

# **Geistige Behinderung und Sucht / Substanzmissbrauch**

## **Hilfreiche Interventionen und Anforderungen an das Betreuungssetting**

**Dipl.-Psych. Stephan Buschkämper**

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

09.11.2011, Bad Oeynhausen

# 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.)
  - Defizite bzgl. sozialer Fertigkeiten, komplexer Perspektivübernahme
  - Moralentwicklung: nur präkonventionelle Stufen sicher erreichbar (vgl. Knapheide, 2000 & 2010)
  - de facto bzgl. Teilhabe- und Selbstbeschäftigungsmöglichkeiten (Finanzen, Kulturtechniken...etc.) und realisierbaren Lebenszielen (Auto, Haus, eigene Familie, berufl. Stellung etc.)
  - etc.



# Interventionsstrategien

## 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“.*



# Interventionsstrategien

## 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*

# Interventionsstrategien

## 1. Klärung / ‚3-Ebenen-Diagnostik‘

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

z.B.:

- Komorbidität gem. ICD-10 (z.B. Persönlichkeitsstrg., Depression, Ängste ...)  
-> 3 - 4-fach erhöhte Prävalenz psych. Störungen 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 etc.)
- Defizite in Coping-/Belastungsbewältigungsstrategien (Konsum als Bewältigung von? -> Langeweile, Einsamkeit, Stress, Konflikten...)

# Interventionsstrategien

## 1. Klärung / ‚3-Ebenen-Diagnostik‘

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

*=> Komorbiditäten und Kompetenzdefizite sind oft langfristig  
wirksame Faktoren !*

*-> Für Betreuungsbedarf und Rückfallgefahr ernst nehmen!*

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



# Interventionsstrategien

## 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*



# Interventionsstrategien

## 3. Klare Haltung im System

- 3a. Klare Haltung entwickeln/herstellen
  - Wir betreuen xy nur noch abstinient
  - 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.



# Interventionsstrategien

## 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.



# Interventionsstrategien

## 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

-> Kontrolle bisweilen „kulturfremd“ empfunden in der Behindertenhilfe, aber üblich in der Suchthilfe –

alternativlos, wenn es um Klarheit über den Konsum

# Interventionsstrategien

## 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?



# Interventionsstrategien

## 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?



# Interventionsstrategien

## 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 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“

## Betreuungssetting → *individuelle* Lösungen

• 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
- Krisenmanagement zum Umgang mit erheblichen

Verhaltenseskalationen

• 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?



# 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, aussichtsreiche (bzgl. Eingliederung / Teilhabe) und verantwortbare Betreuungsleistung/-situation anzubieten.
- „Aussichtsreiche und verantwortbare Betreuungssituation“:
  - Verzicht auf Gewalt, deliktisches Verhalten, Schädigung Dritter (z.B. Mitbewohner, Mitarbeiter) und die Einhaltung rechtlicher Normen kann nicht nur, sondern sollte/muss gefordert werden
  - akute / wiederholt manifestierte (= absehbare bei Konsum) Selbstgefährdung „zwingt“ zum Handeln



# 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  
auf

# 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 solche Forderungen in der Behindertenhilfe (inkl. WfbM) „unziemlich“ sein?*



# 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 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.



# 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 „niederschweligen“ Hilfesystemen „normal“ zurechtkommen.
- Mehrfache Nein-Antworten auf Grund behinderungsbedingter Defizite:
  - Wie ist dann fachlich zu begründen, dass Klient über Konsum & Konsumfolgen (ganz) eigenständig entscheiden kann/sollte?



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

