

Problematischer Alkoholkonsum bei Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung: Interventionsstrategien und besondere Bedarfe

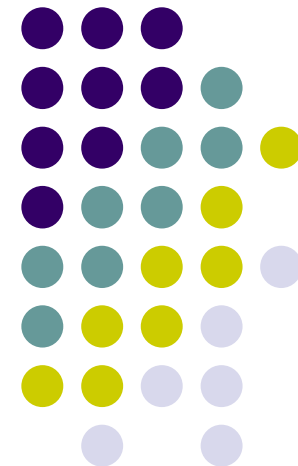
Dipl.-Psych. Stephan Buschkämper

6. Nationale Arkadis-Fachtagung

Leben lassen!

Kognitive Beeinträchtigung, psychoaktive
Substanzen und suchtbedingte Verhaltensweisen

Olten (CH), 7.11.2018



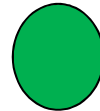
Einleitung: Fokus des Vortrags



Drei Reben trägt der Weinstock:

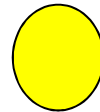
Zielgruppe / Aufgabe

- *Die erste bringt die Sinneslust,*



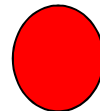
- Alle Klienten
- selektive Prävention
- Befähigung zum Umgang

- *die zweite den Rausch,*



- Problematischer Konsum
- indizierte Prävention
- Veränderungs-Motivation

- *die dritte die Freveltat.*



- **manifeste & schwerwiegende Beeinträchtigung / Gefährdung** der eigenen und anderer Personen
- **Klare Intervention**

Epiktet, 60-140 n.Ch.

Einleitung

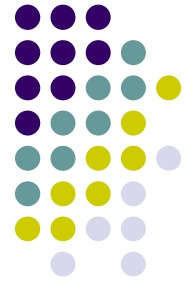
Vorweg:

Plädoyer (auch) für spezialisierte, abstinentorientierte Betreuungsangebote

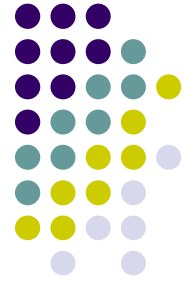
- weil manche Klienten ein spezialisiertes Setting brauchen (befristet oder auch langfristig)
- vergleichbar zu Prader-Willi-Syndrom, Asperger / ASS ...
- ggf. in „indikationsübergreifender“ Intensivbetreuung
- vergleiche „Abstinenten Gemeinschaften“ in der allg. Suchtarbeit

Dieser Vortrag:

- Blick auf reguläre Betreuungssettings
- Was ist dort möglich und hilfreich?
- primär bezogen auf pädagogisches Handeln



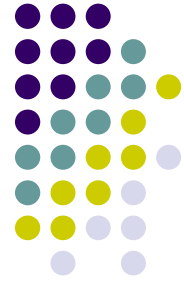
Einleitung



3 Fallbeispiele:

- A) Sexuelle Übergriffe auf die Nachbarin nach Konsum**
- B) Ängstigung / Bedrohung der Mitbewohner und der Mitarbeiter nach Konsum**
- c) Jeden Abend in der Kneipe – 3 Tage verschwunden**

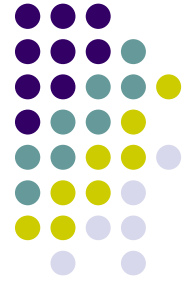
Interventionsstrategien: 1. „3-Ebenen-Diagnostik“



1. Diagnostik-Ebene: Konsumfolgen / Veränderungsnotwendigkeit

- „(Warum) Muss sich etwas ändern?“
 - Alkohol ist ein legales Genussmittel
 - „Leben lassen“ = „Saufen lassen“ ... ?
 - -> Als Freiheit in der Lebensführung (auch bei kognitiver Beeinträchtigung / gB) ?
- Die Veränderungsnotwendigkeit resultiert i.d.R. nicht so sehr aus dem Konsum an sich,
- SONDERN aus den FOLGEN und Begleitumständen DES KONSUMS!

