

Sucht und Geistige Behinderung

Beratung und Therapie von abhängigen oder gefährdeten Menschen mit geistiger Behinderung

Peter Schinner (2014)

Bei der Beschäftigung mit dem Thema drängen sich zunächst folgende Fragen auf:

- Hat die Suchtmittelabhängigkeit bei Menschen mit geistiger Behinderung eine qualitativ andere Dimension als bei nichtbehinderten Menschen?
- Ist die Suchtmittelabhängigkeit bzw. -gefährdung die Folge der geistigen Behinderung?
- Können Menschen mit geistiger Behinderung überhaupt eine Abhängigkeitserkrankung entwickeln?
- Welche Folgerungen ergeben sich aus den Antworten auf die vorigen Fragen für die Beratung und Therapie von suchtmittelabhängigen Menschen mit geistiger Behinderung und für den pädagogischen Umgang mit ihnen in den Einrichtungen der Behindertenhilfe?
- Werden spezielle Angebote der Beratung und Therapie benötigt?
- Und befördern behindertenpädagogische Grundsätze wie »Normalisierung« und »Selbstbestimmung« eine verstärkte Suchtmittelabhängigkeit?

Um sich diesen Fragen zu nähern, sollen zunächst einige grundsätzliche Überlegungen angestellt werden.

Zwei zentrale Merkmale der Sucht

Für die Beratung und die Therapie suchtmittelabhängiger Menschen sind zwei Merkmale jeder Sucht von zentraler Bedeutung:

- Die schwere Beeinträchtigung des Selbstwertgefühls durch die Sucht und in der Sucht sowie
- die kompensatorische Funktion jeglichen Suchtverhaltens.

Beide Merkmale stehen in einer Wechselbeziehung zueinander.

Beeinträchtigung des Selbstwertgefühls

Fragt man Menschen nach der Bedeutung des Wortes »Sucht«, so leiten es viele von »Suchen« ab. Dies ist zwar nicht richtig – das Wort stammt aus

dem Altgotischen und bedeutet soviel wie »Krankheit«, was man an anderen Worten wie »Siechtum« oder »Seuche« noch ablesen kann –, erfasst aber dennoch intuitiv, dass suchtmittelabhängige Menschen in der Tat auch »Suchende« sind, da sie etwas verloren oder gar nicht erst im ausreichenden Maße bekommen zu haben scheinen, was menschliche Identität formt und Selbstwertgefühl entstehen lässt: Liebe, Geborgenheit, Bindung, Anerkennung durch wichtige Bezugspersonen. Frühkindliche Bindungsstörungen, Verlusterfahrungen bis hin zu traumatischen Erlebnissen stehen häufig am Beginn einer lebenslangen Suchtkarriere.

Der Neuropsychologe Joachim BAUER (2006) zeigt in seinem Buch »Das Prinzip Menschlichkeit« auf, dass die neuropsychologischen Grundlagen seelischen Wohlbefindens und Selbstwertempfindens in den neuronalen Strukturen des sog. dopaminergen Belohnungssystems sowie in dem Bindungshormon Oxytocin und in den körpereigenen Endorphinen verankert sind. Zudem macht er deutlich, dass diese Strukturen in optimaler Weise durch mitmenschliche Kooperation, gegenseitige Anerkennung, Freundschaft und Liebe aktiviert werden und dass damit unser ganzes motiviertes Handeln wesentlich auf diese Ziele hin ausgerichtet ist. Bauer fasst dies prägnant in dem Satz zusammen: »Die beste und wirkungsvollste Droge für den Menschen ist der Mensch.«

Neuropsychologische Untersuchungen haben aber auch erbracht, dass sämtliche Suchtmittel – von Alkohol bis Kokain – in der Lage sind, diese neuronalen Belohnungssysteme im Mittelhirn direkt und schlagartig, zum Teil sehr intensiv, zu stimulieren, also sozusagen den »short cut«, die Abkürzung, zum seelischen Wohlbefinden herzustellen. Bauer spricht hier sehr treffend von einer »Korruption der Belohnungssysteme durch die Drogen«. Denn das »Kurzschließen« der körpereigenen neuronalen Belohnungssysteme durch die Einnahme von Drogen stellt nicht nur eine bequeme Abkürzung zum Erreichen seelischen Wohlbefindens dar, es betrügt auch den Nutzer und seine Mitmenschen um die Möglichkeiten einer befriedigenden Interaktion. Vielleicht ist ja hierin ein – im Sinne des Wortes – tieferer, nämlich neuropsychologischer Grund für die häufig zu beobachtenden Schuld- und Schamgefühle suchtmittelabhängiger Menschen sowie für ihr geringes Selbstwertgefühl zu sehen. Damit ist bereits das zweite zentrale Merkmal jeder Sucht angesprochen:

Die kompensatorische Funktion

Jede Suchtmittelabhängigkeit ist ein »quid pro quo«, d. h. sie steht für etwas anderes, unabhängig von der Tatsache, dass sie sich in ihrem häufig langjährigen Verlauf verselbstständigt. Die Suchtmittelabhängigkeit ist, egal ob stoffgebunden oder nicht, ganz häufig ein Ersatz für etwas anderes: für fehlende Liebe und Geborgenheit, für mangelnde Identifikation mit dem eigenen Leben, für mangelnde Bewältigung von Angst und Depression u. a.

Eine Theorie der Entstehung von Suchtmittelabhängigkeit lautet deshalb: Eine Suchtmittelabhängigkeit kann immer dann entstehen, wenn sich ein Mensch mit einer für ihn als belastend empfundenen Lebenssituation nicht identifizieren kann und weder Alternativen noch Änderungsmöglichkeiten für sich sieht. Genau in dieser, auch neuropsychologisch zu verstehenden Ersatzfunktion ist die prinzipielle Endlosigkeit der Suchtspirale angelegt.

Sucht und geistige Behinderung

Wir leben in einer Gesellschaft, in der sich die Selbstkonzepte der Menschen immer radikaler dem Leistungs- und Verwertungsstandpunkt unterwerfen und Konkurrenzkampf immer bestimmen für eine Teilhabe am gesellschaftlichen Leben wird. Legt man diese zuletzt zitierte Theorie der Entstehung von Suchtmittelabhängigkeit zugrunde, dann haben Menschen mit geistiger Behinderung in dieser Gesellschaft noch mehr als Nichtbehinderte Anlass, ein realistisches Selbstkonzept durch das fiktive und illusionäre zu ersetzen, welches die Suchtmittel vermitteln.

Die Suchterkrankung ist deshalb kein Symptom der geistigen Behinderung, sondern eine eigenständige Erkrankung, die demzufolge nicht mit dem »normalen« Betreuungsaufwand bewältigt werden kann, der für den Alltag geistig behinderter Menschen geleistet wird.

So selbstverständlich dies auch erscheinen mag: Das Vorurteil, alle möglichen psychischen Auffälligkeiten und Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung, vom autoaggressiven Verhalten bis eben zur Suchtmittelabhängigkeit, seien eine direkte Folge der geistigen Behinderung und müssten deswegen nicht differenziert gesehen oder gar behandelt werden, ist leider auch in Fachkreisen noch weit verbreitet.

Dieses Vorurteil entspringt einer »Ontologisierung« der Zuschreibung »geistige Behinderung« (FEUSER 1996), die den Menschen auf einen Merkmalsträger reduziert, ihn entindividualisiert und ihm somit auch die einem Individuum zukommenden psychischen Prozesse und Entwicklungen (auch die krankhaften) abspricht. Dem steht gegenüber, dass Menschen mit einer geistigen Behinderung die gleichen Wünsche, Sehnsüchte und Hoffnungen und

eben auch Sorgen, Probleme und Krankheiten entwickeln können wie nichtbehinderte Menschen.

Die Alkoholabhängigkeit eines Menschen mit geistiger Behinderung ist daher genauso als eigenständige Erkrankung anzusehen wie die eines nicht behinderten Menschen und damit auch als solche zu behandeln.

Menschen mit geistiger Behinderung trinken aus den gleichen Gründen Alkohol wie nichtbehinderte Menschen: nämlich zur Entspannung, aus Geselligkeit, als Betäubungsmittel, als Antidepressivum, darüber hinaus aber auch noch wegen häufiger narzisstischer Kränkungen aufgrund ihrer Diskriminierung, den Einschränkungen ihrer Kommunikation, ihrer mangelnden Integration und ihrer eingeschränkten Selbstbestimmung.

