

# Geistige Behinderung und Sucht / Substanzmissbrauch

-

## Hilfreiche Interventionen und Anforderungen an das Betreuungssetting

Dipl.-Psych. Stephan Buschkämper

“Normal berauscht?” – Geistige Behinderung und Sucht/Substanzmissbrauch

Fachtagung der LWL-KS Sucht in Kooperation mit der LWL-Behindertenhilfe, dem Landesbetreuungsamt Westfalen-Lippe und der Diakonischen Stiftung Wittekindshof,  
7.7.2011, Bad Oeynhausen

... schön zu leben!



**W**ittekindshof  
DIAKONISCHE STIFTUNG

# Einleitung

## ■ Perspektive des Vortrags

- **Durch welche „Brille“ wird geschaut?**
- **Erfahrungshintergrund des Referenten?**
  - stationäre Behindertenhilfe & „Rückkehrer“ aus dem AUW
  - Klienten mit bereits (sehr) verfestigter Problematik
  - vielfach (auch mehrfach) vorbehandelte Klienten
  - erhebliche Konsumfolgen
  - Erfahrungen aus dem multiprofessionellen Team des ‚abstinenzorientierten Wohnangebots‘
  - Erfahrungen aus Regelwohnsettings – Was funktioniert? / Was führt mittelfristig zu Rückfällen ins Problemverhalten?

## Einleitung

„Wir haben schon des Öfteren Menschen zur Entgiftung gehabt, die sehr einfach strukturiert waren und bei denen ich mich gefragt habe, was bei ihnen ankommt von unserem Programm.

Die Einrichtungen , in denen diese Menschen leben, wissen sich oft nicht zu helfen bei Rückfällen und schicken die Bewohner zum Entzug, teilweise kommt uns das wie eine Erziehungsmaßnahme vor.“

*Zitat: M.S., Sozialtherapeutin im ‚Qualifizierten Entzug‘, e-mail, Mai 2011*

### *Erfahrung:*

- nach klinischer Behandlung / erreichter Abstinenz im stationären Suchthilfesetting nahezu sicher erwartbare Rückfälligkeit, wenn das Betreuungssetting in der Behindertenhilfe nicht gezielt angepasst wird
- deutliche Konsumveränderung / Abstinenz: eher durch Intervention nur im Rahmen der Behindertenhilfe (ohne Suchthilfemaßnahme) als durch reine Suchthilfemaßnahme (ohne Anpassung des Betreuungssettings/-maßnahmen in der Behindertenhilfe)

## Einleitung: Grundthesen

I.

Bei „GB und Sucht“ kann die Behandlung nicht vollständig an das Suchthilfesystem bzw. ein externes Therapiesystem delegiert werden.

(sofern durch Art und Umfang der Behinderung ein deutlicher und langfristiger Bedarf nach Leistungen der Behindertenhilfe besteht).

II.

Es ist immer auch eine Anpassung des Betreuungshandelns und ggf. des Betreuungssettings im primären Hilfesystem der Behindertenhilfe erforderlich.

III.

Die individuellen besonderen Betreuungsbedarfe sind meist mittel- bis langfristig zu berücksichtigen.

- Sucht / verfestigter Substanzmissbrauch
- individuelle behinderungsbedingte Einschränkungen
- Komorbiditäten

sind jeweils chronische, nicht kurzfristig veränderbare Bedingungen.

## Einleitung: Besonderheiten des Klientels

- **„Geistige Behinderung“** bedeutet nicht nur eine Einschränkung des IQ,
- **sondern geht mit weiteren behinderungsbedingten / chronischen Besonderheiten und Einschränkungen einher, die es – gerade auch im Kontext von Sucht & Substanzmißbrauch – ernst zu nehmen gilt:**
  - leichte bis mittelgr. Intelligenzminderung => mentales Alter in etwa zw. 6 .- 12 Jahren (s. ICD-10)
  - Schwierigkeiten in der Versprachlichung inneren Erlebens, bei Introspektion, Selbstreflexion, kogn.-emotionaler Durchdringung innerer Konflikte (vgl. Schanze, 2007)
  - individuell unterschiedliche Defizite in Ich-Funktionen (Impulskontrolle etc.)
  - soziale Fertigkeiten, komplexere Perspektivübernahme
  - Moralentwicklung: nur präkonventionelle Stufen sicher erreichbar (vgl. Knapheide, 2000 & 2010)
  - de facto bzgl. Teilhabe-, Selbstbeschäftigungs-, Ablenkungsstrategien (Finanzen, Kulturtechniken...) und realisierbaren Lebenszielen (Auto, Haus, eigene Familie, berufl. Stellung etc.)
  - etc.

