

# **Theo Klauß: Sucht – (k)ein Thema der Pädagogik für Menschen mit geistiger Behinderung?**

*Vortrag bei der Fachtagung ‚Selbstbestimmte Lebensführung von Menschen mit geistiger Behinderung contra Suchtrisiken‘ des Diakonischen Werkes Mitteldeutschland im Kloster Drübeck am 28.3.2006*

## **Sucht – ein allgemeinemenschliches Phänomen!?**

Sucht ist ein so verbreitetes Phänomen, dass zu fragen ist, ob es nicht zum Spektrum der all-gemeinemenschlichen Normalität gehört. Legale Drogen werden von Millionen Mitbürgern so genutzt, dass von Missbrauch oder Abhängigkeit gesprochen werden kann; zu anderen Ver-haltensweisen mit Suchtcharakter gibt es kaum verlässliche Daten. Suchtverhalten existiert in sehr verschiedenen Varianten, von der Alkohol-, Medikamenten- und Nikotinabhängigkeit bis zu suchtartigem Essverhalten (vgl. Magersucht und Bulimie) und nicht stofflichen Formen (Spielsucht etc.). Nach einer Definition der Weltgesundheitsorganisation gilt jede Substanz als Droge, die in einem lebenden Organismus Funktionen zu verändern vermag. Dieser Dro-genbegriff umfasst nicht nur Cannabisprodukte, Halluzinogene, Stimulantien, Schnüffelstoffe, Schlaf- und Beruhigungsmittel, Alkohol, Tabakerzeugnisse, Schmerzmittel Opiate und Ko-kain, sondern auch Alltagsdrogen wie z.B. Kaffee und Tee und grenzt Drogen einerseits so-wie Genuß- und Lebensmittel andererseits nicht mehr trennscharf voneinander ab (vgl. Lan-desinstitut für Schule und Weiterbildung 1988, 14).

## **Alkoholismus**

In Deutschland besteht schätzungsweise bei ca. 9,3 Millionen Bürgern (etwa) ein riskanter Gebrauch von Alkohol mit Risiken für körperliche Schädigungen, soziale und psychische Beeinträchtigungen. Nach Schätzungen der Deutschen Hauptstelle gegen Suchtgefahren gel-ten zurzeit 2,5 Millionen Bundesbürger als alkoholabhängig, also gut 3%, wobei jedoch mit einer „enorm hohen Dunkelziffer“ gerechnet werden muss (Fleming & Manwell 2000, 309 nach Theunissen & Schubert 2006). Andere gehen bei 2,7 Millionen von Schädigungen auf-grund des Alkoholgenusses und bei ‚nur‘ 1,6 Millionen von Abhängigkeit aus (vgl. Reker 2003).

## **Rauchen**

Der Anteil der Raucher an der Bevölkerung Deutschlands beträgt 39% bei den Männern und 31% bei den Frauen. Hochgerechnet auf die Bevölkerung (18 bis 59 Jahre) sind dies 16,7 Mio. Raucher (9,5 Mio. Männer und 7,2 Mio. Frauen), von denen 5,8 Mio. (35%) starke Rau-cher (mehr als 20 Zigaretten pro Tag) sind. Die meisten Raucher finden sich in der Alters-gruppe der 18 bis 20-Jährigen (45%)<sup>12</sup>.

## **Spielsucht**

Nicht alle Suchtformen müssen jedoch mit der Nutzung von Substanzen zusammen hängen. Verlässliche Angaben über die Anzahl pathologischer Spieler und Spielerinnen in Deut-schland fehlen. Bezogen auf alle Formen des Glücksspiels und auf der Basis der Therapienach-frage in ambulanten Suchtberatungsstellen (2001) ergibt sich in einer groben Schätzung eine Gesamtzahl von rund 80.000 bis 130.000 beratungs- und behandlungsbedürftigen Spieler/-innen in Deutschland (vgl. Meyer 2003). Bühringer und Türk (1999) gehen bezogen auf Geld-spielautomaten von 4,63 Mio. aktiven Spielern (18 bis 69 Jahre), 54.000 (1,2%) Spielern mit subjektiver Belastung und etwa 25.000 bis 30.000 Spielern (0,6%) mit pathologischem Spiel-verhalten aus (Bühringer/ Türk 1999). Auch der Spiele-PC kann süchtig und abhängig ma-chen. Eine Studie der Humboldt-Universität zu „Stress und Sucht im Internet“ ging von Ab-hängigkeit bei denen aus, die mindestens 35 Stunden pro Woche vor dem PC sitzen. Sie kam

„auf etwa 3,5% Süchtige unter allen Nutzern, unter Jugendlichen zwischen 14 und 18 waren immerhin 16 Prozent stark gefährdet“ (Kahlweit 2006, 3)<sup>3</sup>. Nicht zu übersehen ist, dass auch die Arbeit zu einer Sucht werden kann („Workoholics“).

## **Merkmale der Sucht**

Kennzeichen von Suchtverhalten sind vor allem

- der Suchtdruck als starker Wunsch, eine Art Zwang zur Einnahme und Beschaffung von Mitteln, die Wohlbefinden erzeugen oder negative Gefühlszustände bessern,
- verminderte Kontrollfähigkeit und erfolglose Versuche, das Verhalten zu stoppen,
- anhaltender Konsum trotz schädlicher oder psychischer Folgen für sich und andere<sup>4</sup>,
- eine Tendenz zur Dosissteigerung und Toleranzentwicklung: Die Betroffenen benötigen immer größere Dosierungen, um die gleiche Wirkung zu erzielen,
- Suchtmittelkonsum, um Entzugssymptome zu mildern oder zu vermeiden sowie
- zunehmende Vernachlässigung anderer Interessen zugunsten des Substanzkonsums (nach Reker 2003; vgl. ICD 10).

Wie viele Menschen illegale Rauschmittel nutzen würden, wenn diese nicht rigoros sanktioniert wären, ist natürlich unbekannt. Berücksichtigt man darüber hinaus, dass zumindest suchartiges Verhalten auch mit der Nahrungsaufnahme (vgl. Magersucht und Bulimie) und in nicht stofflicher Form sehr häufig auftritt, so kann Suchtverhalten durchaus als allgemeinemenschliche Verhaltensmöglichkeit verstanden werden.<sup>5</sup>

## **Sucht bei Menschen mit geistiger Behinderung**

Es wäre sehr erstaunlich, wenn Menschen mit beeinträchtigten kognitiven Fähigkeiten von dieser bei Menschen jeden Alters, Geschlechts und aller Gesellschaftsschichten verbreiteten Verhaltensmöglichkeit ausgeschlossen wären. Vermutlich werden sie sogar zunehmend mit Suchtproblemen konfrontiert, je mehr ihnen Autonomie zugebilligt wird und sie am sozialen Leben teilnehmen, dessen Anforderungen und Belastungen sie weniger geschützt bewältigen müssen und „in dem der Gebrauch von legalen Suchtmitteln wie Alkohol und Tabak weit verbreitet und gesellschaftlich akzeptiert ... ist“ (Beer 2003, 3). Wissenschaft und Publikationen befassen sich allerdings im deutschen Sprachraum nur selten mit diesem Thema.

## **Häufigkeit von Sucht bei Menschen mit geistiger Behinderung**

In einer Regionalstudie (Braunschweig/Wolfenbüttel/Helmstedt) wurden im Jahr 1993 BetreuerInnen in Wohngruppen und Werkstätten zu 1619 Personen befragt (Michels 1993, zit. nach Bradl 1994). Es ging hier um die Häufigkeit von Verhaltensauffälligkeiten bei Menschen mit geistiger Behinderung. Diese BetreuerInnen nahmen im Schnitt bei 3% ein Alkohol- und Drogenmissbrauch an. Lingg (1998) wertete Diagnosen aus, die bei der Einweisung von Menschen mit geistiger Behinderung in ein psychiatrisches Krankenhaus gestellt wurden. Unter 1642 Aufnahmen war Alkoholismus bei 4% die Erst- und 9% die Zweitdiagnose, Medikamenten/ Drogenabhängigkeit bei unter 1% die erste und bei 2% die zweite Diagnose.

Nach Theunissen & Schubert (2006) wurde bis vor kurzem angenommen, Alkoholismus spiele bei Menschen mit sog. geistiger Behinderung eine eher untergeordnete Rolle und die Alkoholismus-Rate sei bei ihnen unterdurchschnittlich<sup>6</sup>. Inzwischen sei diese Rate aber deutlich gestiegen. Nach einer „repräsentativen Vollerhebung“<sup>1</sup> in allen Einrichtungen der Behinderten- und Suchthilfe in Sachsen-Anhalt (Theunissen & Schubert 2006, 182) zum Alkoholkonsum von Menschen mit geistiger Behinderung in Wohneinrichtungen trinken von 2560 Einrichtungsnutzern 3,7% täglich, 4,4% mehrmals wöchentlich 10,9% gelegentlich und 2,4% überwiegend am Wochenende Alkohol. Von diesen Personen wurden 6,7% als „alkoholge-

---

<sup>1</sup> Entgegen den Angaben der Autoren waren nach mündlicher Auskunft die Einrichtungen der Diakonie nicht einbezogen.

fährdet“ und 4,2% als „alkoholabhängig“ eingestuft.<sup>7</sup> Diese Werte würden etwa denen für unsere gesamte Gesellschaft entsprechen. Allerdings konnte diese Befragung keine Zunahme belegen. Die MitarbeiterInnen hielten den jeweiligen Alkoholkonsum von vor fünf und vor zehn Jahren für bereits etwa gleich hoch wie heute.

Der häufige Gebrauch und Missbrauch von Suchtmitteln spielt also bei Menschen eine erhebliche Rolle, die als geistig behindert bezeichnet werden. Belegt ist das aber fast nur für Alkoholmissbrauch, und zur Frage, ob dieser niedriger oder gleich hoch ist wie in der Allgemeinbevölkerung und ob er insgesamt zunimmt, reichen die Erkenntnisse nicht aus.

## **Hintergründe und Zusammenhänge**

Welche Hintergründe und Zusammenhänge gibt es für den Suchtmittelgebrauch von Menschen mit geistiger Behinderung?

Einige Studien legen einen Zusammenhang mit der zunehmenden Normalisierung nahe. Untersuchungen im angelsächsischen Raum zum Suchtmittelgebrauch bei Menschen mit geistiger oder Lernbehinderung sprechen (nach Beer 2003) dafür, dass mit der Zunahme kleiner, ambulanter und ‚offener‘ Wohn- und Betreuungseinheiten das Risiko von Alkohol- und Drogenmissbrauch wächst (vgl. Lottman 1993 nach Beer 2003) und dass dies auch eher unentdeckt bleibt (Degenhardt 2000 nach Beer 2003). Nach Longo 1997 (vgl. Theunissen & Schubert 2006) ist die Zahl der behandlungsbedürftigen vor allem unter den Menschen mit leichter intellektueller Behinderung sowie mit einer Doppel-Diagnose (intellektuell behindert und psychisch gestört) unter denen gestiegen, die ein weitgehend selbstbestimmtes Leben führen. Diese Werte liegen aber immer noch unter denen für die Gesamtbevölkerung. Möglicherweise wurden Menschen mit Behinderungen „intensiver sozialisiert“ und lassen sich stärker durch abschreckende Folgen des Substanzmissbrauchs zurückhalten, außerdem ist ihnen der Zugang beispielsweise durch die hohen Kosten erschwert (Edgerton 1986 nach Beer 2003).

Insgesamt scheinen Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung wegen ihrer Abhängigkeit von anderen Menschen (vgl. Hahn 1981) mehr sozialer Einflussnahme ausgesetzt zu sein. Dies kann nach verschiedenen Studien für eine mögliche Suchtentwicklung widersprüchliche Auswirkungen haben (vgl. Beer 2003): Einerseits werden sie in ihren Betreuungssystemen durch die sie Betreuenden stärker beeinflusst, keine Drogen zu konsumieren. Andererseits können sie sich im sozialen Zusammenleben möglicherweise nicht so leicht gegen Beeinflussungen in Richtung auf Substanzmissbrauch wehren. Sie geben beispielsweise häufiger als andere Befragte an, zu trinken, weil es die anderen tun oder weil sie nicht ausgelacht werden möchten. Die soziale Lebenssituation kann also sowohl eine Substanzabhängigkeit begünstigen als auch deren Entwicklung hemmen.

Außerdem können eingeschränkte kognitive, kommunikative und emotionale Fähigkeiten bei Menschen mit geistiger Behinderung Einfluss auf die Entwicklung einer Sucht haben. Die Nutzung von Suchtmitteln kann zusammenhängen mit

- der Sicherung eines Identitäts- und Selbstwertgefühls,
- der Kompensation intellektueller und emotionaler Einschränkungen;
- begrenzt entwickelten Möglichkeiten der Selbstbestimmung,
- mangelnder sozialer Integration (Schinner 2000, 6),
- einer erhöhten Häufigkeit psychischer Störungen, sowie
- mit Empfindsamkeit, Selbstunsicherheit, Stimmungs labilität und geringen Problemlösungsstrategien (vgl. Reker 2003).

## **Erklärungen**

Die hier angesprochenen Zusammenhänge legen vor allem zwei Erklärungsschwerpunkte für den Substanzen-Missbrauch durch Menschen mit geistiger Behinderung nahe:

- Einerseits ihre individuellen Voraussetzungen für die Bewältigung ihrer Lebenslage, ihrer Aufgaben und Anforderungen. Sie erleben besondere Herausforderungen und haben dafür eingeschränkte Voraussetzungen in ihren kognitiven und sozioemotionalen Kompetenzen.
- Andererseits hängt die Frage, inwiefern sie dabei auf Suchtmittelmissbrauch ‚verfallen‘, stark davon ab, wie fremdbestimmt ihr Leben verläuft. In offenen Wohnformen greifen sie eher zu Alkohol und Drogen, weil sie weniger kontrolliert und zugleich leichter von anderen Abhängigen beeinflusst werden.

Es ist also anzunehmen, die ihre Lebensbedingungen sowohl den Gebrauch von Suchtmitteln fördern als auch hemmen können.

*Theunissen & Schubert (2006) berichten von Herrn F., bei dem es ausreichte, den Zugang zu Alkohol zu erschweren und seine Finanzen mehr zu kontrollieren, um sein Suchtproblem erheblich zu verringern: Der 34jährige Mann mit Sprachproblemen galt als leicht intellektuell behindert und (in der Schule) als aggressiv. Ein Beschäftigungstraining nach seiner Schulzeit brach er ab. Mit 20 Jahren gab es erste Trinkprobleme. Er gab alles Geld für Alkohol aus und war in betrunkenem Zustand aggressiv. Mit 26 Jahren zog er von seiner Mutter in ein Wohnheim um. Dort besuchte er fast täglich nahe gelegene Pubs und war in betrunkenem Zustand meist aggressiv und inkontinent. Weil sich das Wohnheim überfordert fühlte, kam Herr F. im Alter von 31 Jahren in eine andere Behinderteneinrichtung. Hier gab es keine Pubs in Reichweite, und die Mitarbeiter kontrollierten seine Finanzen. Heute trinkt Herr F. nur noch bei Besuchsfahrten zu seiner Mutter, die in der Nähe seiner ihm vertrauten Pubs wohnt (nach Clarke & Wilson 1999, 136f.).*

Sucht wird somit als Folge individueller Beeinträchtigungen und sozialer Einflüsse, vor allem als Reaktion auf Problemlagen und Störungen im individuellen und/oder sozialen Bereich verstanden: Menschen haben (besondere) Schwierigkeiten; zu ihrer Bewältigung greifen sie zu Suchtmitteln – wenn sie nicht daran gehindert werden, durch soziale Kontrolle oder weil sie keinen Zugang haben, das Geld fehlt oder weil sie für Dealer keine interessante Zielgruppe sind. Dabei kann es sich um individuelle und biografisch bedingte Schwierigkeiten und Persönlichkeitsaspekte handeln. Dann wäre z.B. das Trinken ein Ausdruck eines vorhandenen Problems, um Ängste, unbewusste Konflikte, Missbrauchserfahrungen und Traumata zu verarbeiten. Erlernte gesellschaftliche Handlungsmuster und Einstellungen („Alkoholkonsum ist in“) und individuelle Erfahrungen (Alkohol entspannt, steigert positive und mindert negative Empfindungen) können zudem dazu beitragen, keine alternativen Problemlösestrategien auszubilden (vgl. Theunissen & Schubert 2006). Dies kann zur Ausbildung von kognitiven Schemata wie „Nur wenn ich viel Alkohol trinke, kann ich glücklich sein“; „Mir geht es immer gut, wenn ich was trinke“ (Beck et al. 1997) beitragen (Theunissen & Schubert 2006).

## Sucht als Kompetenz?!?

Doch reicht diese Erklärung der Sucht als Folge von Problemen und Störungen? Es ist eine wichtige Erkenntnis, dass Sucht eine Krankheit sein kann und die Menschen deshalb als behandlungsbedürftige akzeptiert werden sollten. Und es ist gut, dass es – wenn auch sehr selten – entsprechende Behandlungsangebote gibt.

Doch bei der Frage nach einem sinnvollen pädagogisch begründeten Umgang mit Menschen mit Suchtverhalten scheint mir ein weiterer Aspekt wichtig: In den angesprochenen Erklärungen klingt bereits an, dass Suchtverhalten als eine spezifische Form von Kompetenz verstanden werden kann. Menschen haben Probleme, erleben Einschränkungen, fühlen sich nicht anerkannt, geraten in unbewältigbar erscheinende Konflikte – und sie suchen nach einer Möglichkeit, damit zurechtzukommen. Sie greifen zu den Mitteln, die ihnen verfügbar sind, die sie vielleicht bei Vorbildern in ihrer Umwelt, aus dem Fernsehen etc. kennen lernen. Sie finden Möglichkeiten der Problemlösung.

Diese sind durchaus – zumindest kurzfristig - effektiv. Deshalb stellen sie Kompetenzen dar. Diese Erkenntnis scheint mir sehr wichtig zu sein. Sie erklärt teilweise, weshalb es so schwer ist, sich vom Suchtverhalten einfach zu ‚befreien‘: Es hat eine individuelle, subjektive Bedeutung. Diese Bedeutung zu erkennen ist zugleich eine erste Antwort auf die Frage, welche Unterstützung notwendig ist, um Suchtverhalten zu überwinden. Das heißt nicht, dass es unproblematisch wäre. Es kann für den Süchtigen selbst und für seine Umgebung erhebliches Leid mit sich bringen, Entwicklung verhindern, und es löst Probleme, indem es neue schafft und gleicht damit dem Kampf gegen eine Hydra, der immer neue Schlangenköpfe nachwachsen (griech. Mythologie). Welche pädagogischen Konsequenzen ergeben sich daraus?

- Wenn Suchtverhalten einen Problembewältigungsversuch darstellt, dann geht es darum, alternative Möglichkeiten zu entwickeln, um Schwierigkeiten angehen zu können.
- Dies sollte durch soziale Einflussnahme und Unterstützung ergänzt werden, wie sie etwa bei den Anonymen Alkoholikern praktiziert wird: Gegenseitige Kontrolle eingegangener Vereinbarungen basiert auf Freiwilligkeit und Eigenverantwortlichkeit.

Allerdings greift diese Sichtweise, es handele sich bei Suchtverhalten immer um die Bewältigung von Störungen und Problemen, zu kurz. Ich möchte Ihnen gerne die These nahe bringen, dass es sich bei der Sucht – auch von Menschen mit geistiger Behinderung – um den Versuch handelt, zu leben, sich wohl zu fühlen und etwas zu erleben, obwohl die Mittel dazu beschränkt sind und obwohl man sich damit zumindest langfristig auch negative folgen einhandelt.

## **Wie ist das mit den Erdnüssen? Sind wir alle gelegentlich süchtig?**

Hier ist zunächst zu fragen, welche Formen der Sucht wird bei sich selbst kennen, oder zumindest welche uns bekannten Verhaltensweisen und –tendenzen dieser nahe kommen. Wobei spüren wir einen Drang, etwas zu tun, was wir – mit dem ‚Verstand‘ – nicht wollen können, dem wir aber nicht widerstehen, obwohl es schädlich ist? Ich meine die Zigarette, den Fernsehfilm, den man eigentlich gar nicht sehen wollte, das Bier zu viel, die Erdnüsse, von denen nie eine übrig bleibt, obwohl sie dick machen ...

*Georg Rüschemeyer berichtete in der FA Sonntagszeitung vom 11.09.2005: "Nur noch ein kleines Stückchen!" - "Na ja, eins geht schon noch, dann ist aber wirklich Schluß!" Innere Monologe wie diesen kennen viele Schokoladenliebhaber. Der ursprüngliche Beschluß, es bei einem Stück zu belassen, hat eigentlich gute Gründe ("Eine Tafel = 500 Kalorien = 40 Minuten Joggen"), und doch läßt der Heißhunger auf Süßes, die Lust am Stimulieren der Geschmacksknospen, den guten Vorsatz vergessen. Am Ende stehen schokoladenbekrümelteres Stanniolpapier und der feste Vorsatz, das nächste Mal am besten erst gar nicht anzufangen. Oder wenn doch, dann wirklich nur ein einziges Stück zu nehmen."*

Was sind das für Dinge und Aktivitäten, von denen wir ‚die Finger nicht lassen können‘? Das ist die erste Frage. Wobei kennen wir das selbst, dass wir etwas tun, eine Art unwiderstehlichen Zwang spüren, obwohl uns eigentlich klar ist, dass es uns – wenn wir es zu viel tun – letztlich schadet?

Zum Verständnis der ‚Logik‘ der Sucht scheint mir wichtig zu sein, sich nicht auf eine Form zu beschränken. Was hilft eine Bewältigung von Alkoholproblemen bei Menschen mit geistiger Behinderung, wenn übersehen wird, dass sie vom Regen in die Traufe kommen und statt Schnaps und Bier sich nun mit Zigaretten, Dauerfernsehen oder Ernährungsproblemen schädigen könnten?

Worin liegt die Logik der Sucht, die wir zumindest im Ansatz alle kennen? Was haben Schokolade, Alkohol, Rauchen und Drogen, Spiel und Essen, vielleicht auch Fernsehen und PCs und das intensive Laufen gemeinsam? Es sind – im weiten Sinne – Genussmittel. Es handelt sich um Möglichkeiten, angenehme Effekte zu erleben und zu genießen (bis hin zum ‚kick‘ und zum ‚flow‘), sich zu unterhalten und etwas zu tun, was einem gefällt und was einem ein

‚gutes Gefühl‘ vermittelt. Bei der Nutzung aller dieser Möglichkeiten ist eine Suchtentwicklung möglich, vom Alkoholismus über die Spielsucht bis zur Bulimie.

Es handelt sich ausnahmslos um Dinge, um Aktivitäten, die nicht ‚an sich‘ problematisch sind, im Gegenteil: Sie bereichern das Leben, machen es Lebenswert, unterhaltsam. Ohne sie wäre es langweilig, würden wir uns nicht wohl fühlen.

## **Spiel, Unterhaltung und der Genuss von Effekten sind wesentliche Aspekte der Lebensqualität**

Die amerikanische Philosophin Martha Nussbaum hat eine Liste von ‚Capabilities‘ entwickelt, von Fähigkeiten, die nach ihren interkulturellen Forschungen zum menschlichen Leben dazugehören, und die jeder Mensch deshalb ausbilden können sollte. Auf dieser Liste stehen neben Selbstbestimmung, Teilhabe, einem würdevollen Leben, Zugang zur Kultur und Bildung, körperlicher und seelischer Unversehrtheit etc. auch ‚lustvolle Erfahrungen‘ und die Fähigkeit zu lachen, zu spielen und erholsame Tätigkeiten zu genießen (vgl. Klaufuß 2006). Nussbaum (2002) ist es wichtig, dass hier keine Rangreihe besteht: Keine Fähigkeit kann durch eine andere ‚ersetzt‘ werden.

Diese philosophisch begründeten Aussagen über das, was für jeden Mensch wichtig ist und wozu wir ihm, falls nötig, verhelfen sollten, erinnert an das ‚heilpädagogische Modell‘ von Werner Haisch (1993, vgl. Klaufuß 2001). Er unterscheidet in Anlehnung an Piagets Konzept der sensomotorischen Entwicklung unterschiedliche Lebensformen, die Menschen in der frühen Kindheit ausbilden, die aber alle lebenslange Bedeutung haben. Dazu gehört das Leben als Organismus, der der ‚guten Pflege‘ bedarf, um beispielsweise Entspannung, Wohlbefinden und das Gefühl von Sicherheit zu erreichen. Im Bereich der Bewegung und der Betätigung entwickeln Menschen Möglichkeiten, etwas Interessantes wahrzunehmen und zu erleben; sie tun Dinge, weil diese zu angenehmen Effekten führen und sie lernen, wie diese aufrechterhalten und immer wieder hervorgerufen werden können.

Menschliches Leben – so kann man die Erkenntnisse von Nussbaum und Haisch zusammenfassen – bedeutet, für das eigene Wohlbefinden zu sorgen, sich vielfältig zu bewegen und dabei Lust, Spaß, Freude zu empfinden sowie interessante, unterhaltsame Effekte erzeugen und aufrecht erhalten zu können, die einem gefallen.

## **Genuss und Wohlbefinden bedürfen der Bildung**

Es ist also eine anthropologische Notwendigkeit, dass Menschen solche Möglichkeiten finden und nutzen. Das ist notwendig, das brauchen wir zum Leben. Vielleicht haben Sie das Buch oder den Film „Der Name der Rose“ von Umberto Eco gesehen oder gehört. Hier geht es um den Versuch, den Menschen das Lachen madig zu machen. Es gibt religiöse Strömungen, die den Genuss, die Unterhaltung schlecht reden. Ich denke, der Film gibt eine überzeugende Antwort hierzu: Den Wunsch nach Lachen, nach angenehmen und unterhaltsamen Dingen im Leben kann und darf niemand unterdrücken und schlecht reden.

Genussmittel haben neben ihrer Wirksamkeit im Sinne von Genuss und Unterhaltung zusätzlich sozusagen den zusätzlichen Vorteil, dass damit auch individuelle Probleme, Spannungssituationen und belastenden Empfindungen bewältigt werden können. Lachen heilt, sagt man zu Recht, und das lässt sich auch auf die Dinge übertragen, die uns sonst noch ‚gut tun‘, Wohlbefinden verschaffen etc.

Doch nun stellt sich eine wichtige Frage: Wie findet man solche Möglichkeiten? Wie eignet man sich die Aktivitäten und auch den Genuss von Substanzen (gutes Essen, guter Wein, eine gute Zigarre) an, wie kommt man dazu? Man entdeckt sie.

Das Baby findet beispielsweise heraus, dass es Spaß macht, sich zu bewegen, zu strampeln etc. Bekommt es dabei eine Rassel zu fassen, dann merkt es, dass durch eigene Aktivität bewirkte Effekte faszinieren und gefallen. Voraussetzung dafür ist nur, dass es die Gelegenheit bekommt und dass es entsprechende Dinge in seiner Umgebung gibt.

Menschen bleiben jedoch meist nicht bei einer Form der Bewegungen und Effekte, sondern sie entwickeln sie weiter. Sie lernen tanzen oder Fußballspielen, bewegen sich beim Schwimmen, sie machen und hören Musik, gehen in Museen, schauen Filme an und genießen Speisen, Getränke etc. Die Logik heißt immer: Ich tue etwas, was mich anmacht, was mir gefällt, was mir gut tut. Dabei entstehen Vorlieben für bestimmte Dinge und schließlich wird ein individueller Geschmack ausgebildet, ein sicheres Gefühl für das, was einem selbst gefällt, entspricht und zu einem Stück der eigenen Identität geworden ist.

Wie kann man sich diesen ‚Bildungsfortschritt‘ vorstellen? Er hat zwei ‚Motoren‘, zunächst den Menschen selbst: Er merkt, dass etwas, was man ständig gleich macht, irgendwann langweilig wird, auch wenn es anfangs noch so sehr fasziniert. Der ‚Geschmack wird fad‘. Das fünfte Bier beispielsweise schmeckt nicht mehr so wie das erste. Man lässt es nur noch ‚reinlaufen‘. Der spannendste Film wird langweilig, wenn er Stunden dauert. Diese Erfahrung veranlasst dazu, die Effekte zu variieren oder neue zu suchen. Der zweite ‚Motor‘ sind die anderen Menschen. Sie zeigen einem, wie das, was man tut, noch interessanter werden kann. Spielen Sie mal alleine mit einem Ball. Das wird bald langweilig. In der Gruppe ist es viel schöner, und sie lernen dabei neue Möglichkeiten kennen, mit dem Ball zu spielen. Für die Entwicklung vielfältiger Möglichkeiten, etwas zu tun, was einem gefällt, ‚gut tut‘ und zum Wohlbefinden beiträgt, sind also andere Menschen wichtig. Sie geben Anregungen, zeigen was man sonst noch tun könnte und geben so wichtige Impulse.

Dabei sollte ein Missverständnis vermieden werden: Es ist für jeden Menschen wichtig, dass er eine Vielzahl von Möglichkeiten entdeckt und ausbildet, etwas zu tun, was ihm gefällt und in einem umfassenden Sinne gut tut. Daraus ist aber nicht der Schluss zu ziehen: ‚Je mehr, desto besser‘. Es geht vielmehr darum, Dinge und Aktivitäten ‚genießen zu lernen‘. Kinder mit hohem Fernsehkonsum lernen beispielsweise nicht mehr, ‚genau hinzuschauen‘, sie gewöhnen sich vielmehr daran, dass die Bilder, die sie aufnehmen, immer schneller wechseln, dass immer etwas Neues angeboten wird. Wer immer mehr ‚schnelles Essen‘ (‚fast food‘) konsumiert, der kommt nicht mehr dazu, richtig zu schmecken. Manchmal ist es hilfreich, die Menge der Reize zu verringern, um wieder richtig zu schmecken, zu riechen, richtig genießen zu können. Das ist beispielsweise eine Wirkung des Fastens: Indem man auf ