bedeutet auch, *dass Mitarbeiter sich abgrenzen können* und müssen und nicht immer für alles verantwortlich sind. Jeder Mensch hat das Recht, seine eigenen Erfahrungen zu machen, und jeder ist für die daraus entstehenden Konsequenzen verantwortlich. Leben setzt sich aus Lern- und Entwicklungsprozessen zusammen. Erst wenn ein Klient selbst einen Lernprozess (positiv oder negativ) durchlebt hat, kann er auf die gemachten Erfahrungen in neuen Prozessen zurückgreifen. Eine Kompetenz, die oft mit Abgrenzung einhergeht, ist die *Selbstsorge*. Es ist für Mitarbeiter notwendig, Selbstsorge zu betreiben, wenn man die vielfältigen Aufgaben dauerhaft bewältigen will. Gerade in und nach Krisensituationen sind Austausch und Reflexion mit Kollegen, gegebenenfalls Supervision oder Beratung durch einen Suchttherapeuten, eine wertvolle Chance, Entlastung zu bekommen und für die Zukunft lebenswichtige Selbstsorgestrategien zu entwickeln.

Literatur

- KÖRKEL, J., DITMANN, E. (1990): „Rückfall als Chance“ im Tagungsbericht „Rückfall - der verlorene Sieg“. LWL Münster
- MILLER, W.R; ROLLNICK, S. (1999): Motivierende Gesprächsführung Freiburg i. Br.
- Ministerium für Arbeit und Soziales, Qualifikation und Technologie des Landes Nordrhein- Westfalen (2000): Zwischenbericht zum Aktionsprogramm „Mit gleichen Chancen leben“. Integration von Menschen mit Behinderungen in NRW. Düsseldorf
- NIEHOFF, U. (2002): „Ausgrenzung verhindern! Inklusion und Teilhabe verwirklichen“. Fachdienst der Lebenshilfe Nr.1/2002 Marburg
- RICHELSHAGEN, K. (Hrsg) (1996): Suchtlösungen. Systemische Unterstellungen zur ambulanten Therapie. Freiburg i. Br.
- SCHINNER, P. (2000): Beratung alkoholgefährdeter Menschen mit geistiger Behinderung. Fachdienst der Lebenshilfe. Nr. 3, Marburg
- SCHÜMANN, B. (2002): „Menschenbild“ – Womit begründen wir unsere Arbeit mit behinderten Menschen? Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit 4, H.1
- THEUNISSEN, G., PLAUTE, W. (2002): Handbuch Empowerment und Heilpädagogik. Freiburg i. Br.

Sucht – (k)ein Thema der Pädagogik für Menschen mit geistiger Behinderung?

Theo Klauß

Sucht ist ein in westlichen Gesellschaften so verbreitetes Phänomen, dass zu fragen ist, ob es nicht zum Spektrum der allgemeinmenschlichen Normalität gehört. Legale Drogen werden von mehreren Millionen Bürgern der Bundesrepublik Deutschland in einer Art und Weise genutzt, dass von Missbrauch oder Abhängigkeit gesprochen werden kann. Kennzeichen von Suchtverhalten sind vor allem

- der starke Wunsch, eine Art Zwang zur Einnahme und Beschaffung von Mitteln, die Wohlbefinden erzeugen oder negative Gefühlszustände bessern,
- eine Tendenz zur Dosissteigerung (Toleranzerhöhung),
- die psychische und meist auch physische Abhängigkeit von der Wirkung,
- die Schädlichkeit für den einzelnen und für die Gesellschaft, die jedoch nicht an der Fortsetzung des Verhaltens hindert (vgl. ICD-10).

Wie viele Menschen illegale Rauschmittel nutzen würden, wenn diese nicht rigoros sanktioniert wären, ist naturgemäß nicht bekannt. Berücksichtigt man darüber hinaus, dass Sucht oder zumindest suchtartiges Verhalten nicht an die Nutzung von Rauschmitteln gebunden ist, sondern auch mit der Nahrungsaufnahme (vgl. Magersucht und Bulimie) und auch ohne Einnahme von Stoffen (z.B. Spielsucht) sehr häufig auftreten können, so kann Suchtverhalten durchaus als allgemeinmenschliche und sehr weit verbreitete Verhaltensmöglichkeit verstanden werden. Es wäre – so ist zu schlussfolgern – sehr erstaunlich, wenn Menschen nur deshalb von dieser Möglichkeit ausgeschlossen wären, weil sie in ihren kognitiven Fähigkeiten beeinträchtigt sind. Umso mehr fällt auf, dass sich die Wissenschaften, die sich - im deutschen Sprachraum - mit Menschen mit geistiger Behinderung befassen, um dieses Thema kaum kümmern; das gilt – auch – für die Pädagogik für Menschen mit geistiger Behinderung. Die Suche nach Literatur zu diesem Thema bleibt (fast) erfolglos; ich habe lediglich (im Internet) einen Vortrag von Peter SCHINNER (2000) und einzelne Texte Rita SCHLIEP (1996; 1998) gefunden. In Berlin existiert außerdem offensichtlich ein Arbeitskreis der Lebenshilfe zum Thema Suchtprävention (SCHLIEP 1998).

Rita SCHLIEP, eine Therapeutin der Fachklinik Oldenburger Land, einer Klinik für Suchterkrankungen³, berichtet über einige Erfahrungen mit Sucht und Suchttherapie bei geistig behinderten Menschen (SCHLIEP 1996). Nach ihrer Auffassung ist anzunehmen, dass geistig Behinderte – im Zusammenhang mit einer erhöhten Häufigkeit psychischer Störungen - für Sucht besonders empfänglich sein könnten, da sie oftmals sehr empfindsam, selbstunsicher, stimmungslabil sind und möglicherweise bei der Entwicklung von Problemlösungsstrategien über keine hinreichenden Kompetenzen verfügen. Allerdings ist anzunehmen, dass Menschen mit geistiger Behinderung hinsichtlich der Verfügbarkeit von Suchtmitteln einge-

schränkt sind und zum anderen unter mehr sozialer Kontrolle leben als andere Menschen. Für geistig behinderte Menschen dürften deshalb vor allem leicht beschaffbare Drogen (Alkohol, evt. Medikamente und auch organische Lösungen zum „Schnüffeln“) besonders bedeutsam sein. Ein weiterer Grund dafür, dass geistig behinderte Menschen nur selten zu illegalen Drogen greifen (in der Oldenburger Klinik war dies in fünf Jahren nur bei einem Fall zu beobachten), könnte darin liegen, dass das Wissen um das Rauschpotential illegaler Drogen fehlt und sie meist in ein mit Kontrollinstanzen angereichertes soziales System eingebettet sind. Die eingeschränkten finanziellen Möglichkeiten machen sie als Konsumentengruppe für professionelle Dealer nicht nur uninteressant, sondern es könnte aufgrund ihrer Verhaltensweisen ein Risikopotential hinsichtlich der Entdeckung bestehen. Die Gefährdung zur Anwendung vor allem illegaler, aber auch legaler Drogen, dürfte demnach in betreuten Wohngemeinschaften größer sein als in den Wohnstätten.

Dies spricht dafür, dass Sucht im Sinne von Substanzmissbrauch bei Menschen mit geistiger Behinderung tatsächlich seltener auftritt als bei solchen ohne kognitive Beeinträchtigungen; gleichwohl dürften speziell beim Alkoholkonsum und auch beim Rauchen die Symptome, der Verlauf, die Gründe und die Folge-Schäden denen bei nicht behinderten Menschen ähneln. Andererseits sprechen für eine tendenziell erhöhte „Anfälligkeit“ ein erhöhtes Maß an psychosozialen Belastungen, die als eine Ursache der Sucht gelten, der mögliche Zusammenhang mit frühkindlichen Störungen wegen besonderer Interaktionsbedingungen, ein unzureichendes Selbstwertgefühl, das Fehlen von Kompensationsmöglichkeiten aufgrund intellektueller und emotionaler Einschränkungen und mangelnde soziale Integration sowie Einschränkungen der Kommunikations- und Kontaktfähigkeit.

Über die offenbar äußerst selten stattfindende therapeutische Arbeit mit süchtigen geistig behinderten Menschen gibt es kaum Informationen. Nach SCHLIEP (ebd.) unterscheidet sie sich nicht grundsätzlich von der mit nicht geistig behinderten Menschen. Suchttherapie und -prävention müssen auf besondere Bedürfnisse, Möglichkeiten des Verstehens und der Kommunikation zugeschnitten sein und mehr Selbstbestimmung zum Ziel haben, vor allem jedoch im Bereich des Gesellschaftlichen und Sozialen ansetzen (EISNER 1995). Die Aneignung von Kompetenzen im Bereich der Interaktion und Kommunikation steht im Mittelpunkt und es geht um die Befähigung, Krisen und Wünsche bemerkbar zu machen, Hemmungen, Ängste, und Misstrauen im Kontakt zu abzubauen, eigene Grenzen kennen zu lernen, die eigene Suchtentwicklung zu begreifen und sich damit auseinander zu setzen, seine Frustrationstoleranz zu stärken und eigene Defizite wahrzunehmen und zu akzeptieren. Besonders muss dabei die besondere Kränkbarkeit und oft geringe Frustrationstoleranz vom Menschen mit geistiger Behinderung beachtet werden.

Explorationsstudie zum Umgang mit Sucht in Einrichtungen für Menschen mit geistiger Behinderung

Es ist anzunehmen, dass in der Praxis, in Schulen, Werkstätten, Wohneinrichtungen und Familien, Suchtprobleme bekannt sind und dass dort in irgendeiner Form

darauf reagiert wird. Unklar ist aber, in welchem Umfang dies der Fall ist, ob es Besonderheiten beim Suchtverhalten von Menschen mit geistiger Behinderung gibt und wie damit umgegangen wird. Erste Anhaltspunkte zur Beantwortung dieser Fragen ergeben sich aus einer kleinen exemplarischen Umfrage in einigen Einrichtungen in Rheinland-Pfalz (GÄRTNER 2003), über die im Folgenden kurz berichtet wird. Dabei geht es vor allem um folgende Fragestellungen:

- Was ist über Suchtverhalten von Menschen mit geistiger Behinderung bekannt?
- Gibt es besondere Formen der Sucht bei Menschen mit geistiger Behinderung, ist Sucht vom kognitiven Niveau abhängig?
- Wie wird in Institutionen mit dem Thema und den betroffenen Menschen umgegangen?

Im Februar 2003 wurden 40 Institutionen (v.a. der Lebenshilfe) in Rheinland Pfalz per Fragebogen befragt, von denen sich 18 (45%) beteiligten: 4 Wohnheime, 3 Außenwohngruppen, 6 Werkstätten für Behinderte und 5 Tagesförderstätten. Die Antworten stammen von BetreuerInnen und von LeiterInnen der Institutionen. Die Resonanz war sehr unterschiedlich: Einige Institutionen beteiligten sich nicht, weil die Thematik nicht relevant sei, andere befragten innerhalb ihres Hauses verschiedene Bereiche und errechneten Mittelwerte. Gefragt wurde nach Suchtabhängigkeit und Suchtgefährdung in den beteiligten Einrichtungen; es sollte (in Prozent) angegeben werden, welcher Teil der BewohnerInnen bzw. Beschäftigten in Bezug auf die folgenden Suchtformen als abhängig oder gefährdet angesehen werden: Alkohol, Nikotin, Entspannungs- u. Beruhigungsmittel, Schmerz- u. Betäubungsmittel, Kokain, Heroin, Cannabis, Amphetamine/Ecstasy, Halluzinogene, Fernsehkonsum, Internetkonsum, Glücksspiel, Extreme Formen von Essen und andere. Antworten gab es nur zu einigen Formen; illegale Drogen spielen nach Einschätzung der Antwortenden offenbar keine Rolle, und nur in zwei Fällen wurden in Außenwohngruppen Abhängigkeiten beim Internetkonsum und Glücksspiel genannt, in einer WfB zudem eine Gefährdung bzgl. der Spielsucht.

Tab. 1: Suchtabhängigkeit und –gefährdung

	Nikotin	Alkohol	Entspannungs-, Beruhigungsmittel	Schmerz-/Betäubungsmittel	Fernsehen	Essen
Abhängigkeit	16,3%	1,0%	0,3%	0,0%	13,0%	3,6%
Gefährdung	6,0%	10,0%	0,3%	2,0%	7,9%	8,5%

Als häufigste Sucht wird das Rauchen genannt – hier gelten gegenüber 16% „Abhängigen“ nur 6% als „gefährdet“. Ähnlich ist es beim Fernsehen, hier wird 13% der Menschen mit geistiger Behinderung in/von den Institutionen eine Nutzung im Sinne von Missbrauch und Abhängigkeit zugeschrieben - und 8% eine entsprechende Gefährdung. Beim Alkohol, beim Essen und auch beim (sehr selten ge-

nannten) Missbrauch von Schmerzmitteln wird demgegenüber sehr viel häufiger von einer Gefährdung als von tatsächlicher Abhängigkeit gesprochen. Eine Differenzierung zwischen den verschiedenen Betreuungsformen ergibt ein noch differenzierteres Bild. Beim Fernsehen und Essen wird die Abhängigkeit in der Institution mit der geringsten sozialen Kontrolle am höchsten eingeschätzt, während in den Tagesförderstätten alle Suchtformen sehr viel seltener auftreten als in WfB, Wohnheim und Außenwohngruppe. Hier dominiert übrigens die Gefährdung einer Abhängigkeit beim Essen, während in den anderen Institutionen andere Arten der Abhängigkeit bzw. der Suchtgefährdung überwiegen. Anders ist es allerdings bei Nikotin und Alkohol – hier wird bei den BewohnerInnen von Außenwohngruppen deutlich weniger Abhängigkeit und weniger Gefährdung angegeben als bei Wohnheim-BewohnerInnen. Es ist zu vermuten, dass sich darin ein Selektionsprozess widerspiegelt, dass also diese Suchtformen bei der Entscheidung, ob jemand in einer weniger betreuten Wohnform wechselt, Berücksichtigung findet, während eine (mögliche) Abhängigkeit im Bereich des Essens oder des TV-Konsums hierfür eher irrelevant erscheint.

Tab.2: Suchtabhängigkeit und –gefährdung in verschiedenen Institutionen

	Nikotin (Abh.)	Nikotin (Gef.)	Alkohol (Abh.)	Alkohol (Gef.)	Fern- sehen (Abh.)	Fern- sehen (Gef.)	Essen (Abh.)	Essen (Gef.)
Werkstätten	25%	22,3%	0,5%	13%	10%	12,5%	3,3%	6,8%
Wohnheime	26 %	0%	2,6%	15,3%	13,6%	5,7%	2,3%	10%
Außenwohn- gruppen	11,5%	1%	1,2%	10,3%	28,3%	8,3%	5,6%	10,6%
Tagesförder- stätten	2,6%	0,3%	0%	1,5%	0%	5%	3,3%	6,6%
Gesamt	16,3%	6%	1%	10%	13%	7,9%	3,6%	8,5%

Zwei Schlüsse können daraus gezogen werden: Nikotin und Fernsehen werden offensichtlich auch dann, wenn eine Abhängigkeit angenommen bzw. befürchtet wird, tendenziell eher geduldet bzw. zugestanden, während beim Essen und beim Alkohol mehr soziale (oder eigene?) Kontrolle stattfindet, so dass es trotz Gefährdung nicht zum Suchtverhalten kommt. Das erklärt vermutlich auch die fehlenden Angaben zur Nutzung illegaler Drogen. Der hohe Abhängigkeitswert beim Fernsehen in Außenwohngruppen bestätigt dies; hier dürfte aber auch eine Rolle spielen, dass dort weniger vorgegebene Freizeitaktivitäten stattfinden, so dass die BewohnerInnen eher zur Unterhaltung und Freizeitgestaltung auf Genussmittel zurückgreifen als auf andere Aktivitäten. Auch die Abhängigkeit vom exzessiven Essen ist hier verbreiteter als in den anderen Einrichtungsformen. Vermutlich spiegelt sich hier ein Umgang mit Sucht und Abhängigkeit wider, der dadurch gekennzeichnet ist, dass sie vor allem die betreuenden Personen für den Umgang mit Genussmitteln und deren Kontrolle verantwortlich fühlen. Sie lassen bestimmte Formen eher zu und unterbinden andere und regulieren z.B. über die Taschengeldzuteilung etc. den Umgang mit der Sucht. Ein solches „Beschützerverhalten“ bzgl. der Gefährdung im Bereich der Sucht ist nachvollziehbar und vermutlich in vielen Fällen auch notwendig, birgt aber auch Probleme in sich. Ein „stark Werden gegen die Sucht“, wie es zum Kern von Suchtbehandlungen gehört, und das Umgehenlernen mit Genussmitteln werden eher verhindert, wenn andere Personen die Verantwortung für das Suchtverhalten übernehmen. Außerdem kann bei diesen, wenn ihre Versuche erfolglos bleiben, das Beschützen in Anklage, Feindseligkeit und der Suche nach Sündenböcken umschlagen. Wenn in den meisten Einrichtungen angegeben wird, dass Sucht ein Grund der Entlassung sein kann (s.u.), so beschreibt dies die Möglichkeit einer solchen Entwicklung.

Hängt (die Form der) Sucht mit der (Ausprägung der) geistigen Behinderung zusammen?

Zu 72,2% wurde von den Befragten der Auffassung widersprochen, bestimmte Formen von Sucht kämen bei geistig behinderten Menschen verstärkt vor, 27,8% (darunter drei von fünf Tagesförderstätten) stimmten dem jedoch vor allem mit der

Begründung zu, angesichts fehlender Zugangs – u. Beschaffungsmöglichkeiten verlagere sich die Sucht auf erreichbare Mittel wie Fernsehkonsum und Essen. In zwei Fällen wird außerdem darauf hingewiesen, dass infolge von Langzeittherapien bestimmter Grunderkrankungen Abhängigkeiten in Bezug auf Schmerz- bzw. Beruhigungsmittel entstehen. Einen Zusammenhang zwischen der geistigen Behinderung und dem Entstehen von Sucht nehmen nur 16,7% der Befragten an und begründen dies mit fehlenden Kompensations- und Entfaltungsmöglichkeiten, mit dem nicht-Akzeptieren der Behinderung durch Eltern und die behinderten Menschen selbst und damit verbundene emotionale Belastungen. Insgesamt besteht offenbar überwiegend der Eindruck, es gebe keine spezifische (besonders hohe oder auch besonders geringe) Suchtgefährdung bei Menschen mit geistiger Behinderung – allerdings unterscheiden sich offensichtlich die Möglichkeiten des Zugangs zu unterschiedlichen Suchtformen. Aus den niedrigen „Sucht-Werten“ in den Tagesfördergruppen könnte allerdings geschlossen werden, dass Menschen mit schwerer und mehrfacher Behinderung weniger suchtgefährdet sind als andere. Der Vergleich der verschiedenen Suchtarten spricht jedoch dafür, dass auch bei ihnen vorrangig zu den Arten des Suchtverhaltens „gegriffen“ werden, die verfügbar sind; von den genannten Möglichkeiten betrifft dies vor allem die Nahrungsaufnahme – obwohl auch hier die Zugangsmöglichkeiten gegenüber anderen Personengruppen deutlich verringert sein dürfte, da ein hoher Hilfebedarf jeweils auch bedeutet, dass erhebliche Fremdkontrolle stattfinden kann – und dann vermutlich auch stattfindet. Hier zeigt sich jedoch, dass auch Suchtverhalten eine Kompetenz darstellt bzw. Kompetenzen voraussetzt, z.B. Mittel zu beschaffen und diese nutzen zu können; es setzt aber auch voraus, dass die Möglichkeit, Genussmittel zu nutzen, entdeckt wurde, dass diese subjektive Bedeutung bekommen konnten (vgl. Klauß 2003).

Umgang der Institutionen mit dem Thema „Sucht“

Wie gehen die Institutionen nun mit diesem Thema um? Wer suchtabhängig ist oder wird, läuft Gefahr, dass sich die Einrichtung als mit der Problematik überfordert ansieht. 77,8 % der Antwortenden berichten, dass Suchtverhalten zum Ausschluss aus ihrer Institution führen kann. Nur die Tagesförderstätten geben diese Möglichkeit mehrheitlich nicht an. Angesichts kaum vorhandener adäquater Alternativen ist das für die betroffenen Menschen ein problematisches Ergebnis.

Tab3: Umgang der Einrichtung mit Suchtverhalten

Gespräche	35%
Teamsitzungen	34%
Interne Fortbildungen	14%
Projekte u.ä.	8%
Externe Fortbildungen	4%
Andere	4%

Das bedeutet jedoch nicht, dass sich die Einrichtungen den mit Sucht zusammenhängenden Fragen nicht stellen. Die Mehrheit der befragten Institutionen (61%) gibt an, sich mit der Thematik zu beschäftigen. Am häufigsten geschieht dies durch Teamsitzung und Gespräche mit den Betroffenen (jeweils ca. 1/3 der genannten Arten der Beschäftigung mit dem Thema - dabei wird zumeist beides kombiniert durchgeführt), seltener werden interne (15%) bzw. externe Fortbildungen (4%), Projekte zur Thematik (8%) und anderes genannt (Tab.3).

Bei erkanntem Suchtverhalten rangieren Gespräche (53%) deutlich vor der Nutzung externer Hilfen (37%), wobei auch hier beides oft gleichzeitig genannt wird. Diese Ergebnisse erwecken den Eindruck, dass eher reaktiv als prophylaktisch mit möglicher oder tatsächlicher Abhängigkeit umgegangen wird; man spricht im Team und mit den Betroffenen darüber. Hier ist zu berücksichtigen, dass externe Hilfen kaum bekannt sein dürften; gleiches gilt für qualifizierte Fortbildungs-ReferentInnen. Auf die Frage, ob an entsprechender Fortbildung Interesse besteht, antworten 61% mit „ja“, 33% mit „eher ja“ und nur 6% mit „eher nein“, niemand mit „nein“. Gar 94% der befragten Personen sind an vermehrten qualifizierten Informationen zur Sucht bei geistig behinderten Menschen interessiert, diese fehlen jedoch in der Fachliteratur ebenso wie als Inhalte von Ausbildungsgängen. Trotz des als hoch eingeschätzten Bedarfs an Information und Qualifikation ist eine langfristig angelegte und in einer Konzeption festgelegte (vgl. „Projekte“) Strategie der Befähigung der MitarbeiterInnen und der BewohnerInnen bzw. Beschäftigten für den Umgang mit dem Problem der Sucht in den vorliegenden Ergebnissen kaum zu erkennen.

Schlussfolgerungen

Die geringe Anzahl der befragten Einrichtungen und die Art der Erhebung (Einschätzung der Leitung) lassen Verallgemeinerungen nur sehr begrenzt zu. Außerdem sollten bei zukünftigen Untersuchungen weitere mögliche Abhängigkeiten einbezogen (u.a. koffeinhaltige Getränke: Kaffee, Cola) und einige Fragestellungen besser ausdifferenziert werden (z.B. zum Umgang der Pädagogik mit dem Thema Sucht). Trotz dieser Einschränkungen lassen sich aus diesen ersten Ergebnissen zur Thematik einige Schlussfolgerungen ziehen und weiterführende Fragestellungen ableiten.

