# Spezielle Aspekte von Substanzmissbrauch und –abhängigkeit bei Menschen mit geistiger Behinderung

DGPPN Symposium S-171
24. November 2012

Dr. Martin Reker, Bielefeld
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bethel
Bielefeld

# Menschen mit geistige Behinderung …

- … konsumieren im Durchschnitt offenbar weniger Suchtmittel als die sog. Normalbevölkerung
- … konsumieren umso mehr, je weniger behindert sie sind
- … konsumieren umso mehr, je mehr sie von kustodialen Beschränkungen befreit sind („Fluch der Freiheit“)

# Warum beschäftigt uns das Thema Sucht und geistige Behinderung mehr als früher ?

- Enthospitalisierung gibt den behinderten Patienten mehr Freiheiten
- Behinderten nutzen ihre Freiheit (auch) für selbstbestimmten Substanzkonsum
- Die Verantwortungsfrage auf Seiten der Betreuenden ist unzureichend geklärt

# Warum beschäftigt uns das Thema Sucht und geistige Behinderung mehr als früher ?

- Handlungskonzepte wie Selbstbestimmung und Inklusion folgen dem aktuellen Zeitgeist
- Sie setzen auf die progressive Erweiterung des Handlungs- und Entscheidungsspielraumes behinderter Menschen
- Die Auseinandersetzung mit den Grenzen von Inklusion und Selbstbestimmnug  wird dabei oft vernachlässigt

**Der vorliegende Vortrag beschäftigt sich mit der Bestimmung der Grenzen der Selbstbestimmung sowie mit den Möglichkeiten, diese Grenzen zu erweitern.**

## Wichtige Frage lauten u.a.:

**Bedeutet Selbstbestimmung für behinderte Menschen auch das Recht, Fehler zu machen oder sich selbstschädigend zu verhalten ?**

**Gibt es für behinderte Menschen ein Recht auf Rausch ?**

# Wieviel Eigenverantwortung haben behinderte Klienten ?

- **Eigenverantwortlich handelt, wer über seinen Willen frei bestimmen kann**
- **Wer krankheitsbedingt seinen Willen nicht frei bestimmen kann, benötigt einen gesetzlichen Betreuer, der in definierten Bereichen für den Behinderten Entscheidungen fällen kann**
- **Zwangsmaßnahmen sind nur möglich, wenn eine akute Selbst- oder Fremdgefährdung für die Behinderten gegeben ist**

# Wieviel Verantwortung haben betreuenden Personen ?

- **Wer einen Fürsorgeauftrag für einen Behinderten übernommen hat, hat für ihn/sie eine Garantenpflicht**
- **Die Garantenpflicht verpflichtet dazu, bei drohender Gefahr, die der Behinderte nicht ausreichend überschaut, Gefahr von dem Behinderten abzuwenden**
- **Wenn ich meiner Garantenpflicht nicht nachkomme, mache ich mich im Falle eines Schadensfalles ggf. sogar strafbar.**

# Wie werde ich der Garantenstellung gerecht ?

- **Risikomanagement**
- **Verantwortungsgemeinschaften bilden**
- **Dienstauftrag überprüfen**

## Was unterscheidet Menschen mit geistiger und hirnorganischer Behinderung von hirnorganisch gesunden Menschen ?

Hirnorganische Leistungsfähigkeit:

- Antizipationsfähigkeit eingeschränkt
- Planungsfähigkeit/Selbstorganisation eingeschränkt
- Fehlende Selbstbegrenzung
- Orientierung an kurzfristigen Zielen
- Gedächtnisstörungen
- Auffassungsstörungen in unübersichtlichen Situationen
- Verarbeitungsfähigkeit von traumatisierenden Ereignissen eingeschränkt

## Was unterscheidet Menschen mit geistiger und hirnorganischer Behinderung von hirnorganisch gesunden Menschen ?

Emotionale Ausstattung:

- Reduzierte Impulskontrolle
- Geringere Differenzierungsfähigkeit
- Ansprechbarer für emotionale Zugänge
- Fehlende emotionale Abgrenzungsfähigkeit
- Emotionale Dünnhäutigkeit, Menschen fühlen sich oft schnell angegriffen (oft erhöhte Kränkbarkeit)
- Selbstwertproblematik

## Was unterscheidet Menschen mit geistiger und hirnorganischer Behinderung von hirnorganisch gesunden Menschen ?

Gesundheitliche Situation:

- Epilepsie
- Spastik
- Schmerzen
- Vergröberte Motorik
- ……

## Was unterscheidet Menschen mit geistiger und hirnorganischer Behinderung von hirnorganisch gesunden Menschen ?

Medikamentöse Einflüsse:

- Hochsensible Reaktion auf Medikamente
- **Sedierende** Medikamente verursachen Schwere
- **Benzodiazepine** wirken entspannend, angstlösend und machen süchtig
- Hochpotente **Neuroleptika** wirken reizabschirmend, Nebenwirkungen: motorische Einschränkungen, Erlebnisfähigkeit herabgesetzt
- **Wechselwirkung** zwischen Alkohol, anderen Drogen und Medikamenten müssen beachtet werden

## Was unterscheidet Menschen mit geistiger und hirnorganischer Behinderung von hirnorganisch gesunden Menschen ?

Soziale Situation:

- Biographiebruch bei erworbenen Hirnschädigungen
- Autonomieverlust
- Eingeschränkte Auswahl von Sozialkontakten
- Vorrangig Kontakt zu anderen behinderten Menschen
- Inklusion: Gleichstellung mit nicht behinderten Menschen
- Eingeschränkte Kommunikation

## Was unterscheidet Menschen mit geistiger und hirnorganischer Behinderung von hirnorganisch gesunden Menschen ?

Werteschema:

- Selbstwertproblematik
  - Geringes Selbstwertgefühl
  - Überhöhtes Selbstwertgefühl bei seelischer Unreife
- Werte aus der Biographie werden tradiert und sind schwer veränderbar
- Möglichkeit zur Umorientierung hängt vom Grad der Beeinträchtigung ab

Wie fallen bei geistig behinderten bzw. hirnorganisch geschädigten Menschen Entscheidungen ?

## Wie fallen bei geistig behinderten bzw. hirnorganisch geschädigten Menschen Entscheidungen ?

**Kurzfristige Konsequenzen:**

- Entspannung
- Zugehörigkeit
- Aufmerksamkeit
- …

**Langfristige Konsequenzen:**

- Desintegration
- Ärger
- Arbeitsplatzverlust
- …

Erinnern Sie sich ?

**Was unterscheidet Menschen mit geistiger und hirnorganischer Behinderung von hirnorganisch gesunden Menschen ?**

## Hirnorganische Leistungsfähigkeit:

- Antizipationsfähigkeit eingeschränkt
- Planungsfähigkeit/Selbstorganisation eingeschränkt
- Fehlende Selbstbegrenzung
- Orientierung an kurzfristigen Zielen
- Gedächtnisstörungen
- Verarbeitungsfähigkeit von traumatisierenden Ereignissen eingeschränkt

# Trigger herausarbeiten:

- **Interne Trigger**: Suchtdruck, Ängste, Anspannung, depressive Stimmungen, traumatische Erinnerungen, …
- **Externe Trigger**: Gruppenzwang, Werbung, Geld, Verfügbarkeit, …

Erinnern Sie sich noch ?

**Was unterscheidet Menschen mit geistiger und hirnorganischer Behinderung von hirnorganisch gesunden Menschen ?**

## Emotionale Ausstattung:

- Reduzierte Impulskontrolle
- Geringe Differenzierungsfähigkeit
- Ansprechbarer für emotionale Zugänge
- Fehlende emotionale Abgrenzungsfähigkeit
- Emotionale Dünnhäutigkeit, Menschen fühlen sich oft schnell angegriffen (oft erhöhte Kränkbarkeit)
- Selbstwertproblematik