Alkoholprobleme bei Menschen mit gB



Von MitarbeiterInnen benannte Folgen problematischen Alkoholkonsums bei KlientInnen:

(Hörning & Kretschmann-Weelink, 2012)

- Krankheiten / Verletzungen (35%)
- aggressives Verhalten (32%)
- zusätzliche Teambesprechungen (30%)
- nachlassende Körperhygiene (27%)
- Krankenhausaufenthalte (23%)
- Beschwerden von Kollegen und Mitbetreuten (23%)
- Einzelbetreuung zu Lasten anderer Klienten (20%)
- etc.

sowie auch:

80% der gB-Patienten im NRW-**Maßregelvollzug** mit erkennbarer Suchtproblematik (Landesbeauftragter f. d. MRV, 2010)

Interventionsstrategien: 1. „3Ebenen-Diagnostik“



1. Diagnostik-Ebene: Konsumfolgen / Veränderungsnotwendigkeit

- 3 Kriterien für eine Veränderungs-NOTWENDIGKEIT:

Unter Konsum (wiederholt & erheblich):

1. ***selbst- & fremdgefährdendes Verhalten (-> Straßenverkehr, Arbeit)***
2. ***deliktisches Verhalten / Schädigung Dritter (-> Diebstahl, Sachbeschädigung, Gewalt, Bedrohung)***
3. ***auf Eingliederung bezogene Unterstützungsleistungen durch Konsum nicht erbringbar***

Wichtige Zusatzfrage:

- Gibt es „übersehene“ Opfer oder Folgen?
(Wie wird Konsum finanziert? / Wer wird „abgezogen“? Wie ist das Verhalten bei / nach Konsum? etc.)

Interventionsstrategien: 1. „3-Ebenen-Diagnostik“



1. Diagnostik-Ebene: Konsumfolgen / Veränderungsnotwendigkeit

„(Warum) Muss sich etwas ändern?“

Wenn keine wirkliche Veränderungsnotwendigkeit besteht

(s. 3 Kriterien oben),

dann ggf. keine Rechtfertigung zu „druckvolleren Interventionen“

(-> sondern eher indizierte Prävention, Motivation, begleitende Kontrolle etc.)



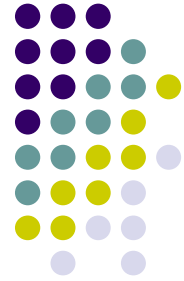
Infos und Tipps
zu Alkohol

Timing:

„starke Interventionen“ rechtfertigen sich am ehesten in unmittelbarem Zusammenhang mit einer aktuellen Krise

-> ggf. Planen und Krise abwarten

Interventionsstrategien : 1. ‚3-Ebenen-Diagnostik‘



2. Diagnostik-Ebene: Klärung des Konsums

Wie genau gestaltet sich der Konsum?

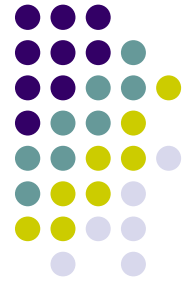
- **Wann? Wie oft? Wie viel? In welchen Situationen?
Mit wem? Wie finanziert? etc.**
 - oft zu Anfang mehr **Vermutungen** als gesicherte Fakten
 - oft sehr **unterschiedliche Wahrnehmungen** und **Bewertungen im Helfersystem** (z.B. Wohnen, Werkstatt, Freizeit, Familie, unterschiedliche Mitarbeiter...)
- => Gezielte Beobachtung, einheitliche Dokumentation und Erarbeiten einer gemeinsamen Einschätzung ist nicht selten die sinnvolle erste Intervention!**

Interventionsstrategien: 1. ‚3-Ebenen-Diagnostik‘

2. Diagnostik-Ebene: Konsum / suchtdiagnostische Einordnung

- **Konsum – aber „unproblematisch“ ?**
- **riskanter Konsum (EKAL, DHS, BMS-Empfehlungen) ?**
- **Substanzmissbrauch (-> DSM-IV Kriterien) ?**
- **Abhängigkeitssyndrom (-> ICD-10 Kriterien) ?**

- *Nicht jeder Konsum, der einem „Helfer“ zu viel erscheint ist gleich „Sucht“!*
- *Je unterschiedliche Interventionen angemessen (Beobachten, Aufklären und Motivieren, „stärkere“ Interventionen ...)*
- **ABER: Bei organisch bedingter kogn. Beeinträchtigung z.T. starke Verhaltens-Folgen bereits bei relativ geringer Menge Alkohol!**



Interventionsstrategien: 1. ,3-Ebenen-Diagnostik‘



3. Diagnostik-Ebene: Komorbidität & behinderungsassoz. Faktoren

- bei „verfestigter“ Problematik zumeist „Dreifach-Diagnose“ (GB + Sucht + X)

- Bekannt: Bei geistiger Behinderung ohnehin um Faktor 3 bis 4 erhöhte Prävalenz psychischer Störungen.
- Kazin & Wittmann (2007): bei über 90% der klinisch-stationären gb/lb-Sucht-Patienten auch komorbide psychiatrische Störungen

Interventionsstrategien: 1. „3-Ebenen-Diagnostik“



3. Diagnostik-Ebene: Komorbidität & behinderungsassoz. Faktoren

Neben

- ❖ Komorbidität im engeren Sinne gemäß ICD-10
 - ❖ (z.B. Persönlichkeitsstörungen, Depression, Ängste, Trauma ...)

Auch:

- sonstige wesentliche Problematiken (Verarbeitung der eigenen Behinderung, **Verbitterung** über die eigene Lebenssituation ...)
- Defizite in den Ich-Funktionen (**Impulskontrolle**, Frustrationstoleranz, **Fähigkeit zur Verhaltensselbststeuerung**, Selbstreflexion, etc.)
- Defizite in Coping-Strategien (Konsum als Copingstrategie bei **Langeweile bzw. ungefüllter Zeit, Unlust, Stress, Sorgen...**)
- Und ohnehin: **i.d.R. kogn. Alter = 6-12 Jahre!**

Interventionsstrategien : 1. ‚3-Ebenen-Diagnostik‘



3. Diagnostik-Ebene: Komorbidität & behinderungsassoz. Faktoren

- ***Komorbidität und behinderungsassoziierte Kompetenzdefizite:
wesentlich & langfristig bedeutsam für
Rückfallgefahr UND Betreuungsbedarf!***
- **Fortgesetzter Substanzmissbrauch (trotz Intervention) ist oft deutbar als Überforderung im gegenwärtigen Betreuungssetting bzw. mit den dort gegebenen Anforderungen.**
- **=> *Passt das Betreuungssetting? (Wirklich?)***

Interventionsstrategien: 2. Verantwortung übernehmen

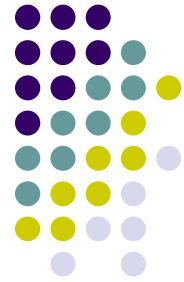
„Wer Veränderungsnotwendigkeit feststellt, muss Verantwortung übernehmen!“

-> ***Für die Veränderung des eigenen professionellen Verhaltens!***

- Veränderungsnotwendigkeit in der Regel über Konsumfolgen begründet (Selbst-/Fremdgefährdung, deliktisches Verhalten etc.)
- Sucht / Substanzmissbrauch beziehbar auch auf letztlich nicht gedeckte Betreuungs-/Unterstützungsbedarfe

=> Beides erfordert eine Antwort im professionellen Handeln!

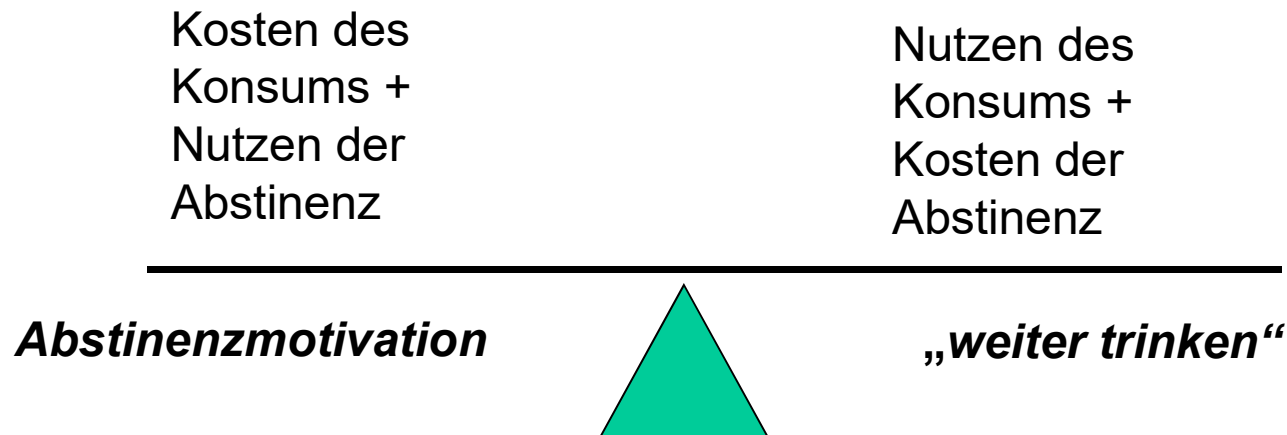
- **Verweis auf mangelnde Veränderungsmotivation des Klienten / Bewohners greift i.d.R. zu kurz!**
 - > ... ist eine Form „institutioneller Co-Abhängigkeit“ !
 - > s. Exkurs „Das Problem der Eigenmotivation“



Exkurs: Das Problem der (Eigen-)Motivation



Die Motivations-Waage

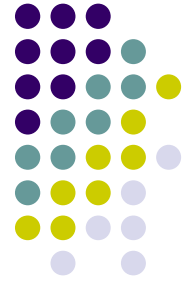


Für geistig behinderte Klienten oft

**geringe „Kosten des Konsums“ & geringer „Nutzen der Abstinentz“
& hoher „Nutzen des Konsums“**

-> vgl. Laetsch (2016): 99% der Klienten der hpa Berlin zunächst fremdmotiviert

Einschub: Das Problem der (Eigen-)Motivation



geistige Behinderung = „chronisch kontingenz-arme“ Lebenssituation

-> kaum Verlust- & Gewinnmöglichkeiten, weil vieles ohnehin nicht erreichbar ist & der Status „gB“ gleichzeitig schützt

- Haus, Auto / Führerschein, Kinder / Sorgerecht, Job, Status, Vermögen ohnehin nicht erreichbar & nicht verlierbar
- unterhalb MRV kaum spürbare juristische Folgen
- Einrichtung / Werkstatt + päd. Betreuung + rechtlicher Beistand verhindern gleichzeitig Verelendungsgefahr

gleichzeitig besonderer „Nutzen“ von Alkohol / Konsum:

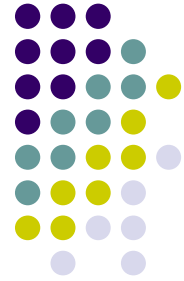
- „Inklusionsmittel“ (am Tresen), „Status-Heber“ (Erwachsen-Sein), „Emanzipations-Mittel“ (sich nicht bevormunden lassen) und **Selbstmedikation** (s. Komorbidität, Langeweile) u.ä.

Interventionsstrategien

Verantwortung übernehmen für die Veränderung des eigenen professionellen Verhaltens.

Was kann das bedeuten?

- ⇒ *Klare Haltung, multisystemisch-vernetztes Arbeiten, Bereitschaft, Grenzen zu setzen und zu kontrollieren, Konsum-Kosten erfahrbar machen*
- ⇒ ***Anbieten / Gestalten eines bedarfsgerechten Betreuungssettings, welches „trocken“ (oder mit unproblematischem Konsum) bewältigt werden kann***
- ⇒ ***Settinggestaltung vielfach wichtiger und aussichtsreicher als Versuche, (nur) das Individuum zu ändern (insb. bei länger verfestigter & vorbehandelter Problematik!)***



Interventionsstrategien: 3. Klare Haltung im System

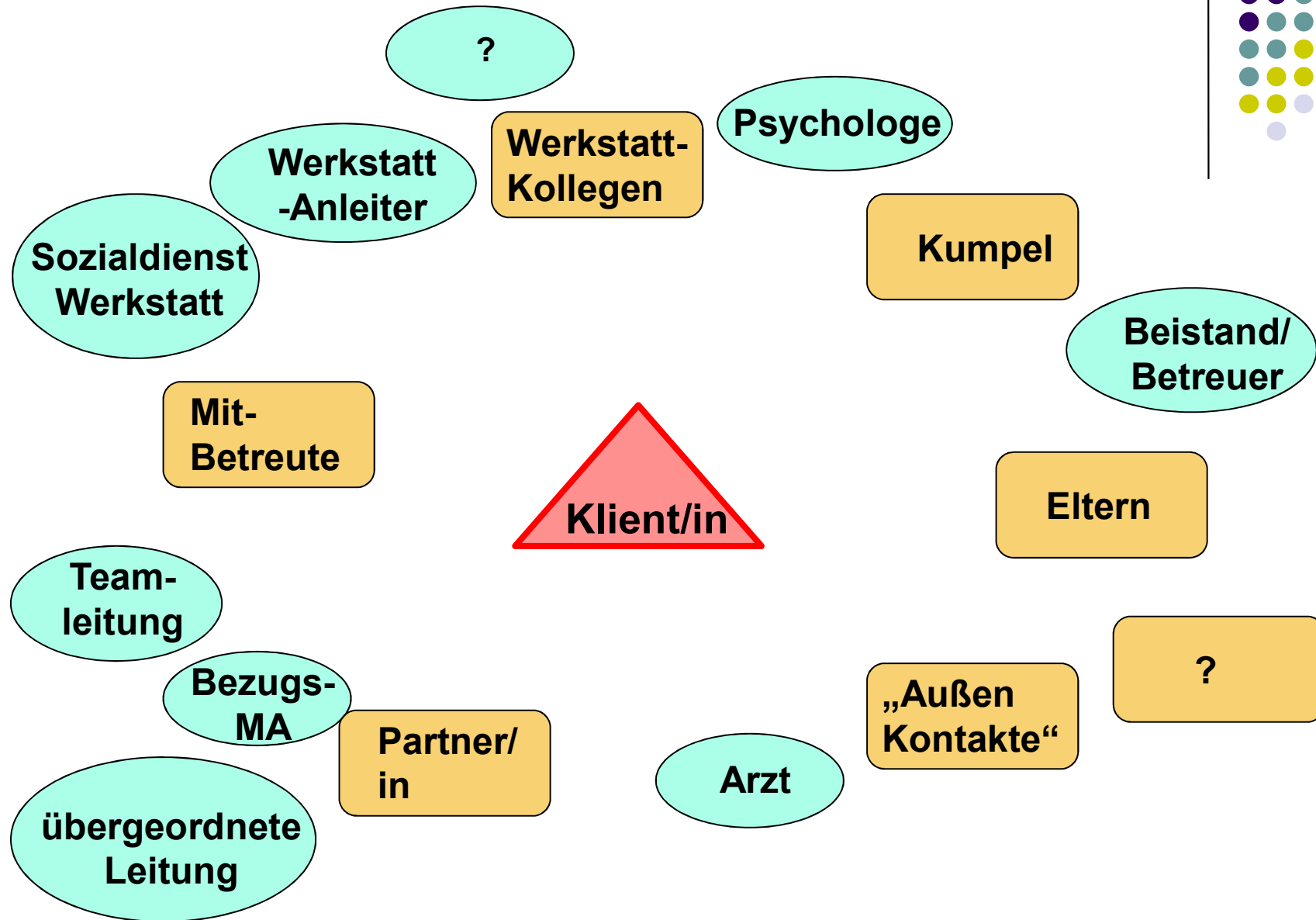


- **3a. Klare Haltung entwickeln**
 - Wir betreuen Klient/in xy
 - nur noch abstinent
 - oder mit dieser Form veränderten Konsums (-> realistisch?)
 - und in folgendem Setting / Betreuungsangebot

-> entsprechend dem Ergebnis der Diagnostik (aller 3 Ebenen!)
spezifizieren

- **3b. Gemeinsame Haltung aller wichtigen Akteure**
 - Team, Leitung, rechtlicher. Betreuer / Beistand, Arzt, Psychologe, WfbM, Angehörige etc. verständigen sich auf eine gemeinsame Haltung.
 - Einzelne, die abweichen, können den Veränderungsprozess untergraben / wesentlich behindern.

Besondere systemische Eingebundenheit



Interventionsstrategien

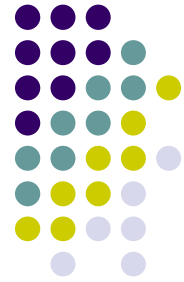


- **4. Intensive Netzwerkarbeit / multisystemisches Arbeiten**
 - Wichtig für gemeinsame Haltung und um Konsum-Nischen zu vermeiden.
 - Wer muss sich mit wem regelmäßig austauschen / abstimmen?
 - Wer handelt wie? / Wie genau wird das sichergestellt?
 - z.B.:
 - WfbM meldet Nicht-Erscheinen / Intoxikation
 - Woran müssen sich Angehörige halten? (z.B. keine Geldmittel unabgesprochen zur Verfügung stellen, keinen Konsum tolerieren, enge Begleitung bei Besuchen etc.) ?
 - Wie ist rechtl. Betreuung / Beistand eingebunden? (Umfang des Aufgabenbereichs, Unterstützung der Maßnahmen)
 - Einhaltung der Absprachen mit dem Bewohner wird in jedem Teamgespräch reflektiert
 - etc. (-> kontextspezifisch abzuwandeln!)

vgl. Multi-systemische Therapie in der schweizer Jugendhilfe

Interventionsstrategien:

5. Fakten statt Dunkelfelder / Bereitschaft zur Kontrolle



- **A) Kontextfaktoren des Konsums**

- Welche (Geld-)Mittel sind verfügbar?
- Sind alle Quellen bekannt (Schnorren / Kungeln / Abziehen, Klauen, Fehlverwendung von Verpflegungsgeld, etc.)?
- Wer besorgt / bringt ggf. „Stoff“? Wer lädt ein etc.?

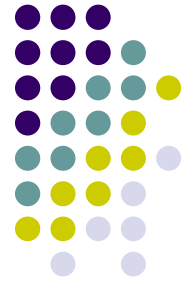
-> Was sind jeweils geeignete Absprachen hierzu? (z.B. Taschengeldverwaltung; Ab- und Anmeldung; Zimmerkontrolle auf gebunkerten „Stoff“ etc.)

-> Wie wird deren Einhaltung kontrolliert & dokumentiert?

- **B) Wissen um den Klienten**

- Wo ist er /sie? Was macht er/sie?
- Wie verbringt er die Zeit zwischen x und y? ... das Wochenende? ... nachdem der Spätdienst gegangen ist? ... die Arbeitspause?
- Was beschäftigt ihn? Wie ist er / sie drauf?

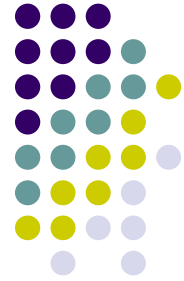
Interventionsstrategien: 5. Fakten statt Dunkelfelder / Bereitschaft zur Kontrolle



- **Last but not least ... wenn nötig:**
 - **C) Konsumkontrolle**
 - Geeignete Kontrollmöglichkeiten im Betreuungssetting (Wohnen / ggf. Arbeit) vorhalten
 - klare Absprachen zum Einsatz (z.B. regelmäßig, bei Verdacht, nach bestimmten Aktivitäten)
 - Kontrolle positiv konnotieren -> Möglichkeit, Abstinenz bzw. Regeleinhaltung zu belegen, Anlass für positive Rückmeldung & Stolz auf eigene Leistung

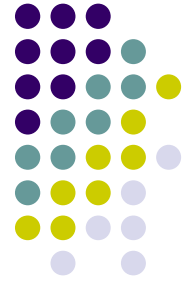
*Bisweilen „kulturfremd“ empfunden in der Behindertenhilfe,
aber üblich in der Suchthilfe
& alternativlos, wenn es um Klarheit über den Konsum geht!*

Interventionsstrategien



- **6. Kosten des Konsums / Nutzen der Abstinenz erfahrbar machen**
 - Oft langjährige **Erfahrung** → „außer Reden passiert nix...“
 - **Änderungsmotivation setzt aber i.d.R. das Erleben bzw. die Erwartung negativer Konsumfolgen voraus**
 - **(Führerschein, Haus, Ehe, Sorgerecht etc.**
→ **keine Verlustmöglichkeit** → **Was denn?)**
 - Kosten der Konsumfolgen tragen lassen (z.B. verunreinigtes Taxi, zerstörte Möbel, Geklautes erstatten...)
 - „normale Folgen“ (ggf. moderiert) eintreten lassen (z.B. zeitweise Arbeitsplatzverlust, Anzeige, Polizeigewahrsam ...)
 - **gewünschte Wohnangebote konditional gestalten**
 - Assistenz bei Bearbeitung (z.B. Täter-Opfer-Ausgleich), aber nicht beschützen vor Folgen
 - im Extremfall -> ggf. auch „Kündigung der Betreuung“

Interventionsstrategien



- **7. allgemeine Absprachen / strukturelle Vorgaben**

Allgemeine Absprachen in der Institution:

- entlasten,
- machen schnell handlungsfähig,
- erleichtern / klären gemeinsame Haltungen
- Verhindern, dass das Rad individuell immer wieder neu erfunden werden muss

z.B.:

- Werkstatt-Vereinbarung Alkohol & Drogen
- „Regeln des Zusammenlebens / Mit-Bewohnervereinbarung“
- vgl. Dienst- und Betriebsvereinbarungen zum Umgang mit Sucht in den meisten größeren Betrieben

Interventionsstrategien

- 8. **(An-)Passung zwischen strukturellen Merkmalen und individuellem Bedarf**
 - Personalausstattung, Dienstzeiten (Tag/Nachts)
 - Welche Absprachen können kontrolliert werden?
 - Welche Art von Krisen sind zu erwarten?
 - Was erfolgt alleine vs. begleitet (Arbeitsweg, Einkauf)?
 - auch baulich-räumliche Bedingungen (-> Verhaltenshürden)
 - Angebotsspektrum und „Einbindung“
 - positives, gemeinsames Erleben statt Langweile und aversives Empfinden in der freien Zeit
 - Haltung der MitarbeiterInnen (-> Ausbildung / Erfahrung / „persönliches Standing“)
 - Fortbildung & vor allem Team- & Personalpflege und -entwicklung!





Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

(c) Dipl.-Psych. Stephan Buschkämper, Bielefeld
E-mail: sbuschkaemper@yahoo.de; Tel.: 0179 / 949 8541