Menschen mit geistiger Behinderung können Suchtverhalten ausbilden, möglicherweise sind sie sogar besonders gefährdet. Dies kann einerseits damit begründet werden, dass sie besondere Belastungen, vermutlich auch verstärkt Traumatisierungen sowie soziale und individuelle Abwertungsprozesse erlebt haben und erleben. Andererseits handelt es sich hier - aus pädagogischer Sicht - auch um ein Bildungsproblem. Jeder Mensch benötigt Möglichkeiten, Dinge zu tun, die ihm gefallen, die er genießen kann, die er zu seiner Unterhaltung nutzt - aber auch um sich im sozialen Miteinander wirkungsvoll auseinander zu setzen, individuelle Probleme zu bewältigen und mit Spannungssituationen und belastenden Empfindungen umzugehen. In all diesen Bereichen bieten stoffliche wie auch nicht stoffliche „Genussmittel“ ihre kurzfristigen Wirkungen an. Viele von ihnen heben die Stimmung, helfen

Spannungszustände zu beenden und Belastungen zu ertragen, fördern ein sicheres Auftreten, helfen gegen Langweile und fördern sogar – kurzfristig - die allgemeine Leistungsfähigkeit. Neben legalen und illegalen Drogen bieten sich auch die Nahrungsaufnahme, aber auch exzessive Bewegung und die Erzeugung von Effekten (vgl. Spielsucht) diese Möglichkeit (vgl. KLAUß 1999, 105ff). So gesehen ist süchtiges Verhalten kompetentes Verhalten – entsprechend dem doppelten Wortsinn des Begriffs „Kompetenz“, der „fähig sein“ und „befugt sein“ meint (vgl. Duden). Suchtverhalten beinhaltet die Entdeckung, dass die beschriebenen Wirkungen durch eigene Aktivität hervorgerufen werden können, und es setzt voraus, dass das Verhalten zugelassen und nicht - z.B. durch Betreuungspersonen, von denen man umfassend abhängig ist - unterbunden wird. Der Umgang mit Sucht und Suchtgefährdung sollte von dieser Erkenntnis ausgehen. Abhängigkeit zu beenden bedeutet immer auch, auf etwas zu verzichten, was man als sehr effektive Möglichkeit erfahren hat, Gefühlszustände, soziale Konflikte, Probleme etc. selbst zu regulieren. Ziel der Pädagogik und Therapie bei Sucht sollte immer sein, den selbstbestimmten und damit (selbst)verantwortlichen Umgang mit diesen Wirkungen zu ermöglichen und zu erlernen.

Dies macht es erforderlich, sich mit der „subjektiven Logik“ der Suchtentwicklung auseinander zu setzen. Sie kann angesichts der genannten Wirkungen der Suchtmittel so verstanden werden, dass versucht wird, den angestrebten bzw. möglichen Genuss (oder die „problemlösende“ Wirkung) zu erhalten, und zwar durch eine Steigerung und Intensivierung des entsprechenden Verhaltens, wobei (v.a. längerfristige) Nachteile und Schädigungen in Kauf genommen werden (vgl. Suchtdefinition nach IDC 10). Es kann angenommen werden, dass jeder Genuss dazu tendiert, seine Wirkung zu verlieren und „schal“ zu werden. Wenn dies geschieht, liegt es – eigentlich – nahe, sich etwas anderes zu suchen, was einem gefällt. Das „Schalwerden“ des Genusses kann also ein Anlass sein, sich weiter zu „bilden“, also neue Formen des Verhaltens auszubilden, die verhindern, dass es einem langweilig wird oder die andere gewünschten Wirkungen hervorbringen. Sucht ist ein Prozess, der stattfindet, wenn dieser Wechsel, diese Ausbildung von mehr Vielfalt im Bereich des Genusses und der anderen beschriebenen Wirkungen nicht stattfindet. Bleibt man bei einer Form des Genusses, so bleibt einem nur die Steigerung; die Selbstschädigung wird dabei in Kauf genommen (vgl. KLAUß 2003).

Menschen mit Behinderungen können sich zu Suchtverhalten veranlasst sehen, weil sie - aufgrund ihrer Beeinträchtigungen, aber auch weil sie zu wenig Bildungsangebote im Bereich der Unterhaltung, des Genießens, der Problemlösung und Spannungsreduktion erhalten oder in ihrem Alltag an anderen Formen gehindert bzw. nicht ausreichend dabei unterstützt werden - bei einem Verhalten bleiben, das sie als wirksam, unterhaltsam, genussreich (oder auch als Möglichkeit, mit Anspannung und Schmerzen umzugehen) entdeckt haben und an dem sie festhalten. Sie bilden Suchtverhalten jedoch nicht in gleichem Maße aus wie Menschen ohne geistige Behinderung, das liegt aber nur teilweise an ihrer kognitiven Beeinträchtigung. Drogenkonsum würde beispielsweise nicht nur das Wissen erfordern, wie man sie zu sich nimmt, sondern auch wie sie beschafft werden können, was sie kosten etc. Die referierten Ergebnisse sprechen dafür, dass neben individuellen Komponenten vor

allem soziale Bedingungen entscheidend dafür sind, welche Art der Sucht ausgebildet wird. Eine Alkoholabhängigkeit wird beispielsweise sehr viel seltener angegeben als eine Nikotinabhängigkeit, eine Gefährdung hingegen häufiger. In der Gesellschaft insgesamt wird demgegenüber die Alkoholabhängigkeit als verbreiteter eingeschätzt als die Nikotinabhängigkeit (vgl. DHS 2001). Der hohe Abhängigkeitsanteil beim Fernsehen in Außenwohngruppen spricht außerdem dafür, dass den hier lebenden Menschen häufig Anregungen und Angebote fehlen, mit ihrer freien Zeit anders umzugehen. Dass Menschen zu den ihnen zugänglichen Möglichkeiten greifen, zeigen auch die vor allem in den Tagesstätten beschäftigten Menschen mit schwerer und mehrfacher Behinderung. Sie haben zu „stoffgebundenen“ Suchtformen keinen Zugang und entwickeln am ehesten im Bereich der Nahrungsaufnahme Suchtverhalten. Bei ihnen ist allerdings zu fragen, ob sie nicht zu noch elementareren Formen des Verhaltens greifen, um Effekte genießen zu können und Situationen des Unwohlseins, der Anspannung und Belastung zu bewältigen. Es spricht einiges dafür, dass sie im Bereich der Bewegung und des Erzeugens einfacher Effekte Suchtverhalten ausbilden können, das sich bis zur Selbstverletzung steigern kann und dann – wie bei anderen Abhängigkeiten – dadurch charakterisiert ist, dass der Eindruck besteht, sie könnten nicht davon lassen, selbst wenn es negative Auswirkungen hat (KLAUß 2003). Selbstverletzendes Verhalten kann übrigens auch bei Menschen ohne Behinderungen Suchtcharakter haben (vgl. RESCH u.a. 1993), und es tritt bei Menschen mit schwerer Behinderung möglicherweise ähnlich häufig auf wie die Abhängigkeit von Suchtmitteln bei Menschen mit geistiger Behinderung; es wäre interessant, dies in einer Vergleichsstudie zu untersuchen..

Es ist zu fragen, ob sich Wohneinrichtungen, Tagesstätten und Werkstätten der Problematik der Sucht ausreichend stellen. Fast alle der hier befragten Einrichtungen haben entsprechende Erfahrungen, fast alle geben aber auch an, dass sie auf Suchtverhalten möglicherweise mit Entlassung reagieren. Ihre Umgangsweise mit dem Problem scheint eher reaktiv zu sein. Fortbildungen werden zwar überwiegend für sehr wichtig gehalten, aber sehr selten tatsächlich durchgeführt. Konzeptionelles und prophylaktisches Handeln müsste demgegenüber vor allem daraufhin zielen, die tatsächlich und möglicherweise betroffenen Menschen (MitarbeiterInnen wie BewohnerInnen bzw. behinderte Beschäftigte) zu „stärken“, indem sie Bildungsangebote erhalten, wie vielfältige Genuss- und Unterhaltungsmöglichkeiten ausgebildet und nicht schädigende Wege der Bewältigung von Belastungen im emotionalen, sozialen und körperlichen Bereich gefunden werden können. Eine soziale Kontrolle bestimmter Suchtformen dürfte oft unerlässlich sein. Dies sollte aber in einer verbindlichen Konzeption geregelt werden, um MitarbeiterInnen Handlungssicherheit zu geben. Die Beschränkung darauf, wie es in den befragten Institutionen überwiegend der Fall zu sein scheint, reicht jedoch nicht aus, da sich daraus vor allem eine Verschiebung auf andere Suchtbereiche ergeben dürfte und weil es der Erfahrung in allen Suchtbehandlungen widerspricht, dass nämlich der Abhängige selbst zu der Entscheidung gelangen muss, etwas aufzugeben und etwas anderes an dessen Stelle zu setzen. Dann könnte die folgende Antwort aus einer Außenwohngruppe allgemeine Gültigkeit bekommen: „... bei Förderung der Sozialkompetenz und

kompetenz und Integrationsbegleitung, so unsere Erfahrung, ist Alkohol kein Thema“.

Ergänzung: Suchtprophylaxe in der Schule

Der Bereich der Schule war in die dargestellte Erhebung nicht einbezogen. Suchtprophylaxe muss jedoch in dieser Institution beginnen. Dass dies möglich ist, zeigt ein Beispiel aus dem Grundschulbereich, das sich vermutlich auch so anpassen lässt, dass Menschen mit geistiger Behinderung davon profitieren können. Das am weitesten verbreitete Unterrichtsprogramm zur Gesundheitsförderung und Suchtvorbeugung in Deutschland heißt „Klasse2000“ (KRAUS u.a. 2002; vgl. auch BOBRA 1999). Vom Schuljahr 1991/1992 bis 2001/2002 stieg die Zahl der beteiligten GrundschülerInnen von 6072 auf 116.000 (4700 Klassen). Folgende Ziele werden verfolgt: Förderung der bewussten und akzeptierenden Körperwahrnehmung und einer positiven Einstellung zur Gesundheit, Stärkung des Selbstwertgefühls und der sozialen Kompetenz, kritischer Umgang mit Genussmitteln und Alltagsdrogen, Einbindung der Eltern. Die Kinder sollen ihre „Selbstwirksamkeit“ erfahren – „Die Überzeugung, der eigenen Umwelt nicht hilflos ausgeliefert zu sein, sondern auf diese den eigenen Bedürfnissen gemäß einwirken zu können, gilt als einer der wichtigsten Faktoren seelischer Gesundheit“ (23). Inhalte des Programms: Je Klassenstufe sind ca. 10 Lehrerstunden und 2 bis 3 Stunden mit einem speziellen „Gesundheitsförderer“ eingeplant. In der 1. und 2. Jahrgangsstufe stehen die „Einübung von Entspannungsverfahren und eine erfahrungsnahe Vermittlung von Wissen über die Körperfunktionen im Mittelpunkt. Ein besonderes Gewicht liegt bei der Atmung. In Klasse 3 und 4 gewinnt die Einübung sozialer Kompetenzen an Gewicht. In Rollen- und Gemeinschaftsaufgaben wird die Fähigkeit zur Abgrenzung und Durchsetzung ebenso erprobt wie die kooperative Problem- und Konfliktlösung. Zunehmend kommen auch substanzspezifische Elemente zum Tragen“ (24). Ein Schwerpunkt des Programms liegt beim Rauchen, da schon ca. 10% der Erstklässler Zigaretten-Erfahrungen machen. Begleituntersuchungen belegen positive Effekte des Programms. Während in der ersten Klasse in der Programmklassen und in Kontrollklassen der Anteil von Kindern, die mindestens einmal geraucht haben, mit je 10% gleich sind, differieren die Angaben bei den 4. Klassen (32% vs. 25,2%). (27). Deutlicher ist der Anteil der Kinder, die regelmäßiges Rauchen angeben: Dies sind 1,5% gg. 3%. Es wäre lohnend, sich auch in schulischen Einrichtungen für Menschen mit geistiger Behinderung darum zu bemühen, die Kinder „gegen die Sucht stark zu machen“ – die Erfolge bei Grundschulern geben hier zur Hoffnung Anlass.