Die Beobachtung, dass behinderte Menschen, die in den Wohngemeinschaften und v. a. im Betreuten Einzelwohnen leben, häufiger alkoholabhängig werden als diejenigen, die in Heimen wohnen, hat aller Wahrscheinlichkeit mehr etwas mit fehlenden sozialen Rahmenbedingungen, geringerer Kontrolle und erleichterter Zugänglichkeit von Suchtmitteln zu tun als mit dem Grad der geistigen Behinderung. Hinzu kommt, dass Einsamkeit und soziale Isolation im Betreuten Einzelwohnen größer sein können.

Sucht und die Grundsätze moderner Behindertenpädagogik

Autoren wie SCHEERER (1995) und AMENDT (2003), weisen schon seit langem darauf hin, dass wir es mit einer zunehmenden »Versüchtelung« der Gesellschaft zu tun haben und dass Drogen immer mehr zum Accessoire des modernen Menschen gehören, ohne die er nicht mehr zu einem ausgeglichenen Gefühlszustand zu finden scheint. Und für viele wird angesichts sich auflösender traditioneller Strukturen und wachsender Anforderungen an die Mobilität die Sucht die einzig verbliebene Struktur. Denn, so der Journalist und ehemals chronische »User« Jörg BÖCKEM (2004): »Sucht ordnet die Welt.« Sie lässt keinen Raum für Zweifel, nicht mal für Entscheidungen. Zufriedenheit misst sich an der vorhandenen Drogenmenge.

Die Prinzipien der Normalisierung und der Selbstbestimmung in der modernen Behindertenarbeit können unter den gegenwärtigen gesellschaftlichen Rahmenbedingungen im Bereich des Konsums von Suchtmitteln eine paradoxe Wirkung entfalten und das Risiko der Suchtgefährdung erhöhen.

Und so trinken viele unserer Klienten, weil sie sich dann »normal« fühlen und ihnen von den »normalen Trinkern« an der Currywurstbude anerkennend auf die Schultern geklopft wird. Sie trinken zudem, weil sie damit etwas selbstbestimmt tun können, was ihnen ihr Betreuer bestimmt nicht aufgegeben hat und was garantiert in keinem Förderprogramm ent-

halten ist. Im Bemühen um Normalität und Selbstbestimmung geraten sie dann – und dies ist das Paradoxe – unter Umständen in die Abwärtsspirale der Sucht, an deren Ende der komplette Verlust der Selbstbestimmung stehen kann.

Sollte dies nun Anlass dazu geben, Prinzipien von Selbstbestimmung und Normalität im Bereich des Konsums von Suchtmitteln bei geistig behinderten Menschen einzuschränken oder ganz aufzugeben?

Die Erfahrung zeigt, dass die restriktive Position gegenüber Suchtmitteln in der bisherigen Geschichte immer wieder gescheitert ist und trotz guter Argumente auch immer etwas von Doppelmoral und Heuchelei hatte. Sie fördert Verleugnung und Reaktanz sowie Heimlichkeit und die Faszination des Verbotenen. Sie behindert damit sachliche, nicht moralisierende Information über die Gefährdungs- und Risikopotenziale von Suchtmitteln und einen adäquaten Umgang mit ihnen.

Natürlich müssen die Gefahren des Suchtpotenzials aller Suchtmittel deutlich gemacht werden, und natürlich muss vermittelt werden, dass in der Sucht nicht mehr allzu viel von der Selbstbestimmung übrig bleibt. Es muss ferner ein gewisser Druck auf den Süchtigen in Richtung Therapiebereitschaft ausgeübt werden. Keinesfalls darf dieser Druck moralisierend sein oder mit »erhobenem Zeigefinger« daherkommen, sondern er muss sich als Sachzwang manifestieren. Also dem Süchtigen klarmachen, dass er zwar trinken kann, aber gleichzeitig die im Alltag anfallenden Verpflichtungen erfüllen muss (morgens rechtzeitig aufstehen, zur Arbeit gehen, Dienst in der WG erfüllen usw.). Und die Nichterfüllung der Verpflichtungen hat als Sachzwang Konsequenzen: Verlust des Arbeitsplatzes, Kündigung der Wohnung usw.