# Hilfreiche Interventionen / Strategien

## ■ 1. Klärung / ‚3-Ebenen-Diagnostik‘

### 1. Ebene: Konsum

#### – suchtdiagnostische Klärung:

- riskanter Konsum
  - > Konsummenge zu hoch, aber noch keine Schädfolgen
  - > Interventionen zur Förderung der Eigenmotivation ggf. ausreichend
- Substanzmissbrauch (-> DSM-IV Kriterien)
- Abhängigkeitssyndrom

*Nicht selten wird deutlich, dass es bisher nur Vermutungen und sehr unterschiedliche Wahrnehmungen zum Konsum, aber keine wirklich gesicherten bzw. „objektivierten“ Fakten gibt -> s.a. Punkt 5 „Kontrolle / Objektivierung“.*

# Hilfreiche Interventionen / Strategien

## ■ 1. Klärung / ‚3-Ebenen-Diagnostik‘

### 2. Ebene: Konsumfolgen / Veränderungsnotwendigkeit

#### – Warum soll sich etwas ändern?

- Unter Konsum (wiederholt & erheblich) selbst- & fremdgefährdendes Verhalten?
- Unter Konsum (wiederholt & erheblich) deliktisches Verhalten?
- Unter Konsum (wiederholt & erhebliches) Versagen bei Verpflichtungen?
- Unterstützungsleistungen durch Konsum nicht erbringbar?
- Konsum wirkt der Eingliederung und Teilhabe entgegen?
- Bisher ggf. „übersehene“ Folgen / Opfer? (Wie wird Konsum finanziert? Wie ist das Verhalten bei / nach Konsum bzw. im Rausch?)

*Die Veränderungsnotwendigkeit resultiert i.d.R. nicht so sehr aus dem Konsum an sich, sondern aus den Folgen und Begleitumständen des Konsums!*

# Hilfreiche Interventionen / Strategien

## ■ 1. Klärung / ‚3-Ebenen-Diagnostik‘

### 3. Ebene: **Komorbidität / sonstige den Konsum UND den Betreuungsbedarf (!) beeinflussende Faktoren**

z.B.:

- Komorbidität gem. ICD-10 (z.B. Persönlichkeitsstörungen, Depression, Ängste ...)  
-> 3 - 4-fach erhöhte Prävalenz bei GB (ohne Sucht) gegenüber „Normalpopulation“, häufig „Dreifach-Diagnose“ (GB + Sucht + X)
- sonstige wesentliche Problematiken (Verarbeitung der eigenen Behinderung / Verbitterung über die eigene Lebenssituation/Biographie, chronische Dysphorie, Traumafolgen ...)
- Defizite in den Ich-Funktionen (Impulskontrolle, Frustrationstoleranz, Fähigkeit zur kogn. Verhaltensselbststeuerung z.B. nach Absprachen / Vorsätzen, Selbstreflexion, emotionales Selbstmanagement / Umgang mit negativen Emotionen etc.)

# Hilfreiche Interventionen / Strategien

## ■ 1. Klärung / ‚3-Ebenen-Diagnostik‘

### 3. Ebene: Komorbidität / sonstige den Konsum UND den Betreuungsbedarf (!) beeinflussende Faktoren

- z.B.:
  - Verfügbare Coping-Strategien (Konsum als ungünstige Coping-Strategie bei ...? – Langeweile, Unlust, Stress, Angst, Sorgen, Trauer .... Verfügbare Alternativstrategien?)