Literatur

- BOBRA, Andreas: Das SuchtSpielBuch. Spiele und Übungen zur Suchtprävention in Kindergarten, Schule, Jugendarbeit und Betrieben. Seelze-Velber: Kallmeyer 1999
- BV Lebenshilfe: Magazin der Lebenshilfe mit dem Titel „Wohl bekomme“
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen - DHS (Hrsg.): Jahrbuch Sucht. Geesthacht: Neuland Verlag
- DIMDI Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information (Hrsg.): ICF Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Stand 24. 09. 2002 (Entwurf zu Korrekturzwecken, Übers. der engl. Version WHO 2001)

- EISNER M.: Ganz normal süchtig, in: PRO Jugend 1, 1995
- GÄRTNER, S.: Sucht bei geistig behinderten Menschen. Wiss. Hausarbeit PH Heidelberg 2003
- GERLINGHOFF, M./ BACKMUND, H./ MAI, N. (Hrsg.): Magersucht und Bulimie, Verstehen und bewältigen, Stuttgart: Beltz Verlag, Ratgeber Psychologie 1993
- HARSCH, H.: Alkoholismus – Schritte zur Hilfe für Abhängige, Angehörige und Freunde, München: Gütersloher Verlagshaus 1982
- KANE, J.F./NÖSSNER, C.: Selbstverletzendes Verhalten und Juckreiz. Eine Herausforderung für die Kooperation zwischen Pädagogik, Psychologie und Medizin. In: KANE, J.F./ KLAUß, Th. (Hrsg.): Die Bedeutung des Körpers für Menschen mit geistiger Behinderung. Zwischen Pflege und Selbstverletzung. Heidelberg: Universitätsverlag Winter 2003, 149-176
- KLAUß, Th.: Ein besonderes Leben. Was Eltern und Pädagogen von Menschen mit geistiger Behinderung wissen sollten. Heidelberg: Universitätsverlag Winter 1999
- KLAUß, Th.: Selbstverletzendes Verhalten – weshalb schädigen Menschen ihren Körper? In: Kane, J.F./Klauß, Th. (Hrsg.): Die Bedeutung des Körpers für Menschen mit geistiger Behinderung. Zwischen Pflege und Selbstverletzung. Heidelberg: Universitätsverlag Winter 2003, 177- 243
- KRAUS, D./ DUPRÉE, Th./ BÖLCSKEI, P.L.: Gesundheitsförderung und Suchtvorbeugung in der Grundschule: Klasse2000 in Baden-Württemberg. In: Informationsschrift des Instituts für Weiterbildung der PH Heidelberg (63) 2002, 19-28
- Landesinstitut für Schule und Weiterbildung Hrsg.): Sucht- und Drogenvorbeugung in der Schule, Baustein 1: Konzeption zur Suchtvorbeugung in der Schule, Soest 1988
- RESCH, F./KURWAUTZ, A./SCHUCH, B./LANG, E.: Kann Selbstverletzung als süchtiges Verhalten bei Jugendlichen angesehen werden? In: Z. Kinder-Jugendpsychiat. (25) 1993, 253-259
- SCHINNER, P.: Alkoholismus bei Menschen mit geistiger Behinderung http://www.lebenshilfe.de/fachfragen/fachd/fd3_00/Alkoholismus%20bei%20Menschen%20mit.htm. Unveröff. Vortrag 2000, Internetentnahme 1.5.03
- SCHLIEP, R. (Interview): „Alkoholabhängig – und was dann?“ In: Lebenshilfezeitung 4, 1998
- SCHLIEP, R.: Die Behandlung von Suchtkranken mit intellektuellen Einschränkungen und/ oder Kontakt – u. Kommunikationsschwierigkeiten. Vortrag 1996, unveröffentl.

Menschen mit intellektuellen Einschränkungen und Suchtproblemen - Hilfen für den Alltag -

Walter Behrens

In der folgenden Darstellung werden drei Themenbereiche näher behandelt, die erfahrungsgemäß in der Betreuung von Menschen mit intellektuellen Einschränkungen und Suchtproblemen im Alltag eine wesentliche Rolle spielen können, wobei ich mich auf Alkoholprobleme beschränken möchte:

- Alkoholmissbrauch
- Rückfall
- Co-Abhängigkeit

Alkoholmissbrauch

Das Trinkverhalten von Menschen kann sich auf verschiedenen Stufen bewegen:

- Abstinenz
- Normales Trinken (Genusstrinken)
- Alkoholmissbrauch
- Alkoholgewöhnung
- Alkoholabhängigkeit (Alkoholismus)

Von normalem Trinken (oder auch Genusstrinken) spricht man, „wenn jemand ohne vorherigen Trinkplan aus der Situation heraus entscheidet, ob er Alkohol trinken will oder nicht“ (KRUSE et al. 2000). Es werden kleinere Mengen Alkohol zu gelegentlichen Anlässen konsumiert. Hilfestellungen sind normalerweise nicht erforderlich, wenn der Alkohol weder auf körperlicher, psychischer, familiärer, arbeitsbezogener, finanzieller noch juristischer Ebene Probleme oder Schäden nach sich zieht. Liegt eine Alkoholgewöhnung oder eine Alkoholabhängigkeit vor, so ist in der Regel eine Hilfestellung des Betroffenen durch professionelle Helfer (Hausarzt, Suchtberatungsstelle) oder zumindest durch eine Selbsthilfegruppe erforderlich. Nahe Bezugspersonen (z.B. Angehörige, Betreuer in einem Wohnheim etc.) sollten sich ebenfalls in Bezug auf den Umgang mit der Suchterkrankung des Betroffenen beraten lassen. Von daher beziehen sich die weiteren Ausführungen nur auf Hilfestellungen bei Alkoholmissbrauch, da in diesen Fällen auch Bezugspersonen hilfreich sein können, die nicht in der Suchtkrankenarbeit erfahren sind.

Auch wenn die Übergänge zwischen Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit fließend sind, unterscheidet sich das Trinkverhalten bei Missbrauch deutlich vom Konsum eines Alkoholikers (LINDENMEYER 2002):

- Täglicher Alkoholkonsum ist eher selten
- Phasen übermäßigen Trinkens wechseln mit gemäßigttem Alkoholkonsum, etwa die Hälfte des Konsums geschieht in geringen Mengen

- Kein Kontrollverlust
- Es bestehen keine Anzeichen für eine körperliche Abhängigkeit

Steht Alkoholmissbrauch fest, ist eine Intervention erforderlich, da der Missbrauch zu erheblichen Problemen beim Betroffenen führen kann (Unfälle, körperliche Folgeschäden, Einschränkungen in der Arbeitsleistung, körperliche Auseinandersetzungen, Randalen etc.). Außerdem muss eine Chronifizierung des Alkoholproblems mit der Gefahr einer Alkoholabhängigkeit vermieden werden. Zu Beginn der Intervention sollte der Alkoholmissbrauch quantitativ als auch qualitativ erfasst werden, um das Problem bzw. die Umstände des Trinkverhaltens besser kennen zu lernen und zu verstehen. Hierzu dienen *Trinkprotokolle*, die über mehrere Wochen von den Angehörigen oder den Betreuern zusammen mit dem Betroffenen geführt werden:

Trinkprotokoll (Beispiel)						
Wann?	Was?	Wie viel?	Wo?	Mit wem?	Warum?	Wirkung?
12.9./14.00	Bier	3 x 0,5 l	Parkbank	allein	Ärger mit Betreuer	aggressiv
17.9./20.00	Korn	½ Flasche	Zimmer	2 Mitbewohner	Geburts-tag	lustig

Diese Trinkprotokolle ermöglichen folgendes:

- Abgrenzung von kritischen Trinkepisoden von normalem Trinkverhalten (moderat/exzessiv)
- Förderung der Selbstwahrnehmung des Trinkverhaltens durch den Betroffenen
- Korrektur einer falschen Fremdeinschätzung
- Bedingungen erkennen, von denen das Trinkverhalten abhängt (wo und wann bin ich unter welchen Umständen gefährdet?).

Von diesem Basisniveau ausgehend legen die Teilnehmer realistische Veränderungen des Trinkverhaltens für die Folgezeit fest. Hierzu eignen sich als Grundlage Ansätze aus dem Bereich des „kontrollierten Trinkens“, da das Konzept einfach strukturiert, übersichtlich und leicht verständlich ist und daher für Betroffene mit intellektuellen Einschränkungen besonders geeignet erscheint.

Von kontrolliertem Trinken ist dann auszugehen, wenn jemand sein Trinkverhalten an einem zuvor festgelegten Trinkplan bzw. an Trinkregeln ausrichtet (KRUSE et al. 2000). Dauerhaftes kontrolliertes Trinken ist beispielsweise gegeben, wenn jemand nach der Vorgabe lebt, pro Tag nicht mehr als einen Liter Bier zu trinken und zwei alkoholfreie Tage pro Woche einzulegen. Kontrolliertes Trinken erfordert eine Festlegung der maximalen täglichen und wöchentlichen Alkoholmenge sowie die Anzahl alkoholfreier Tage pro Woche. Bei der Mengenfestlegung kann man sich an einem bisherigen Trinkquantum orientieren oder an internationale Stan-

dards über nicht-schädliche Alkoholmengen (max. täglich 30 g Alkohol für Männer = 0,8 l Bier; Frauen max. 15-20 g).

Menschen mit intellektuellen Einschränkungen sollten nicht versuchen, kontrolliertes Trinken auf eigene Faust umsetzen zu wollen. Sicherer ist die Begleitung durch soziale Fachkräfte, die einen umfassenden Kontrollplan mit ausarbeiten und begleiten. Das verspricht realistische Zielsetzungen, flexible Anpassung im Vorgehen, kritisches Hinterfragen (Geht es wirklich bei mir? Was ist der Preis, den ich dafür bezahle?) und einen erfolgreichen Umgang mit Rückschlägen (IHLEFELD 1999).

Bevor ein Trinkplan aufgestellt wird, sollten mit dem Betroffenen in einfacher Form folgende Dinge besprochen werden:

- Wirkung von Alkohol (körperlich/psychisch)
- Folgeschäden
- Gesellschaftliche Trinkregeln
- Wirkungserwartung
- Situationsmerkmale (Ort, Zeit, Personen, Themen)
- Internale Bedingungen (Stimmung, Gedanken, Durst)
- Freiwilligkeit/Einverständnis
- Zielfestlegungen
- Bewältigung von Belastungen ohne Alkohol
- Abweichungen vom Trinkplan/Konsequenzen.

Mit dem Betroffenen sollten sehr genau die Ursachen und Gründe bzw. die Funktion des Alkoholtrinkens erarbeitet werden. Mögliche Bedingung für Alkoholkonsum können sein:

- Ungelöste Konflikte
- Ungünstige Bedingungen im Bereich des Wohnens oder der Arbeit
- Partnerschaftsprobleme
- Leere/Langeweile (keine sinnvolle Beschäftigung/fehlende Tagesstruktur)
- Fehlende Anerkennung und Bestätigung
- Benachteiligung
- Ärger/Frustration
- Einsamkeit/Isolation
- Soziale Kontakte über Alkohol („Saufkumpane“)
- Hemmungen/Ängste
- Aggression/Depression
- Überforderung/Unterforderung
- Kontakt- und/oder Kommunikationsprobleme
- Versagen/Misserfolge
- Sexuelle Probleme

Bevor ein kontrolliertes Trinken vereinbart wird, sollten diese möglichen Ursachen und Gründe für den Alkoholmissbrauch besprochen und bearbeitet werden. Möglicherweise kann eine Behebung der Ursachen des Trinkens weitere Schritte erübr-

gen. Haben sich beide Parteien auf ein kontrolliertes Trinken geeinigt, so sollten dem Betroffenen bestimmte Trinkregeln vermittelt werden:

- Nie vor einer bestimmten Uhrzeit trinken
- Nach jedem alkoholischen ein nicht-alkoholisches Getränk trinken
- Nicht alleine trinken
- Nicht bestimmte Alkoholika trinken
- Nicht in bestimmten Situationen trinken
- Nicht an bestimmten Orten trinken
- Nicht mit bestimmten Personen trinken

Wird anschließend ein Trinkplan aufgestellt, an den sich der Betroffene in Zukunft halten möchte, so müssen folgende Dinge berücksichtigt werden:

- Menge
- Ort
- Zeit
- Situation
- Mittrinker
- Anlass

Wer kontrolliert trinkt, trinkt somit nicht spontan, sondern nach vorherigen Festlegungen bzw. Absprachen. Hierzu als Beispiel ein möglicher Trinkplan: Jemand trinkt nicht mehr als zwei Flaschen Bier (0,33l), legt drei alkoholfreie Tage pro Woche ein und trinkt nicht vor 20.00 Uhr. Er trinkt nicht am Kiosk und nicht zusammen mit Heinrich Meier. Vor dem Alkohol wird grundsätzlich ein nicht-alkoholisches Getränk konsumiert. Maximal wird eine Flasche Bier in einer Stunde getrunken. In ärgerlichen oder Stress-Situationen wird gar nicht getrunken.