| Externe Auslöser | Interne Auslöser | Verhalten | Kurzzeitige positive Verstärker | Langfristige negative Konsequenzen |
|---|---|---|---|---|
| Mit wem trinkt Ihr Klient ? | | Was trinkt Ihr Partner für gewöhnlich? | Was glauben Sie gefällt Ihrem Klienten daran, gemeinsam Trinken mit … zu trinken? | Was glauben Sie sind die negativen Auswirkungen des Trinkverhaltens Ihres Klienten bezogen auf die folgenden Bereiche:<br>A. Zwischenmenschlich<br>B. Körperlich<br>C. Emotional<br>D. Rechtlich<br>E. Arbeit<br>F. Finanziell |
| Wo trinkt Ihr Klient ? | | Wie viel trinkt Ihr Partner gewöhnlich? | Was glauben Sie gefällt Ihrem Klienten daran, an diesem Ort zu trinken? | |
| Wann trinkt Ihr Klient ? | | Wie lang sind die Trinkphasen? | Was glauben Sie gefällt Ihrem Klienten daran, zu diesem Zeitpunkt zu trinken? | |
| | Was glauben Sie denkt Ihr Klient bevor er Alkohol konsumiert? | | Welche angenehmen Gedanken könnte Ihr Klient während des Trinkens haben? | |
| | Was glauben Sie fühlt Ihr Klient bevor er Alkohol konsumiert? | | Welche angenehmen Gefühle könnte Ihr Klient während des Trinkens empfinden? | |

Einschränkung von Verstärkern für Konsumverhalten

Unterstützung von Verstärkern für abstinenzorientiertes Verhalten

# Entwicklung von Alternativverhalten:

Wer aus Einsamkeit trinkt, braucht soziale Kontakte

Wer aus Minderwertigkeitsgefühlen konsumiert, benötigt Anerkennung

Wer Alkohol benutzt, um Verhaltensdefizite zu kompensieren, benötigt Unterstützung und Förderung

**Aus der Sicht eines Gemeindepsychiaters:**

- **Die Behandlung von Suchtproblemen bei geistig behinderten Menschen gehört dorthin, wo die behinderten Menschen wohnen und leben.**
- **In der Region sind die professionellen Fähigkeiten, mit den Suchtproblemen geistig behinderter Menschen umzugehen, unzureichend vorhanden.**
- **Deswegen muss in den Regionen eine Fachlichkeit entwickelt werden, mit den Suchtproblemen geistig behinderter Menschen umzugehen.**

# Der Stellenwert von Kontrolle bei Menschen mit geistiger und hirnorganischer Behinderung:

- Alco-Tester gehören in jede betreuende Einrichtung
- Kontrolle schafft Verbindlichkeit
- Erfolgreiche Abstinenz will belohnt werden

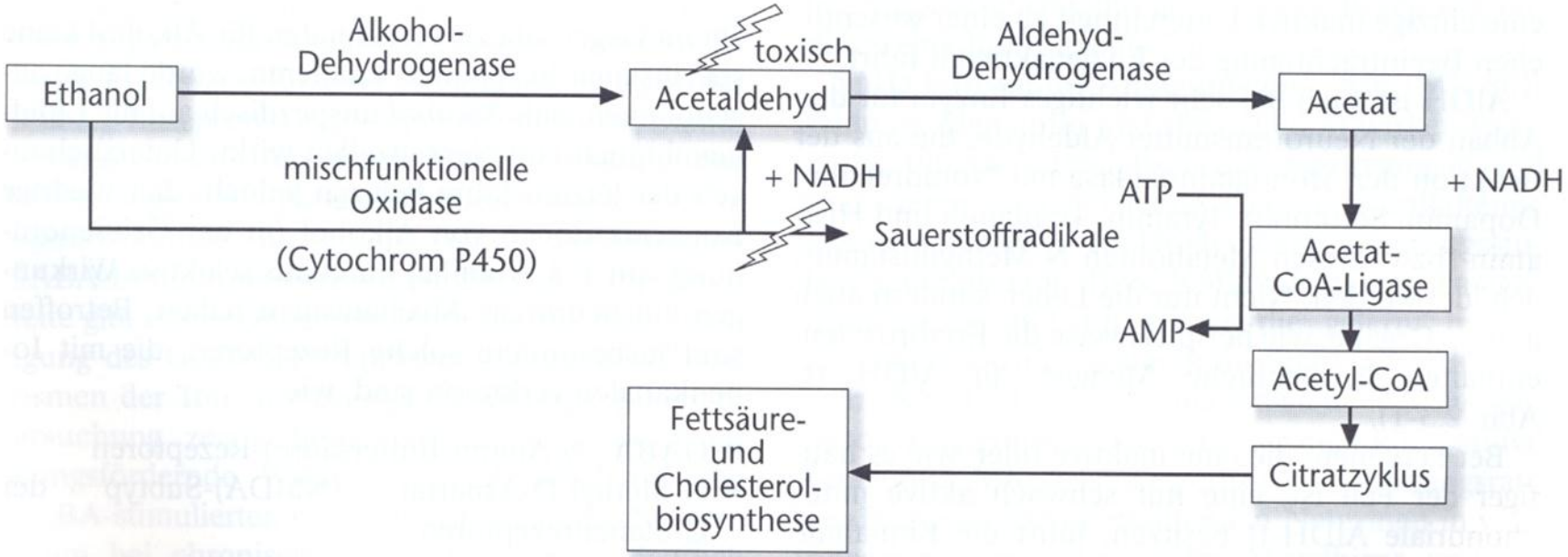
Vorbild: ALITA Programm
Aus Göttingen (Prof. Ehrenreich)

# Medikamentöse Hilfen bei Menschen mit geistiger und hirnorganischer Behinderung:

Wenig wissenschaftlich evaluiert erscheint die Bedeutung medikamentöser Hilfen zur Konsumkontrolle:

- Anti-Craving-Substanzen (Acamprosat, Naltrexon)
- Aversive Substanzen (Disulfiram)
- Agonisten (Substitution und Originalstoffvergabe)

# Ethanolstoffwechsel zum Verständnis der Flush-Reaktion



# Die Disulfiram-Alkohol-Reaktion

- Gefäßerweiterung („Flush“)
- Schwindel
- Hyperventilation
- Pulsbeschleunigung
- Niedriger Blutdruck
- Erbrechen
- Kopfschmerzen
- Angst
- Schweißausbrüche
- Allgemeine Schwäche
- Brustschmerzen

Ähnliches gilt für Medikamente zur Behandlung der Nikotinabhängigkeit:

- Bupropipon (senkt die Anfallsschwelle)
- Vareniclin
- Nicotinersatz

**Zum Stellenwert der Entzugsbehandlung:**

**Angesichts der Chronizität der Suchterkrankung ist die Entzugsbehandlung nur sinnvoll, wenn sie gleichzeitig weitergehende Hilfen zur Sicherung der erreichten Abstinenz vorbereitet.**

# Was tun, wenn der Klient trotzdem massiv auf Konsum drängt?

# Wie funktioniert kontrollierter Konsum:

- Kontrollierter Konsum bedeutet: Trinken nach Regeln
- Bei hirngeschädigten Menschen ist der Rhythmus die wichtigste Variable
- Kontrollierter Konsum setzt die Zustimmung des Klienten und/oder kontrollierbare Bedingungen voraus
- Wie wäre der Umgang mit dem „Worst Case Szenario“ ?

Vorbild: AkT Programm von Joachim Körkel

**Was tun, wenn der Klient bei erkennbarer Gefährdung trotzdem**

**massiv auf Konsum drängt …**

**… und wenn nichts funktioniert ?**

Schritt 1: Schwelle definieren, bei der ein Eingreifen auch gegen den Willen des Betroffenen erforderlich wird

Schritt 2: Ultima ratio: Geschlossene Unterbringung

# Fazit:

- Suchtkrankenbehandlung bei geistig behinderten Menschen folgt den gleichen Prinzipien wie bei anderen Patienten
- Die Frage von Eigen- und Fremdverantwortung ist ähnlich klärungsbedürftig wie bei minderjährigen, hirngeschädigten oder psychotischen Patienten
- Die Autonomieentwicklung bleibt oberstes Prinzip
- Die Schutzbedürftigkeit der Betroffenen darf nicht einem überzogenen Autonomismus geopfert werden

# Zum Schluss:

Bei Nachfragen bitte wenden an:

Martin.Reker@evkb.de

Bei Interesse an gemeindeorientierter Suchttherapie:

www.cra-bielefeld.de

Bei mehr Lust auf Bielefeld und Bethel:

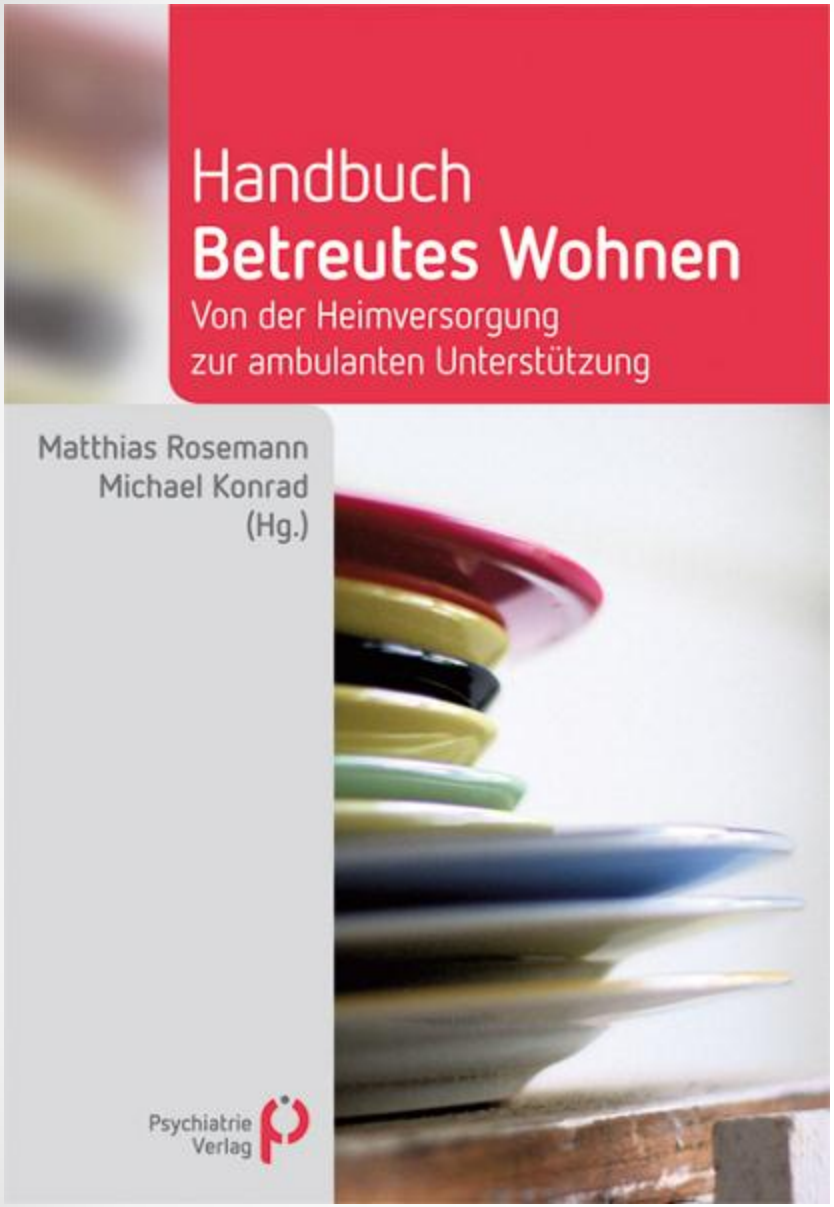
3. Kongress für gemeindeorientierte Suchttherapie vom 13. bis zum 15. März 2013 in Bethel

# Literatur zum Thema:

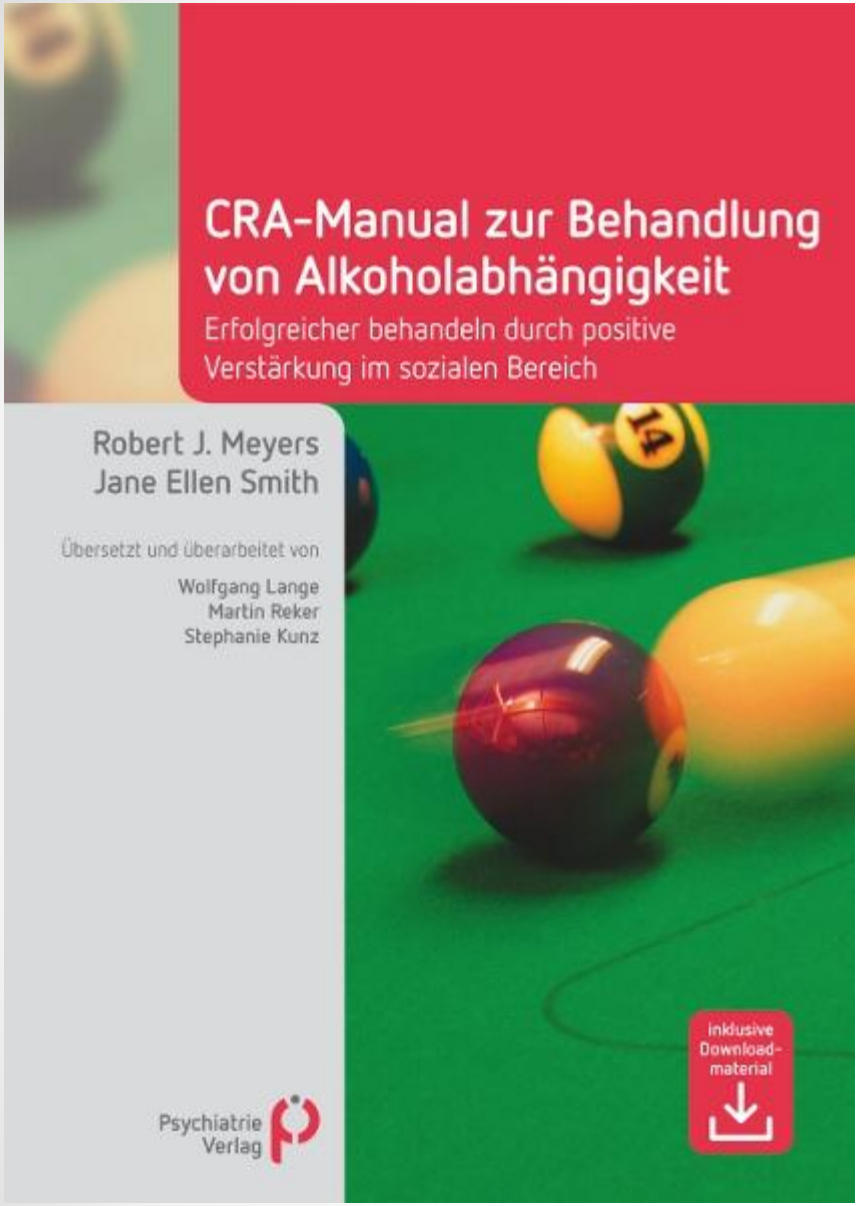
Psychiatrische Diagnostik und Therapie bei Menschen mit Intelligenzminderung: Ein Arbeits- und Praxisbuch
von Christian Schanze
49.95 €

Alkoholismus bei Menschen mit einer geistigen Behinderung
[Taschenbuch]
Kristina Haase, 38.- €

Suchtmittelgebrauch und geistige Behinderung: Eine Bestandsaufnahme mit dem Schwerpunkt Alkoholkonsum von Olaf Beer, 49,- €




# Weitere Informationen zum Thema Sucht im Betreuten Wohnen




Arbeitsmaterialien

zum Thema

verhaltens-

therapeutische

Suchtbehandlung