=> *Sucht/Substanzmissbrauch oft deutbar als Überforderung im gegenwärtigen Setting.*

=> *Komorbiditäten und Kompetenzdefizite als wesentliche und oft langfristig zu berücksichtigende Faktoren für Betreuungsbedarf und Rückfallgefahr ernst nehmen!*

# Hilfreiche Interventionen / Strategien

## 2. Verantwortung übernehmen

### ■ Wer Veränderung will, muss Verantwortung übernehmen!

-> Für die Veränderung des eigenen professionellen Verhaltens.

- Verweis auf mangelnde Veränderungsmotivation des Klienten / Bewohners greift i.d.R. zu kurz!
- Veränderungsnotwendigkeit in der Regel über Konsumfolgen begründet (Selbst-/Fremdgefährdung, deliktisches Verhalten etc.)
- Sucht / Substanzmissbrauch vielfach beziehbar auch auf letztlich nicht gedeckte Betreuungs-/Unterstützungsbedarfe

=> *letzteres beides erfordert eine Antwort im professionellen Handeln!*

=> *Anbieten (nur) eines bedarfsgerechten & „verantwortbaren“ Betreuungssettings*

# Hilfreiche Interventionen / Strategien

## 3. Klare Haltung im System

### ■ 3a. Klare Haltung entwickeln/herstellen

- Wir betreuen xy nur noch abstinent
- oder mit dieser Form veränderten Konsums (-> realistisch?)
- und in folgendem Setting / Betreuungsangebot

-> entsprechend dem Ergebnis der Diagnostik spezifizieren

### ■ 3b. Gemeinsame Haltung herstellen

- Alle wichtigen Akteure (Team, Leitung, gesetzl. Betreuer, Arzt, Psychologe, WfbM, Angehörige etc.) verständigen sich auf eine gemeinsame Haltung.
- Einzelne, die abweichen, können den Veränderungsprozess untergraben / wesentlich behindern.

# Hilfreiche Interventionen / Strategien

- **4. Intensive Netzwerkarbeit / multisystemisches Arbeiten**
  - Wichtig für gemeinsame Haltung und um Dunkelfelder zu vermeiden
    - Wer muss sich mit wem regelmäßig austauschen?
    - Wer handelt wie? / Wie genau wird das sichergestellt?
    - z.B.:
      - WfbM meldet unverzüglich Nicht-Erscheinen / Intoxikation
      - Arzt, Psychologe, Leitung stimmen sich 1x pro Woche ab
      - Woran müssen sich Angehörige halten? (z.B. keine Geldmittel unabgesprochen zur Verfügung stellen, keinen Konsum tolerieren, enge Begleitung bei Besuchen etc.) ?
      - Wie ist gesetzl. Betreuung eingebunden? (Umfang des Aufgabenbereichs, Unterstützung der Maßnahmen)
      - Einhaltung der Absprachen mit dem Bewohner wird in jedem Teamgespräch reflektiert
      - etc.

# Hilfreiche Interventionen / Strategien

## ■ 5. Klare Fakten statt Dunkelfelder / Bereitschaft zur Kontrolle bzw. zum „Objektivieren“

### – A) Konsumkontrolle

- Geeignete Kontrollmöglichkeiten im Betreuungssetting (Wohnen / ggf. Arbeit) vorhalten (Atemalkoholkontrollgerät, UK-Teststreifen etc.)
- klare Absprachen zum Einsatz (z.B. regelmäßig zu welchen Zeiten; bei Verdacht; nach welchen Aktivitäten außer Haus etc.)
- Kontrolle auch positiv konnotieren -> Möglichkeit, Abstinenz / Regeleinhaltung zu belegen, Anlass für positive Rückmeldung / Stolz auf eigene Leistung

*-> bisweilen „kulturfremd“ empfunden in der Behindertenhilfe, aber üblich in der Suchthilfe – alternativlos, wenn es um Klarheit über den Konsum geht!*

# Hilfreiche Interventionen / Strategien

## ■ 5. Klare Fakten statt Dunkelfelder / Bereitschaft zur Kontrolle bzw. zum „Objektivieren“

### – B) Wissen um den Bewohner / Klienten

- Wo ist er? Was macht er?
- Wie verbringt er die Zeit zwischen x und y? / ... das Wochenende?
- Was macht er, nachdem der Spätdienst gegangen ist? / ... in der Arbeitspause?
- Hält er entsprechende Absprachen ein?