Aber damit dies vom Süchtigen oder Suchtgefährdeten überhaupt angenommen werden kann, ist eine Haltung von menschlicher Achtung und Akzeptanz eine zentrale Voraussetzung. Dies gilt auch und gerade für Menschen mit geistiger Behinderung, die ja mehr oder minder ständig einer Helferhaltung ausgesetzt sind und deswegen sehr sensibel darauf achten, ob sie ernst genommen und als gleichwertige Menschen behandelt werden.

Dies kann im Bereich der Primärprävention von Abhängigkeitserkrankungen durch eine sachliche, nicht moralisierende und behindertengerechte Aufklärung über Art, Natur und Gefahren des Konsums von Suchtmitteln erreicht werden und im Bereich der Sekundär- und Tertiärprävention durch die Schaffung angemessener Angebote einer spezifischen Suchtberatung und Suchttherapie.

Spezifische Angebote der Beratung und Therapie

Obwohl die Suchterkrankung eines Menschen mit geistiger Behinderung nicht direkt aus der geisti-

gen Behinderung abgeleitet werden kann, so führt diese doch zu spezifischen Bedingungen, die sowohl die Genese der Erkrankung als auch deren Therapie so entscheidend beeinflussen, dass sie nicht mit den traditionellen suchtttherapeutischen Maßnahmen allein behandelt werden kann.

Spezifische Bedingungen auf Seiten des Menschen mit geistiger Behinderung sind u. a.

- kognitive, kommunikative und psycho-emotionale Einschränkungen sowie Einschränkungen der Ich-Funktionen;
- geringe motivationale Konstanz und Frustrationstoleranz;
- erhöhte Hemmschwelle gegenüber externen Beratungs- und Therapieangeboten;
- Notwendigkeit einer langfristigen persönlichen Beziehung innerhalb eines Geborgenheit und Vertrauen vermittelnden Wohnumfelds für die motivationale und therapeutische Ansprechbarkeit.

Dem stehen ungünstige Strukturmerkmale auf der Seite der traditionellen Suchtkrankenhilfe gegenüber, nämlich:

- ausgeprägte Komm-Struktur,
- hoher verbal-intellektueller Anteil.

Wird ein Klient in eine Fachklinik zur Behandlung vermittelt, so finden sich vielfach folgende Problemstellungen:

- große Gruppen,
- relativ hohe kognitive Ansprüche,
- abstrakte Themen,
- hoher kommunikativer Anteil,
- wortgewandte Mitpatienten,
- Schwierigkeiten der Orientierung (z. B. wechselnde Therapieveranstaltungen und Orte, Verstehen der Haus- und Therapieordnung),
- Scham über eingeschränkter Fähigkeiten im Lesen,
- wenig Wissen gegenüber behindertenspezifischen Fragestellungen durch fehlendes Klientel.

In Selbsthilfegruppen, die wesentlicher Teil der Behandlung sind, wird ein hohes Maß an Selbstverantwortung vorausgesetzt. Die Fähigkeit, eigene Gedanken und Gefühle verbalisieren und sich selbst darstellen zu können, wird erwartet. Hier wird das Tempo häufig von wortgewandten Gruppenmitgliedern bestimmt, und es bedarf einer hohen Abstraktionsfähigkeit und sozialen Kompetenz, in diesen Prozessen eine Metaebene einzunehmen.

Geistig behinderte Menschen mit Suchtproblemen brauchen deshalb Angebote mit spezifischen Merkmalen:

Aufgrund ihrer kognitiven und kommunikativen Einschränkungen, die ich zu den organisch-struk-

turellen Behinderungen rechnen, können nur Menschen sie verstehen, die mit ihren sehr individuellen Kommunikations- und Interaktionsmustern vertraut sind. Davon zu unterscheiden sind die sog. »dynamischen Behinderungen«, zu denen psychoemotionale Einschränkungen, wie etwa ausgeprägte Angststörungen und tiefgehende Gefühle von Minderwertigkeit, Identitätsunsicherheit sowie Einschränkungen der Ich-Funktionen zählen (mangelnde Impulskontrolle, fehlende Unterscheidung von Innen- und Außenwelt). Diese sind nur zum Teil von organischen Behinderungen mitbedingt, häufig aber Folge einer lebenslangen sozialen Bevormundung, Diskriminierung und Stigmatisierung, wodurch diese Menschen nicht selten stärker behindert werden als dies bei Geburt angelegt war.

Häufig zeigen Menschen mit geistiger Behinderung eine geringe motivationale Konstanz und Frustrationstoleranz. Beständigkeit in der Motivation, eine ausgeprägte Frustrationstoleranz und das Überwinden von Hemmschwellen sind Anforderungen, die auch an nichtbehinderte Menschen gestellt werden, die auf der Suche nach einem geeigneten Therapieangebot sind und dieses, wenn sie es gefunden haben, auch durchhalten wollen.

Für Menschen mit geistiger Behinderung wird jede einzelne dieser Forderungen jedoch leicht zur Überforderung. Dies bedeutet, dass die Art und die Durchführung der Therapie den intellektuellen, aber v. a. den emotionalen Bedürfnissen geistig behinderter Menschen angepasst werden muss.

Ferner besteht vielfach eine erhöhte Hemmschwelle gegenüber externen Beratungs- und Therapieangeboten und in jedem Fall die Notwendigkeit einer langfristigen persönlichen Beziehung für die motivationale und therapeutische Ansprechbarkeit.

Eine langfristige persönliche Beziehung, die schon bei der Therapie nichtbehinderter Menschen keine geringe Rolle spielt, ist nach unserer langjährigen Erfahrung in der therapeutischen Arbeit mit geistig behinderten Menschen – fast so wie die Übertragung in der Psychoanalyse – eine absolut unerlässliche Voraussetzung für den Erfolg und die Nachhaltigkeit therapeutischer Bemühungen. Der Therapeut muss zur Bezugsperson werden, er muss u. U. ständig wie »der Berg zum Propheten« kommen, wenn er überhaupt eine Chance haben will, etwas zu bewirken.

Handlungs- und lösungsorientierten Methoden ist bei Menschen mit geistiger Behinderung der Vorzug gegenüber reflexiv-analytischen zu geben (statt der Frage »Warum trinkst du?« die Frage »Was könntest du stattdessen tun?«). Handlungsalternativen im Sinne einer solchen lösungsorientierten Frage dürfen dann nicht nur aufgeführt, sie müssen buchstäblich aufgezeigt und eingeübt werden, etwa durch tagesstrukturierende Angebote.

Der bisweilen geäußerten Ansicht, diese Klienten seien nur körper- oder verhaltenstherapeutischen Angeboten zugänglich, ist nach meinen Erfahrun-

gen allerdings nicht zuzustimmen. Da es *die* geistige Behinderung nicht gibt, sondern sich bei jedem Menschen mit geistiger Behinderung ganz individuelle kognitive und/oder psychoemotionale Defizite ausmachen lassen, sind im Rahmen eines multimodalen und auf das Individuum abgestimmten integrativen Therapieansatzes auch tiefenpsychologische und analytische Methoden anwendbar.

Fazit

Suchtgefährdete Menschen mit sog. geistiger Behinderung benötigen ein ambulantes oder (teil) stationäres Angebot, das ein Bindeglied zwischen den »normalen« Wohn- und Werkstätten der Behindertenhilfe einerseits und den traditionellen Angeboten der Suchtkrankenhilfe andererseits darstellt und eng mit beiden kooperiert.

Dieses Angebot hat folgende Aufgaben:

- Es berät suchtgefährdete oder suchterkrankte Menschen mit sog. geistiger Behinderung, motiviert sie zum kontrollierten Trinken oder zur Abstinenz, begleitet sie bei einer ambulanten oder teilstationären Therapie und übernimmt die Aufgabe der Nachsorge.
- Es berät die Einrichtungen der Behindertenhilfe im Hinblick auf die Vermeidung eines ko-abhängigen Verhaltens, auf die vermehrte Schaffung von Möglichkeiten der Selbstbestimmung und von Alternativen zu süchtigem Verhalten.

Ein solches Angebot kann einerseits die Einrichtungen der Behindertenhilfe von der Überforderung entlasten, mit alkoholgefährdeten, geistig behinderten Menschen umzugehen. Andererseits können durch gute Kooperation die vorhandenen ambulanten und stationären suchttherapeutischen Angebote diesem Personenkreis zugänglich gemacht werden.

Der politische Wille zur Umsetzung eines solchen spezifischen Angebotes für Menschen mit sog. geistiger Behinderung und Suchtproblemen ist jenseits von wohlfeilen Erklärungen zur Selbstbestimmung, Normalisierung und Integration von Menschen mit Behinderungen allerdings unabdingbar. Um zu einer guten interdisziplinären Zusammenarbeit in diesem Bereich zu kommen, muss die Unwissenheit über das Thema Sucht und Behinderung bei den beteiligten Professionen überwunden werden.

Nicht zuletzt ist eine permanente Weiterbildung der Personen des professionellen und non-professionellen sozialen Umfelds der Betroffenen vonnöten. Denn ein Hauptproblem der Motivation zur Abstinenz oder zur Kontrolle des Trinkverhaltens bei Menschen mit sog. geistiger Behinderung stellen die Bedingungen einer sowohl objektiv-strukturellen wie auch subjektiv-emotionalen *Abhängigkeit* in den Einrichtungen der Behindertenhilfe dar. Diese führen häufig zu dem *Dilemma* zwischen den Erfordernissen der Hilfe für den behinderten Menschen

und der Notwendigkeit des *Loslassens und der Abgrenzung gegenüber seinem Suchtverhalten*.

Schließlich ist gerade bei Menschen mit sog. geistiger Behinderung unsere eigene Vorbildwirkung entscheidend. Wir sollten uns also bei dem Thema »Gewohnheit, Abhängigkeit und Veränderungsbereitschaft« öfter mal an unsere eigene Nase fassen, um nicht hochmütig zu werden und in die Gefahr zu geraten, bei anderen das zu bekämpfen, wofür wir selbst zu schwach sind.

»Wäre tun so leicht, als wissen, was gut zu tun ist, so wären Kapellen Kirchen geworden und armer Leute Hütten Fürstenpaläste. Der ist ein guter Prediger, der seine eigenen Ermahnungen befolgt: Ich kann leichter Zwanzig lehren, was gut zu tun ist, als einer von den Zwanzigen sein, und meine eignen Lehren befolgen ...« (W. Shakespeare, Der Kaufmann von Venedig)

Peter Schinner

Psychologischer Dienst
Lebenshilfe gGmbH
Heinrich-Heine-Str. 15
10179 Berlin
Tel.: (0 30) 82 99 98-202
E-Mail: peter.schinner@lebenshilfe-berlin.de

Literatur:

AMENDT, Günter (2003): *No drugs no future. Drogen im Zeitalter der Globalisierung*. Hamburg: Europa Verlag.

BAUER, Joachim (2006): *Prinzip Menschlichkeit. Warum wir von Natur aus kooperieren*. Hamburg: Hoffmann und Campe.

BÖCKEM, Jörg (2004): *Lass mich die Nacht überleben, mein Leben als Journalist und Junkie*, München: Deutsche Verlags-Anstalt.

FEUSER, Georg (1996): »Geistigbehinderte gibt es nicht!« In: *Geistige Behinderung* 1/96, 18–25.

SCHEEERER, Sebastian (1995): *Sucht*. Hamburg: Rowohlt.

SCHUBERT, Michael (2006): *Menschen mit geistiger Behinderung und Alkoholproblemen im Spiegel der Suchthilfe* In: *Suchttherapie* Jg. 7; Nr. 1, 24–28

KLAUSS, Theo (2006): *Sucht – (k)ein Thema der Pädagogik für Menschen mit geistiger Behinderung? Vortrag, im Internet abrufbar unter: http://www.ph-heidelberg.de/fileadmin/user_upload/wp/klauss/Sucht_gb.pdf (16. Mai 2014)*.

KRETSCHMANN-WEELINK, Marja (2014): *Didak – didaktisch-handlungsorientiertes Präventionsprogramm für erwachsene Menschen mit geistiger Behinderung (und Alkoholproblematik)*. Informationen unter: http://www.westfalenfleiss.de/tl_files/westfalenfleiss/downloads/pdfs/DIDAKentwurf_2_Internet_Westfalenfleiss.pdf (16. Mai 2014).

BUSCHKÄMPER, Stephan (2013): *Geistige Behinderung und Sucht/Substanzmissbrauch*. In: *Forum Sucht*, Band 44, 37–59.

LAMM, Jürgen (2013): *Sucht erkennen – konsequent handeln* In: *Forum Sucht*, Band 44, 7–13.