Vom Betroffenen wird hiermit eine sog. „Punktabstinenz“ (LINDENMEYER 2002) verlangt:

- Kein Alkohol am ungeeigneten Ort
- Kein Alkohol zum ungeeigneten Zeitpunkt
- Kein Alkohol in bestimmten Situationen

Zur besseren Verbindlichkeit des kontrollierten Trinkens sollte ein Vertrag zwischen den Fachkräften und dem Betroffenen geschlossen werden, wobei auch mögliche Konsequenzen bei Nichteinhaltung festgelegt werden.

Unter folgenden Voraussetzungen ist das kontrollierte Trinken ungeeignet (Kontraindikation):

- Alkoholgewöhnung/Alkoholismus
- Schwerer Alkoholmissbrauch
- Körperliche Vorschäden
- Entzugserscheinungen
- Schwangerschaft
- Unbedachte Handlungen unter Alkohol
- Einnahme von Medikamenten, die Alkoholgenuss nicht erlauben

Für das kontrollierte Trinken muss des Weiteren ein Mindestmaß an Lernfähigkeit vorliegen, was Umlernen sowie Neulernen einschließt. Das dominierende Bedürfnis zu trinken ist mit Trinkgewohnheiten verknüpft, die verlernt werden müssen. Bei Menschen mit intellektuellen Einschränkungen ist sicherlich ein Lernen nach dem Prinzip „Steter Tropfen höhlt den Stein“ erforderlich. Das setzt aber relativ konstante Bedingungen und vor allem ein einheitlich handelndes Fachpersonal voraus, abgesehen von dem langen Atem, der gebraucht wird (IHLEFELDT 1999). Zusätzlich müssen die Fähigkeit zur einfachen Selbstkontrolle und das Lernen durch Einsicht vorhanden sein.

Kontrolliertes Trinken ist dem Wesen nach fremdbestimmt. Der Betroffene kann aber jederzeit aussteigen, damit ist die Selbstbestimmung ein wichtiger Faktor beim kontrollierten Trinken. Folgende Kontrollmechanismen können in einem Wohnheim bzw. beim Betreuten Wohnen beim kontrollierten Trinken zusätzlich eingeführt werden:

- Verbot des Besitzes und des Konsums von Alkohol in der Einrichtung
- Einteilung des Taschengeldes
- Führung eines Haushaltsbuches
- Alkoholverbot für Mitarbeiter
- Zimmerkontrollen
- Taschenkontrollen

Kontrolliertes Trinken ist auf Dauer allein kein Erfolg versprechendes Mittel, um beispielsweise mit Angstzuständen und depressiven Verstimmungen, einem geringen Selbstwertgefühl, Belastungen am Arbeitsplatz oder Arbeitslosigkeit zurechtzukommen. Der psychische Reizschutz ist bei der eng umschriebenen Alkoholfuhr, wie sei beim kontrollierten Trinken vorliegt, meist zu gering, um die angesprochenen psychischen Effekte zu erzielen. Die diffuse Vorstellung, alleine durch das kontrollierte Trinken mit dem Leben im Allgemeinen besser zurechtzukommen, erweist sich als illusionär (KRUSE et al. 2000). Von daher sollte das unterstützende und klärende Gespräch mit dem Betroffenen durch soziale Fachkräfte immer vor allen Versuchen der Verhaltensmodifikation das erste Mittel der Wahl sein. Sprechen kann helfen, Empathie und Zuwendung kann erstaunlich viel bewirken. Von daher sollten sich professionelle Helfer immer fragen, ob die Ursachen von Alkoholmissbrauch bei Betreuten möglicherweise auch im System liegen können (z.B. fehlende Zeit für Gespräche und Zuwendung, mangelhafte Organisationsabläufe).

Rückfall

Liegt bei einem Betroffenen eine Alkoholabhängigkeit vor, so ist die Abstinenz oberstes Ziel. Alkoholiker können nicht kontrolliert trinken. Hat ein Alkoholiker eine längerfristige Abstinenz erreicht (z.B. durch eine ambulante oder stationäre Therapie oder durch eine Selbsthilfegruppe), so sollte präventiv versucht werden, einen Rückfall zu verhindern. Es gibt verschiedene Risikosituationen, die einen Rückfall verursachen können (KÖRKEL et al. 1993, LINDENMEYER 1998):

- Belastende Ereignisse (Arbeitsplatzverlust/Tod eines Angehörigen/Trennung)

- Soziale Bedingungen (dauerhafte Spannungen, häufiger Ärger, Isolation)
- Negative (und auch) positive Gefühle (Angst oder Freude)
- Soziale Anlässe (Geburtstagsfeier, Sportveranstaltung)
- Über- oder Unterforderung
- Unzureichende Bewältigungsfertigkeiten (mangelnde soziale Kompetenzen)
- Alte Verhaltensweisen/Gewohnheiten („Saufkumpane“ am Kiosk besuchen)
- Mangelndes Selbstwertgefühl (Kränkungen, Enttäuschungen)
- Unangenehme körperliche Zustände (z.B. Schmerzen, Schlaflosigkeit)
- Nicht ausreichende Entwöhnungsbehandlung
- Austesten der eigenen Kontrollmöglichkeiten
- Alkoholverlangen („Suchtdruck“)

Ein Rückfall ist keine „Katastrophe“, sondern Teil der Suchterkrankung. Entscheidend ist nicht der Rückfall selbst, sondern der Umgang damit. Folgende Reaktionen können nach einem Rückfall bei einem Betroffenen beobachtet werden:

- Es bleibt ein einmaliger „Ausrutscher“ (weitere Abstinenz gesichert)
- Es wird sofort weiter getrunken
- Der Rückfall wird verheimlicht/geleugnet/vertuscht
- Eine Person des Vertrauens wird zur Hilfe einbezogen
- Sofortige professionelle Hilfe wird aufgesucht (Suchtberatungsstelle, Selbsthilfegruppe, Hausarzt, Entgiftungsstation)

Auch nahe Bezugspersonen (z.B. Wohnheimbetreuer) reagieren auf den Rückfall, beispielsweise mit:

- Besorgnis/Ängsten
- Mitgefühl
- Enttäuschung
- Trauer
- Wut
- Vorwürfen

Wie sollte man mit einem Rückfall des Betroffenen umgehen? Auf keinen Fall in Panik verfallen und den „Rückfall“ mit Vorwürfen überschütten. Ein sachkundiger Umgang mit der Rückfallthematik setzt voraus, dass man sich eine fachliche und persönlich tragfähige Basis für den Umgang mit Alkoholproblemen im Allgemeinen angeeignet hat. (KRUSE et al. 2000)). Dazu gehören neben Fachwissen über Alkoholismus als Krankheit das Zutrauen und die Kompetenz, Rückfälle offen, wohlwollend, aber ohne Beschönigungen und ohne Moralisierungen anzusprechen und beim Betroffenen Änderungszuversicht aufbauen zu können. Gelassenheit und die Einstellung, dass Rückfälle nicht auf Willens- oder Charakterschwäche beruhen, sondern zum Krankheitsbild gehören, sind wichtig.

Rückfälle sind Entwicklungschancen und können durchaus einen Schritt nach vorne bedeuten. Ein Rückfall kann Verkrustetes aufbrechen und deutlich machen, dass der Weg aus der Sucht Zeit braucht. Rückfälle sind die Regel und nicht die Aus-

nahme. Fünf Jahre nach einer Therapie sind ca. 70% der Patienten wieder rückfällig. In jedem Rückfall liegt ein Sinn und kann konstruktive Veränderungen bewirken. Sie sind erklärbar und stellen die Abstinenz nicht in Frage. Folgende Empfehlungen sind bei einem Rückfall zu geben:

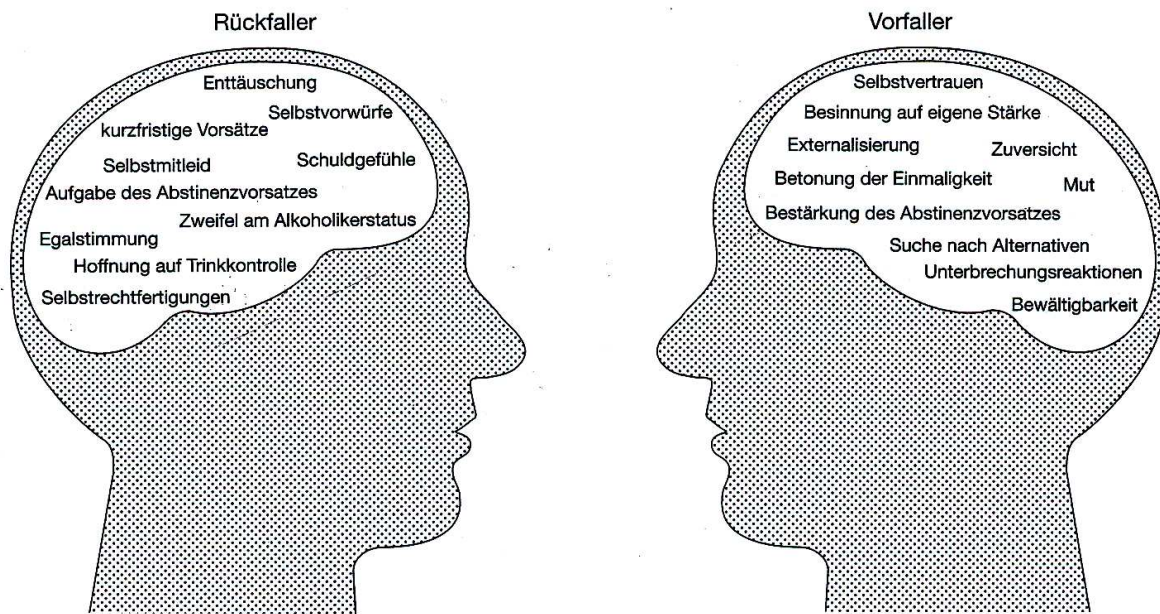
- Offener Umgang mit dem Rückfall
- Sofortige Reaktion
- Bedachtes Vorgehen
- Gesprächsangebote
- Einbeziehung der Suchtkrankenhilfe (Suchtberatungsstelle etc.)
- Überdenken des eigenen Rückfallverständnisses
- Kontinuität des Kontaktes
- Prophylaktische Thematisierung des Rückfalls
- Erarbeitung von Rückfallstrategien
- Frühzeitige Bearbeitung von Rückfallrisiken

Es kann mit dem Betroffenen ein „Ausrutscher-Vertrag“ geschlossen werden (nach KRUSE et al. 2000):

„Ausrutscher-Vertrag“

Ichschließe mit der Person meines Vertrauens..... die folgende Vereinbarung für den Fall, dass es bei mir zu einem Rückfall kommt – egal, wie viel oder wie lange ich getrunken habe:

- 1. Ich werde die Situation, in der ich getrunken habe, sofort verlassen.*
- 2. Ich werde die Person meines Vertrauens ansprechen, um mit ihr/ ihm meinen „Ausrutscher“ zu besprechen.*
- 3. Ich werde mit ihr/ ihm klären, was zu meinem „Ausrutscher“ geführt hat.*
- 4. Ich werde mit ihr/ ihm besprechen, was ich in Zukunft dagegen tun kann.*
- 5. Die Person meines Vertrauens hilft mir, aus der Situation, in der ich getrunken habe, herauszukommen.*
- 6. Er/ sie kritisiert mich nicht, verurteilt mich nicht, verletzt mich nicht.*
- 7. Er/ sie hilft mir dabei, herauszufinden, was zum „Ausrutscher“ geführt hat, um diese Dinge dann besser in den Griff zu kriegen.*
- 8. Er/ sie unterstützt mich auch in der folgenden Zeit, dass ich trocken und stabil bleibe und mir klar werden kann, wie es in Zukunft weitergehen soll.*



Gedanken und Gefühle beim Rückfall- und Vorfalprozess (in Anlehnung an Marlatt 1978b, 1985)

Abb. 1 (aus PETRY 1993)

In Abbildung 1 wird deutlich, dass die Einstellung des Betroffenen zum Rückfall sehr entscheidend ist. Eine Rückkehr zur Abstinenz scheint insbesondere dann besser zu gelingen, wenn der „Ausrutscher“ nicht auf eigene Abstinenzunfähigkeit bzw. Willensschwäche zurückgeführt wird und wenn keine starken Scham- und Schuldgefühle auftreten und destruktive Selbstvorwürfe unterbleiben. Der Ausstieg aus einem Suchtverhalten ist ein langfristiger Prozess und beinhaltet Rückschläge und zeitweiligen Stillstand. Menschen wachsen nicht über längere Zeit in die Sucht hinein, sondern sie benötigen auch längere Zeiträume, um sich ihrer wieder (mit Rückfällen) zu entledigen. Dies bedeutet, dass der Ausstieg aus der Sucht kein „Einmalgeschäft“ ist; es bedarf offenbar mehrerer Anläufe, um aus der Suchtspirale herauszukommen. Also: Ohne Rückfälle ist in vielen Fällen kein Ausstieg aus der Sucht möglich! Wichtig ist daher, dass die Umgebung des Betroffenen Geduld aufbringt und wiederholt Hilfestellung anbietet. Gefährlich ist sowohl das Ignorieren der Rückfallgefahr als auch das permanente Misstrauen, ob der Betroffene wieder heimlich trinkt. Heimliche Kontrolle ist wenig förderlich.

Co-Abhängigkeit

Mit Co-Abhängigkeit wird ein Problem- und Lebensbewältigungsmuster benannt, das in der Interaktion mit einer suchtkranken Person entwickelt oder verstärkt wird. Es beginnt, wenn die Bezugspersonen eines Trinkers die negativen Folgen des Trinkens tolerieren (KRUSE et al. 2000). Menschen, die mit Alkoholismus konfrontiert sind, zeigen häufig ein Verhalten, das die Sucht ungewollt unterstützt und eine Früherkennung der Krankheit und Unterbrechung ihres Verlaufes verhindert. In Abhängigkeit vom Stadium der Alkoholsucht und von der Belastbarkeit des sozialen Umfeldes sind drei Phasen der Co-Abhängigkeit zu unterscheiden. Diese

Phasen variieren bezüglich ihrer Dauer und Intensität. Bei Abstinenz oder Zeiten gemäßigten Trinkens können die Phasen wiederholt durchlaufen werden (BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG 2000):

Beschützerphase

In dieser Phase gilt das Motto: „Nichts sehen, nichts hören, nichts sagen“. Vielmehr werden Bezugspersonen des Betroffenen zu „stummen Helfern“:

- Es werden Entschuldigungen und Erklärungen für das Trinken gefunden
- Versäumte Dinge werden mit übernommen
- Trinkschulden werden beglichen
- Man schirmt den Betroffenen ab

Der Abhängige wird gedeckt, ihm wird ein Schonraum verschafft. Alle hoffen, dass ein Wunder geschieht und das Alkoholproblem von selbst verschwindet. Notwendige Konfrontationen oder Konsequenzen bleiben aus. Co-Abhängige fangen an, gegen ihre eigenen Regeln und ihre persönliche Ethik zu verstoßen.

Kontrollphase

Da das Beschützen und Erklären keine Hilfe bringt, ist das co-alkoholische Umfeld bemüht, durch vermehrte Kontrolle Einfluss auf das Trinkverhalten zu nehmen:

- Trinkmengen werden rationiert oder das Trinken wird untersagt
- Es wird versucht, heimliches Trinken aufzudecken oder Verstecke zu finden
- Es wird vom Betroffenen das Versprechen zur Mäßigung oder Abstinenz eingefordert.
- Es werden soziale Veranstaltungen gestrichen

Der Helfende macht die Probleme des Alkoholikers zunehmend zu den eigenen, übernimmt mehr und mehr die Verantwortung. Er verliert die Distanz zu der Problematik, und seine Sicht verzerrt sich. Es kommt zu Drohungen, Vorwürfen oder Bevormundungen, denen keine Taten folgen.

Anklagephase

Die Bemühungen, den Abhängigen vom Alkohol wegzubekommen, sind immer häufiger von Misserfolg gekrönt und schlagen schließlich in Feindseligkeit und mitunter sogar in Hass um. Der Abhängige wird zum Sündenbock für anfallende Schwierigkeiten gemacht. Es erfolgt eine zunehmende Geringschätzung sowie eine mögliche Ausgrenzung bis hin zur Trennung. In dieser Phase sind die Co-Abhängigen ansprechbar für fachliche Beratungen. Zur Co-Abhängigkeit kann es aus verschiedenen Gründen kommen:

- Unwissenheit
- Hilflosigkeit
- Angst vor der Denunziantenrolle
- Mitleid
- Macht behalten
- Gefühl als Helfer und Märtyrer

Wer kann co-abhängig werden? Alle nahen Bezugspersonen:

- Partner
- Eltern
- Betreuer
- Arbeitskollegen
- Mitbewohner

Bezugspersonen, die in der Co-Abhängigkeit verharren, verpassen die Chance, durch geeignete Maßnahmen dem Alkoholiker zu helfen. Eine falsch verstandene Solidarität schadet bzw. kann nicht hilfreich sein (KRUSE et al. 2000). Bei Menschen mit intellektuellen Einschränkungen besteht ebenfalls die Gefahr, dass Betreuungspersonen eine Co-Abhängigkeit entwickeln:

- „Wir sind für alles zuständig und müssen helfen“
- Wer Betroffene ist selbstbestimmt („wir mischen uns nicht ein“)
- Entschuldigungen, Mitleid und Verständnis werden moralisch erwartet
- („Sie/er hat mit seiner Behinderung doch ein schweres Los“)
- Sie/er kann nicht anders/ist nicht zu beeinflussen
- Nach außen soll die Fassade aufrechterhalten werden („bei uns im Wohnheim wird nicht gesoffen – dafür sorgen wir“)
- Aufgrund von zeitlicher Überforderung der Betreuungspersonen wird das Problem ignoriert

Es bestehen zwischen den beiden Parteien (Betroffener/Bezugspersonen) unausgesprochene bzw. stillschweigend vereinbarte Regeln (KRUSE et al. 2000):

- Der Alkoholkonsum wird nicht auf bestimmte Ursachen zurückgeführt
- An bestimmten Problemen wird nicht „gerüttelt“
- Der Jetzt-Zustand muss aus bestimmten Gründen erhalten bleiben, koste es, was es wolle
- Niemand will darüber reden, was wirklich geschieht
- Niemand sagt, was er wirklich denkt oder fühlt.
- Irgendwer oder irgendwas ist an dem Alkoholkonsum schuld

Suchtkrankheit ist immer Ausdruck einer Beziehungsstörung, von der nicht allein der Suchtkranke, sondern immer auch die Bezugspersonen mit betroffen sind.

Abschließend sei noch einmal gesagt, dass für alle drei Themenbereiche (Alkoholmissbrauch, Rückfall und Co-Abhängigkeit) gilt:

- Frühzeitiges Erkennen der Alkoholprobleme
- Offenes und ehrliches Ansprechen
- Forderung an den Betroffenen, sich umgehend geeignete Hilfe zu holen
- Eigene Position zur Alkoholproblematik reflektieren
- Sich über die Entstehung und Behandlung von Suchtproblemen informieren
- Probleme im System (Familie, Wohnheim, Arbeitsplatz) beachten, denn Sucht ist eine systemische Erkrankung

Literatur

- BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG: Schritt für Schritt – ein Interventionskonzept zum Thema Alkohol am Arbeitsplatz. Köln 2000
- IHLEFELD, U.: Kontrolliertes Trinken als Komponente des Betreuungskonzepts für Alkohol Kranke im Pflegeheim. In: NAUMANN, W.: Sozial- pädagogische Betreuung von Alkoholkranken in Heimen. Rostock 1999
- KÖRKEL, J. et al.: Mit dem Rückfall leben. Bonn 1993
- KRUSE, G. et al.: Alkoholabhängigkeit erkennen und behandeln. Bonn 2000
- LINDENMEYER, J.: Ein verhaltenstherapeutischer Ansatz zur spezifischen Behandlung von Alkoholmissbrauch. In: HEIGL-EVERS, A. et al., Therapien bei Sucht und Abhängigkeiten. Göttingen 2002
- LINDENMEYER, J.: Lieber schlau als blau. Weinheim 1998
- PETRY, J.: Alkoholismustherapie. Weinheim 1993

Stationäre Alkoholentwöhnung bei Menschen mit intellektuellen Einschränkungen - Vorstellung eines spezialisierten Konzeptes –

Rita Schliep

Meine Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit geistig behinderten Menschen, die an einer Alkoholabhängigkeit erkrankt sind, meine langjährige Tätigkeit in der Fachklinik Oldenburger Land in dieser „Spezialgruppe“ sowie die gemeinsame Seminarartätigkeit zu dieser speziellen Problematik mit Peter SCHINNER, Psychologe in der Suchtberatung der Lebenshilfe Berlin, erschienen mir eine gute Grundlage, um zu dieser Thematik Stellung nehmen zu können. Der Inhalt meines Referates ist folgendermaßen strukturiert:

- Einige Grundgedanken
- Personenkreis
- Klinisches Setting
- Milieutherapeutische Wirkfaktoren
- Gruppenzusammensetzung
- Methodisch-didaktische Arbeitweise
- Angehörigenarbeit

Zunächst möchte ich als Grundannahme vorausschicken, dass Menschen mit einer geistigen Behinderung ebenso wie andere Menschen an Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Störungen leiden können. „Menschen mit geistiger Behinderung können die gleichen Wünsche, Sehnsüchte und Hoffnungen und eben auch Sorgen, Probleme und Krankheiten entwickeln wie Nicht-Behinderte“. Das bedeutet, dass dieser Personenkreis nicht mehr oder minder gefährdet ist, eine Abhängigkeitserkrankung zu entwickeln Nicht – Behinderte (vgl. EISNER 1995). Ich gehe hier von Alkoholabhängigkeit aus, zum einen aufgrund meiner Arbeitserfahrungen, zum anderen aufgrund der erschwerten Beschaffungsmöglichkeiten von illegalen Drogen. Schlussfolgernd aus der ersten Grundannahme schließt sich an, dass der Alkoholismus kein Symptom der geistigen Behinderung ist, sondern eine eigenständige Erkrankung. Das bedeutet: Dieser Personenkreis mit dieser gesonderten Problematik benötigt eine spezielle Behandlung. Die MitarbeiterInnen in den Wohnheimen oder Werkstätten sind nicht zwangsläufig auch für diese Problematik „zuständig“, sondern dürfen sich getrost an Fachdienste wenden.

Menschen mit einer geistigen Behinderung trinken aus den gleichen Gründen Alkohol wie Nichtbehinderte. Darüber hinaus finden sich noch weitere Gründe. Auch wenn es keine „Alkoholikerpersönlichkeit“ gibt, so gibt es doch Erklärungsversuche, die besagen, dass Menschen mit einer Suchterkrankung häufig selbstunsichere und stimmungslabile Personen sind, denen keine ausreichenden Problemlö-

sungsstrategien zur Verfügung stehen. PETERS (1992, 26) behauptet, „beim Problemverhalten eines Menschen, der eine geistige Behinderung hat, geht es immer auch um eine soziale oder eine Beziehungsproblematik.“ Problemverhalten ist ein weiter Begriff, zu dem außer autoaggressiven Handlungen (Stereotypien) auch destruktive Taten gegen andere gehören. Ich sehe die Alkoholproblematik eines Menschen immer auch als ein Problemverhalten, das sowohl den Betroffenen selbst wie auch seine Mitmenschen schädigen kann.

Um das dargestellte Konzept einordnen zu können, möchte ich kurz den Personenkreis dieser speziellen Behandlungsgruppe skizzieren. Das medizinisch diagnostische Manual (DSM III R) bietet eine gute Orientierung. Wengleich sich sicherlich auch hier nicht alle Personen eingruppiert lassen. Es werden hier vier Schweregrade geistiger Behinderung unterschieden. Ich werde nur die ersten zwei kurz umreißen:

- Die größte Gruppe mit ca. 85 % sind die Menschen mit einer leichten geistigen Behinderung. Dieser Personenkreis lässt sich grob beschreiben als Menschen mit Schulkenntnissen bis ungefähr Kenntnisstand 6. Klasse, sie verfügen über gewisse Kommunikationsfähigkeiten, sind anpassungs- und leistungsfähig, sie brauchen Unterstützung und Anleitung insbesondere bei Belastungssituationen. Dieser Personenkreis lebt zumeist in eigener Wohnung oder in therapeutischen Wohngruppen.
- Die zweite Gruppe mit ungefähr 10 % ist die Gruppe mit einer mäßigen geistigen Behinderung. In dieser Gruppierung sind Menschen zu finden, deren Schulkenntnisse ungefähr bis zu einem Niveau der 2. Klasse reichen. Sie können im Erwachsenenalter ungelernete bzw. angelernte Arbeiten unter Aufsicht durchführen, durch Training sind sie sozial leistungsfähig, sie sind anpassungsfähig. Größtenteils leben sie „beschützten“ Wohnheimen oder in der Ursprungsfamilie.
- Die dritte Gruppe, mit etwa 3 – 4 %, ist die der schwer geistig Behinderten. Sie erlernen elementare Grundkenntnisse im Bereich Hygiene, schulisches Grundwissen und können unter Beaufsichtigung etwas Einfaches arbeiten.
- Mit 1 – 2 % umfasst die Gruppe der schwerst geistig Behinderten die kleinste Gruppe. „Eine optimale Entwicklung lässt sich nur mit Hilfe einer hochstrukturierten Umgebung bei ständiger Hilfe und Aufsicht und einer individualisierten Beziehung zu einer Pflegeperson erreichen“ (EISNER 1995).

Das Konzept der Fachklinik Oldenburger Land

Warum kommen geistig Behinderte in eine Alkoholentwöhnungsbehandlung und manche auch nicht?

Menschen mit einer geistigen Behinderung fragen selten selbst um therapeutische Unterstützung nach, sondern zumeist Personen aus dem sozialen Umfeld (Eltern, Familie, Betreuer etc.); sie sind es, die unter dem oftmals/meistens selbstschädigenden Verhalten der Betroffenen leiden (PETERS 1992, 25). Wir können von

verantwortungsvollem und selbstkritischem Handeln eines Familienangehörigen oder Betreuers sprechen, wenn er sich aus der co- abhängigen Rolle löst und das problematische Verhalten eines alkoholabhängigen bzw. alkoholgefährdeten geistig behinderten Menschen offen zur Sprache bringt. Gerade die professionellen Betreuer geraten häufig in das Dilemma zwischen der Förderung selbstbestimmten Handelns des geistig Behinderten und dem Erkennen von abhängigem Verhaltensmustern.

Klinisches Setting

Die Fachklinik Oldenburger Land mit der Abteilung *To Hus* ist eine kleine, überschaubare Einrichtung. In Dötlingen- Neerstedt finden sich insgesamt 49 Betten. Ein Teil der Therapieplätze sind speziell für den obengenannten Personenkreis vorgesehen. Die Mitarbeiter der einzelnen therapeutischen Maßnahmen, wie z.B. Medizin, Psychotherapie, Ergotherapie, sind von ihrer inneren Haltung her speziell auf diese Klientel eingerichtet. Die Integration der Menschen mit einer geistigen Behinderung findet im Kopf der Mitarbeiter statt. Diese Grundvoraussetzung geht auf eine lange „Tradition“ zurück. Zum einen wurden in dieser Klinik bereits vor einem speziellen Konzept häufig Patienten aufgenommen, die „Intelligenzdefizite“ hatten, zum anderen aber - und das scheint mir maßgeblich zu sein - wird bereits seit sehr vielen Jahren mit den Hörgeschädigten eine Gruppe aus dem „Behindertenbereich“ behandelt. Dadurch entwickelte sich bei dem therapeutischen Personal im Laufe der Jahre ein anderes Grundverständnis für den alltäglichen Umgang mit Behinderten. Das bedeutete, sich Ausdrucksweisen (Wortwahl) bzw. Möglichkeiten zu überlegen, wie eine konstruktive Therapie verlaufen kann.

Hinzu kommt, dass aufgrund der „kleinen“ Patientenmenge eine vertraute Atmosphäre zu schaffen ist. Patienten, die beispielsweise in den ersten Tagen Orientierungsschwierigkeiten haben, können aufgefangen werden, weil die Mitarbeiter aufgrund gemeinsamer Patientenbesprechungen deren Problematik erfassen und unterstützen können.

Therapeutische Maßnahmen der stationären Entwöhnungsbehandlung Folgende Angebotsbereiche kommen bei der Entwöhnungsbehandlung zur Anwendung:

- Gruppenpsychotherapie
- Therapien aus dem medizinischen Bereich
- Themenzentrierte Gruppen
- Selbsthilfegruppen
- Arbeitstherapie
- Beschäftigungstherapie
- Freizeitgestaltung
- Indikative Gruppen (Sport, Ernährung, Alkoholabstinenz)
- Gruppensprecherrat
- Angehörigenarbeit

Milieutherapeutische Wirkfaktoren

Die Fachklinik stellt aufgrund der Gesamtkonstellation (Mitpatienten, neues Umfeld, andere Anforderungen etc.) eine besondere Wirkgröße dar. Das therapeutische Klima in der Einrichtung - zwar nicht direkt mess- und nachweisbar, aber doch unmittelbar beeinflussend - kann sowohl als Katalysator wie auch als Bremse für diagnostische und therapeutische Prozesse fungieren.

Die Patientin/der Patient wird mit Antritt der Entwöhnungsbehandlung der vertrauten Umgebung, des eigenen Milieus „beraubt“. Das irritiert in mehrfacher Hinsicht. Vertraute Gewohnheiten und Verhaltensmuster können nicht unmittelbar fortgesetzt werden. Zu Beginn der Behandlung wird jedem Neuankömmling eine Patin oder ein Pate zur Seite gestellt, diese/r kann wichtige informelle Informationen übermitteln und evtl. auch Funktionen übernehmen. Die Verunsicherung über die Aufnahmesituation wird häufig Anlass zur Kommunikation. Es kommt zum Austausch über die aktuelle Situation oder auch über den Anlass der Aufnahme. Die Patienten, die bereits in ihrer Therapie fortgeschritten sind, wirken oftmals stabilisierend und hilfreich auf die „Neuankömmlinge“ oder die unsicheren Personen. Therapeutische Inhalte werden in diesem Zusammenhang zumindest angesprochen oder andiskutiert. Tipps oder Hilfestellungen werden übermittelt. Im günstigen Fall wendet sich eine Patientin/ein Patient in kritischen Therapiesituationen an einen anderen Patienten außerhalb der Therapiegruppe. Die ersten Behandlungswochen in der Suchtklinik sind eine Begegnung mit einer fremden Welt:

Kritische Anfangsphase

- Fern von Zuhause
- Neue Tagesstruktur
- Neue Regeln
- Fremde Menschen

Integrations- und Motivationsarbeit

- Hemmungen und Sprechängste
- Fremd- und Eigenmotivation
- Krisenintervention

Gruppenzusammensetzung

Um für diesen Personenkreis möglichst optimale Therapiebedingungen zu schaffen, wird eine Direktaufnahme in die kleinste Bezugstherapiegruppe vorgenommen. Das bedeutet, dass der Patient sich lediglich auf ein „Therapeutenteam“ (Bezugs- bzw. Haupt- und Co –Therapeuten) einstellen muss. Die therapeutische Arbeit im Co-Therapeutensystem hat den Vorteil, dass bei Krankheit oder Urlaub des Haupttherapeuten die Betroffenen sich nicht mit einem fremden Therapeuten konfrontiert sehen. Direktaufnahme in die spezielle Gruppe beinhaltet auch, sich langsam mit Allem vertraut machen zu können, ohne das leistungsstärkere Mitpatienten zu sehr verängstigen. Es wirkt stabilisierend auf Patienten in ähnlicher Lebenssituation, mit ähnlichem Erfahrungshorizont zu erleben. Das ist wichtig, denn die Aufnahme und die ersten Behandlungstage gehören zur *kritischen Anfangsphase*. Die

Fluktuation in dieser Gruppe ist im Normalfall nicht so groß, da es sich um eine kleine Gruppe von 7-8 Patienten handelt. Die Aufenthalts-/ Behandlungsdauer ist in der Regel vier Monate.

Vor Aufnahme wird bei diesem Personenkreis größtenteils eine Vor- oder Aufnahmegespräch geführt. Anlass dazu ist einerseits die „Überprüfung“, ob der bzw. die Betreffende für die Therapiegruppe geeignet ist, andererseits hat dieses Vorstellungsgespräch einen deutlich entängstigenden Charakter. Sich mit den vertrauten Betreuern die Klinik, den Speisesaal, die therapeutischen Angebote und auch die Bezugstherapeutin „anzugucken“, ohne gleich dableiben zu müssen, beruhigt und relativiert die zumeist diffusen Ängste. Denn wie bei Nicht – Behinderten bestimmte Stigmata bzw. Bilder bestehen, wer bzw. was ein Alkoholiker ist, so treten auch geistig Behinderte einem Behandlungsangebot für Alkoholiker mit Skepsis, Ängsten und Vorurteilen entgegen. Dieser Erstkontakt, die gezielten, fremdartigen Fragen können zur Krankheitseinsicht genutzt werden. Ein Vorstellungsgespräch dient beiden Seiten dazu abzuklären, ob eine gewinnbringende Zusammenarbeit vorstellbar ist.

In diesem Zusammenhang möchte ich erwähnen, dass für eine konstruktive therapeutische Arbeit in dieser speziellen Gruppe auch einige Anforderungen erfüllt sein sollten, und zwar eine gewisse

- Gemeinschaftsfähigkeit,
- Introspektionsfähigkeit und
- Frustrationstoleranz.

Ausschlusskriterien für eine Aufnahme sind Doppel- bzw. Dreifachdiagnosen, wie z.B. leichte geistige Behinderung, Sucht und Psychiatrische Diagnose oder schwere Persönlichkeitsstörung. In den meisten Fällen bringt ein Vorstellungsgespräch Klarheit darüber, ob eine Aufnahme bzw. eine Behandlung sinnvoll erscheint oder nicht.

Methodisch - didaktische Arbeitsweise

Gehen wir von dem Gedanken aus, dass „Psychotherapie individuell angepasst werden muss“ (KOLITZUS 1997), so erfordert die Arbeit mit Suchtkranken eine multi-methodische Vorgehensweise. Die therapeutische Arbeit mit dem speziellen Personenkreis der Menschen mit geistiger Behinderung wurde für mich zu einem Konglomerat verschiedenster Elemente unterschiedlicher Schulen und Methoden. In der Zusammenarbeit mit diesem Personenkreis sollten folgende Verhaltensbesonderheiten und -aktiva dieser Gruppe besondere Berücksichtigung finden:

- Auffassungsverlangsamung
- Gestörte Abstraktionsfähigkeit
- Schlechtes Erinnerungsvermögen
- Aggressions- und/ oder Impulsdurchbrüche
- Häufig Störung der situativen Orientierung
- Verstimmungen

Vorderstes Prinzip in der therapeutischen Arbeit mit diesem Personenkreis ist *Verständlichkeit* (SCHULZ VON THUN 1991). Diese gliedert sich in

- Einfachheit: Gebrauch von kurzen Sätzen und bekannten Worten
- Gliederung: übersichtliche Vermittlung der Informationen
- Kürze: Prägnanz, sich auf das Wesentliche begrenzen
- Zusätzliche Stimulanz: Strategien, um die Betroffenen nicht nur intellektuell, sondern auch gefühlsmäßig anzusprechen; lebensnahe Beispiele.

Als Grundvariablen im therapeutischen Kontakt mit geistig behinderten Menschen drängen sich die Beratermerkmale für klientenzentrierte Gesprächsführung nach C. ROGERS auf:

- *Akzeptanz*
- *Wertschätzendes Verstehen*
- *Echtheit/Kongruenz*

Die Arbeitsgrundlage der Gruppentherapie basiert auf der psychoanalytisch-interaktionellen Gruppenpsychotherapie. Der Therapeut wird als Realperson erfahrbar und übernimmt Hilfs-Ich-Funktionen. „Das Ich(des Patienten in der frühkindlichen Entwicklung) bleibt mehr oder weniger funktions schwach, entsprechend leidet auch die Entwicklung von Autonomie als einer der Voraussetzungen für die Identitätsbildung.“ „Die Übertragungphantasie des Patienten mitsamt den dazugehörigen Affekten, Wünschen und Impulsen weckt im Therapeuten gleichfalls Phantasien, die nunmehr den Patienten in einem besonderen Licht erscheinen lassen. Die aus dem Verhalten des Patienten erschlossene Übertragung und die durch sie im Therapeuten ausgelöste und von ihm wahrgenommene, wenngleich nicht immer sofort verstandene Gegenübertragung, lässt einen Erfahrungskontext erkennbar werden, der für das Verständnis der Störung des Patienten und deren Genese unverzichtbar ist. Die in der Gegenübertragungsreaktion enthaltenen Gefühle und Affekte des Therapeuten sind für den diagnostischen und therapeutischen Prozess von besonderer Bedeutung“ (HEIGL-EVERS & OTT 15,22). Der Therapeut demonstriert mit seinen Antworten das Denken und Fühlen eines reiferen Objektes und wirkt so den zumeist destruktiven unreifen Objektbildern des Patienten entgegen. Voraus reifere, tragfähigere Objektbilder sich entwickeln können.

Reinszenierungen problematischer Verhaltensweisen im Klinikgeschehen werden unter Berücksichtigung der Frustrationstoleranz und Kränkbarkeit im Gruppengeschehen bearbeitet. Ein wichtiger Faktor in der Zusammenarbeit ist die Konstante Zeit. Lern- und Denkprozesse vollziehen sich langsam und müssen wiederholt werden. Da das Abstraktionsvermögen dieses Personenkreises häufig gering ist, wird an konkreten Inhalten gearbeitet. Dabei werden Alltagssituationen herangezogen, d.h. es geht nicht ausschließlich um ihr Verhalten unter Alkoholeinfluss, sondern dahinter steckt vielmehr der Gedanke, die Personen langfristig zu befähigen, frustrierende, belastende Erlebnisse/Erfahrungen anders zu lösen. Elemente aus der Verhaltenstherapie, aus der systemischen Therapie, aus der Gestaltungstherapie sowie aus dem Psychodrama werden dabei eingesetzt. In der Zusammenarbeit mit dem betreffenden Personenkreis kommt dem Therapeuten eine aktive Rolle zu. Die Erwartung, dass die geistig Behinderten eigenständig Problemstellungen ein-

bringen, wäre zu hoch. Die Strukturierung der Themenstellungen wird von den Therapeuten übernommen.

Angehörigenarbeit

In regelmäßigen Abständen finden Angehörigenseminare statt. Es wird vorher erörtert, wen die Patientinnen und Patienten einladen möchten. Häufig laden sie nicht ihre Familie, sondern ihre Betreuer ein. In der Angehörigenarbeit mit geistig Behinderten kommt dem Kontakt zu den Betreuern eine große Bedeutung zu. Sowohl die gesetzlichen als auch die Wohngruppen- oder Werkstättenbetreuer sind außerordentlich wichtig zur Stabilisierung wie auch zur konkreten inhaltlichen Arbeit. Die Inhalte dieser Gespräche können sein:

- Die Schwierigkeiten/Auffälligkeiten, die durch die Alkoholproblematik entstanden sind, die Auswirkungen/Folgen für den Betroffenen selbst, aber auch innerhalb der Wohngruppe bzw. der Werkstatt sowie familiäre Zusammenhänge oder andere Verhaltensauffälligkeiten.
- Konkrete Fragestellungen wie aktuelle Probleme im Therapieablauf, therapeutische Zielsetzungen, Parallelen oder Unterschiede zu dem Verhalten in der Wohngruppe, weiteres Vorgehen (z.B. Veränderung der Wohnsituation).
- Welche Veränderungen bringt die Therapie für den Alltag im Wohnbereich?

Ich betone an dieser Stelle, dass die Erarbeitung realistischer „kleiner“ Ziele für diesen Personenkreis wichtig ist, um ihnen Erfolgs- anstatt Frustrationserlebnisse im Rahmen der Therapie zu ermöglichen. Das wiederum kann sich positiv auf eine abstinenten Lebensführung auswirken.

Abschließend möchte ich anmerken, dass es, um ein umfassendes Behandlungsangebot für diesen Personenkreis anbieten zu können, einer deutlichen Erweiterung des Hilfesystems bedarf.

Literatur

BIRKENBIHL, V. F.: Kommunikationstraining. 1989

Diagnostische Kriterien und Differentialdiagnosen des Diagnostischen und statistischen Manuals psychischer Störungen (DSM III-R). Beltz, Weinheim 1989

EISNER M.: Ganz normal süchtig. Pro Jugend 1 / 1995

HEIGL-EVERS, A. , OTT, J. : Die psychoanalytisch - interaktionelle Methode. Theorie und Praxis. Vandenhoeck und Ruprecht 1994. S.15-22

KOLITZUS, H.: Die Liebe und der Suff. Kösel 1997

PETERS, H.: Psychotherapeutische Zugänge zu Menschen mit geistiger Behinderung. Klett-Cotta 1992

ROGERS, C.R.: Die Klientenbezogene Gesprächstherapie. 1973

SCHINNER, P.: Beratung alkoholgefährdeter Menschen mit einer geistigen Behinderung. Unveröffentl. Vortrag, Berlin

SCHULZ VON THUN, F.: Miteinander reden. rororo 1991

Autoren

Walter Behrens
Dipl. Psychologe, Therapeutischer Leiter
Fachklinik Oldenburger Land
Neerstedter Str. 9
27801 Dötlingen - Neerstedt
Tel. 04432/9480-40; Fax -94
e-Mail: sucht@fk-ol-land.de

Wolfgang Beine
Dipl. Sozialarbeiter und Sozialtherapeut
Leiter des Einrichtungsverbundes I des
Stiftungsbereichs Gemeindepsychiatrie
v. Bodelschwingsche Anstalten Bethel
Fliednerweg 11
33689 Bielefeld
Tel. 0521/144-1631; Fax -1316

Prof. Dr. Theo Klauß
Pädagogische Hochschule Heidelberg
Dekan der Fak. I für Erziehungswissenschaften
Inst. f. Sonderpädagogik
Abtl. Geistig- und Mehrfachbehindertenpädagogik
Keplerstr. 87
69120 Heidelberg
Tel. 06221/477-431; Fax - 485
e-Mail: theo.klauss@urz.uni-heidelberg.de

Marja Kretschmann-Weelink
Pädagogin und Sozialtherapeutin
Westfalenfleiß gGmbH - Arbeiten und Wohnen
Zwi-Schulmann- Weg 36
48167 Münster
e-Mail: Marjakretschmann@aol.com

Dr. Martin Reker
Zentrum für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin
Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen
Krankenanstalten Gilead
v. Bodelschwingsche Anstalten Bethel
Remterweg 69/71
33617 Bielefeld
Tel. 0521/144-5183; Fax -5101
e-Mail: MReker@psychiatrie.gilead.de

Rita Schliep
Dipl. Sozialarbeiterin
Scheides Kamp 13
26160 Bad Zwischenahn
Tel. 04486/917435

Impressum

Die „*Materialien der DGSGB*“ sind eine Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung e.V. (DGSGB) und erscheinen in unregelmäßiger Folge. Anfragen und Bestellungen an die Redaktion erbeten (Bestellformular über die Website www.dgsgb.de).

Herausgeber

Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit
bei Menschen mit geistiger Behinderung e.V. (DGSGB)
Maraweg 9
33617 Bielefeld
Tel. 0521/144-2613
Fax 0521/144-3096
www.dgsgb.de

Redaktion

Prof. Dr. Klaus Henniscke
Laubacher Str. 46a
14197 Berlin
Tel.: 030/854 87 00
0174/989 31 34
E-mail henniscke@freenet.de

DGSGB

Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung e.V.

Zweck

Die Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung (DGSGB) verfolgt das Ziel, bundesweit die Zusammenarbeit, den Austausch von Wissen und Erfahrungen auf dem Gebiet der seelischen Gesundheit von Menschen mit geistiger Behinderung zu fördern sowie Anschluß an die auf internationaler Ebene geführte Diskussion zu diesem Thema zu finden.

Hintergrund

Menschen mit geistiger Behinderung haben besondere Risiken für ihre seelische Gesundheit in Form von Verhaltensauffälligkeiten und zusätzlichen psychischen bzw. psychosomatischen Störungen. Dadurch wird ihre individuelle Teilhabe an den Entwicklungen der Behindertenhilfe im Hinblick auf Normalisierung und Integration beeinträchtigt. Zugleich sind damit besondere Anforderungen an ihre Begleitung, Betreuung und Behandlung im umfassenden Sinne gestellt. In Deutschland sind die fachlichen und organisatorischen Voraussetzungen für eine angemessene Förderung von seelischer Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung noch erheblich entwicklungsbedürftig. Das System der Regelversorgung auf diesem Gebiet insbesondere niedergelassene Nervenärzte und Psychotherapeuten sowie Krankenhaupsychiatrie, genügt den fachlichen Anforderungen oft nur teilweise und unzulänglich. Ein differenziertes Angebot pädagogischer und sozialer Hilfen für Menschen mit geistiger Behinderung bedarf der Ergänzung und Unterstützung durch fachliche und organisatorische Strukturen, um seelische Gesundheit für Menschen mit geistiger Behinderung zu fördern. Dazu will die DGSGB theoretische und praktische Beiträge leisten und mit entsprechenden Gremien, Verbänden und Gesellschaften auf nationaler und internationaler Ebene zusammenarbeiten.

Aktivitäten

Die DGSGB zielt auf die Verbesserung

- der Lebensbedingungen von Menschen mit geistiger Behinderung als Beitrag zur Prävention psychischer bzw. psychosomatischer Störungen und Verhaltensauffälligkeiten
- der Standards ihrer psychosozialen Versorgung
- der Diagnostik und Behandlung in interdisziplinärer Kooperation von Forschung, Aus-, Fort- und Weiterbildung
- des fachlichen Austausches von Wissen und Erfahrung auf nationaler und internationaler Ebene.

Um diese Ziele zu erreichen, werden regelmäßig überregionale wissenschaftliche Arbeitstagungen abgehalten, durch Öffentlichkeitsarbeit informiert und mit der Kompetenz der Mitglieder fachliche Empfehlungen abgegeben sowie betreuende Organisationen, wissenschaftliche und politische Gremien auf Wunsch beraten.

Mitgliedschaft

Die Mitgliedschaft steht jeder Einzelperson und als korporatives Mitglied jeder Organisation offen, die an der Thematik seelische Gesundheit für Menschen mit geistiger Behinderung interessiert sind und die Ziele der DGSGB fördern und unterstützen wollen.

Die DGSGB versteht sich im Hinblick auf ihre Mitgliedschaft ausdrücklich als interdisziplinäre Vereinigung der auf dem Gebiet tätigen Fachkräfte.

Organisation

Die DGSGB ist ein eingetragener gemeinnütziger Verein. Die Aktivitäten der DGSGB werden durch den Vorstand verantwortet. Er vertritt die Gesellschaft nach außen. Die Gesellschaft finanziert sich durch Mitgliedsbeiträge und Spenden.

Vorstand:

Prof. Dr. Michael Seidel, Bielefeld (Vorsitzender)
Prof. Dr. Klaus Hennicke, Berlin (Stellv. Vorsitzender)
Prof. Dr. Theo Klauß, Heidelberg (Stellv. Vorsitzender)
Dipl.Psych. Dr. Gudrun Dobsian, Bielefeld (Schatzmeisterin)
Knut Hoffmann, Göttingen
Dipl.-Psych. Stefan Meir-Korell, Meckenbeuren
Prof. Dr. Gerhard Neubäuser, Linden
Prof. Dr. Georg Theunissen, Halle

Postanschrift

Prof. Dr. Michael Seidel
v. Bodelschwingsche Anstalten Bethel
Stiftungsbereich Behindertenhilfe
Maraweg 9
D-33617 Bielefeld
Tel.: (0521) 144-2613
Fax: (0521)144-3467
www.dsgb.de