### ABER AUCH

- Was beschäftigt ihn? Wie ist er drauf?
- Kommt er wirklich mit der Anforderung x / Konflikt y klar?
- Wie ist das „Anforderungs-/Ressourcen-Verhältnis“ in der aktuellen Lebens- und Betreuungssituation?

## Hilfreiche Interventionen / Strategien

### ■ 5. Klare Fakten statt Dunkelfelder / Bereitschaft zur Kontrolle bzw. zum „Objektivieren“

- C) Wissen um / Kontrolle von Kontextfaktoren des Konsums
  - Welche (Geld-)Mittel sind verfügbar? Sind alle Quellen bekannt (Schnorren, Kungeln, Abziehen, Überreden, Eingeladen werden, Flaschen sammeln, Klauen, Fehlverwendung von Verpflegungsgeld, prostituives Verhalten etc.)?
  - Wer besorgt / bringt ggf. „Stoff“? Wer lädt ein etc.? Wer setzt unter Druck / wird unter Druck gesetzt?
  - Wo wird „gebunkert“?
- > Was sind jeweils geeignete Absprachen hierzu? (z.B. Taschengeldverwaltung; abgesprochene Ausgehzeiten / Ab- und Anmeldung; Zimmerkontrolle auf gebunkerten „Stoff“ etc.)
- > Wie wird deren Einhaltung kontrolliert & dokumentiert?

## Hilfreiche Interventionen / Strategien

- **6. Kosten des Konsums / Nutzen der Abstinenz erfahrbar machen**
  - Kosten der Konsumfolgen tragen lassen (z.B. verunreinigtes Taxi...)
  - „normale Folgen“ (ggf. moderiert) eintreten lassen (z.B. zeitweisen Arbeitsplatzverlust, Anzeige, Polizeigewahrsam ...)
  - gewünschtes Wohnangebot in Frage stellen / konditional gestalten
  - Assistenz bei Bearbeitung (z.B. Täter-Opfer-Ausgleich) aber nicht beschützen vor Folgen
  
- **7. „abstinenter Konvoi“ oft hilfreich**
  - „besondere Regeln“ (nicht nur Abstinenz, auch sonstige Absprachen) lassen sich in einer Gruppe, für die die gleichen Regeln gelten, oft leichter umsetzen und ertragen und erzeugen weniger Widerstand
  
- **8. belastbare positive Beziehung bieten**
  - klare Haltung ist der Beziehungsqualität eher förderlich
  - setzt voraus, dass das Betreuungsangebot den Klienten „tragen“ kann und nicht durch ihn überfordert wird

## Anforderungen an das Betreuungssetting:

- 1. „Hilfs-Ich-Funktion“ leisten
  - zentrale Funktion
  - vermittelt über (ggf. zunächst „enge“) Regeln und Absprachen
  - deren Einhaltung zu ermöglichen und zu überprüfen, ist zunächst professionelle und zunächst nicht primär Klientenaufgabe (Hilfs-Ich!)
  
- 2. soweit notwendig „Begrenzungsfunktion“ leisten
  - zunächst (!), bis hinreichende Selbstbegrenzung gelernt ist
  - keine „Sicherheit“, aber wirksame „Verhaltenshürden“ bieten
  
- 3. genügend „Halt geben“
  - positive belastbare Beziehung erfordert belastbares Krisenmanagement
  - nicht (bald wieder) aufgeben und weiter verweisen müssen
  - bei Bedarf schnell und flexibel wieder „näher dran sein“ & „dicht begleiten“ können

## Anforderungen an das Betreuungssetting:

- 4. dynamischen, flexiblen und angemessenen Entwicklungsraum bieten
  - Über- und Unterforderung vermeiden
  - individuelle & kleinschrittige Veränderungen in den Anforderungen ermöglichen
  - passgenaues Nachjustieren anhand der aktuellen Erfahrungen mit dem Klienten muss möglich sein
  
- 5. Passung zwischen strukturellen Merkmalen und individuellem Bedarf
  - Personalausstattung, Dienstzeiten (Tag/Nachts), Dienstaufgaben / Angebotsspektrum, baulich-räumliche Bedingungen
    - welche Absprachen können kontrolliert werden, ist jmd. vor Ort
    - welche Art von Krisen /Verhaltenseskalationen kann zielführend bewältigt werden,
    - was erfolgt alleine vs. begleitet (Arbeitsweg, Einkauf)
    - strukturell-bauliche Verhaltenshürden zunächst notwendig? (z.B. Chip-Türschlusssystem, akustische Signalanlage, „Zaun) etc.
    - Haltung / Ausbildung / Erfahrung / „persönliches Standing“

# Anforderungen an das Betreuungssetting

## ■ für manche Klienten reicht:

- A) abgesprochene Konsummenge, die verwaltet und zugeteilt wird, im Regelwohnsetting (Wohngruppe mit abendlicher MA-Anwesenheit) – aber kein stationäres Einzelwohnen mit nur zugehender Betreuung
- B) Taschengeldverwaltung, gemeinsamer Einkauf, eng abgesprochene Konsumzeiten (1x pro Woche), Begleitung bei Konsum
- C) abstinent (nach stat. Reha) unter Begrenzung des Aktionsradius außer Haus (zeitlich/örtlich), tägl. Einzelgespräche, Kontrolle, Teilnahme an externer Selbsthilfegruppe, „Ansage: – sonst abstinentes Wohnangebot“

## ■ andere benötigen:

- abstinentes Wohnangebot
- ggf. anfänglich: „geschlossenes Setting“, Begleitung aller Wege außer Haus, durchgehende MA-Anwesenheit inkl. Nachtwache
- immer jmd. da zum An-/Abmelden; Kontrolle möglich nach jeder Abwesenheit außer Haus
- Umgang auch mit erheblichen Verhaltenseskalationen möglich
- etc.

# Exkurs - eine Grundsatzfrage

## Grundsatzfrage:

### **„Kann Abstinenz / Konsumveränderung verlangt werden?“**

- Ist das nicht unzulässige Bevormundung / Fremdbestimmung? Was ist mit der Selbstbestimmung?
- „Saufen“ (ggf. auch sich „totsaufen“) fällt unter die Freiheit des Einzelnen in seiner Lebensführung.
- Muss nicht „Eigenmotivation“ am Anfang einer Abstinenzentwicklung / Konsumveränderung stehen?

## Exkurs - eine Grundsatzfrage

### „Kann Abstinenz / Konsumveränderung verlangt werden?“

Pragmatische Antwortversuche I:

„Die Frage geht am Kern vorbei bzw. hat den falschen Fokus!“

- Professionelle Aufgabe ist: (Nur) eine bedarfsgerechte und bzgl. des vereinbarten Ziels (Eingliederung / Teilhabe) aussichtsreiche und verantwortbare Betreuungsleistung/-situation anzubieten.
  - „Aussichtsreiche und verantwortbare Betreuungssituation“:
    - Verzicht auf Gewalt, deliktisches Verhalten, Schädigung Dritter (z.B. Mitbewohner, Mitarbeiter) und die Einhaltung (straf-)rechtlicher Normen kann nicht nur, sondern sollte/muss gefordert werden
    - akute / wiederholt manifestierte (= absehbare bei Konsum) Selbstgefährdung „zwingt“ zum Handeln
- > *Behinderungsbedingte Probleme mit o.g., rechtfertigen nicht ein „laissez-faire“ bzgl. zusätzlicher konsumbedingter diesbezüglicher Probleme.*
- > *Im Gegenteil!*

## Exkurs - eine Grundsatzfrage

### „Kann Abstinenz / Konsumveränderung verlangt werden?“

Pragmatische Antwortversuche I:

„Die Frage geht am Kern vorbei bzw. hat den falschen Fokus!“

- Die Forderung nach Abstinenz ist im wesentlichen eine mittelbare; die eigentliche Forderung besteht darin, die Konsumfolgen abzustellen.
- Die Wahl-/Entscheidungsfreiheit des Klienten und des gesetzlichen Betreuers, die (mittelbare) Abstinenzforderung von sich zu weisen und zu kündigen, bleibt unbenommen.

-> *Die „Angewiesenheit“ auf Unterstützung bzw. die Gefahr, ohne die Unterstützung nicht klar zu kommen, ist ein Argument gegen die Entscheidung klienten-/betreuerseitig zu kündigen, aber kein Argument gegen die berechnete Forderung die genannten Konsumfolgen abzustellen.*

-> *Abstinenzforderung bedeutet keinen Zwang(skontext) sondern ggf. (Kontext) „begrenzte(r) Freiwilligkeit“*

## Exkurs - eine Grundsatzfrage

### „Kann Abstinenz / Konsumveränderung verlangt werden?“

#### Pragmatische Antwortversuche II: „Normalisierungsperspektive“

- Konditionen / Mitwirkungsforderungen „normal“ in zahlreichen Hilfskontexten (-> z.B. auch med. Versorgung)
  - „Nicht-niederschwellige“ Einrichtungen anderer Hilfesysteme (stationäre Suchthilfe, Wohneinrichtungen für chron. psychisch Kranke) haben keine Schwierigkeit, Abstinenz oder ggf. Nüchternheit während der Erbringung der Unterstützungsleistungen zu fordern  
-> Im Gegenteil, dies wird als professionell angesehen.
  - Selbst „niederschwelligste“ Einrichtungen verlangen Verzicht auf verbale und körperliche Gewalt, deliktisches Verhalten und Schädigung Dritter (z.B. Drogenkonsumräume, Obdachlosenschlafstellen).
  - Arbeitgeber und Berufsgenossenschaften verlangen i.d.R. Nüchternheit.
- > *Warum sollte eine solche Forderungen in der Behindertenhilfe (inkl. WfbM) „unziemlich“ sein?*

## Exkurs - eine Grundsatzfrage

### „Kann Abstinenz / Konsumveränderung verlangt werden?“

Pragmatische Antwortversuche III:

Logisch konsistente Betrachtung des Klienten

- Würde bei Abschluss von Handyvertrag, Sky-Abo oder Einkauf über 1000€ auf die Benachrichtigung des Betreuers verzichtet?
- Würde z.B. Diabetes-Management trotz Non-Compliance und auch bei schweren Krisen durch Über-/Unterzuckerung auf Wunsch weiterhin ihm/ihr selbst überlassen?
- Besteht soviel Einsicht in Folgen des eigenen Handelns, dass volle Geschäftsfähigkeit und privatrechtliche Haftung gegeben ist?
- Mussten die rechtlichen und finanziellen Folgen von Verhaltenseskalationen / Delikten bisher voll getragen werden? (Keine behinderungsbedingte Schuldunfähigkeit o.ä. ...)
- etc.

## Exkurs - eine Grundsatzfrage

### „Kann Abstinenz / Konsumveränderung verlangt werden?“

Pragmatische Antwortversuche III:

Logisch konsistente Betrachtung des Klienten

- Überwiegend Ja-Antworten auf obige Fragen:
  - Ist der Klient im richtigen Hilfesystem?
  - Klient sollte Abstinenzforderung und Folgen der Ablehnung zutreffend einordnen können.
  - Klient sollte auch außerhalb der Behindertenhilfe / in „niederschwelligen“ Hilfesystemen „normal“ zurechtkommen.
  
- Mehrfache Nein-Antworten auf Grund behinderungsbedingter Defizite:
  - Wie ist fachlich zu begründen, dass Klient über Konsum & Konsumfolgen eigenständiger entscheiden kann/sollte als über finanzielle und sonstige gesundheitliche Angelegenheiten?
  - Reicht der bisherige Betreuungsumfang?

**Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!**

## **Kontakt**

**Dipl.-Psych. Stephan Buschkämper**

**Fachdienst, Diakonische Stiftung Wittekindshof**

**Neinstedter Weg 5, 32549 Bad Oeynhausen**

**E-mail: [stephan.buschkaemper@wittekindshof.de](mailto:stephan.buschkaemper@wittekindshof.de); Tel.: 05734 / 61 1298**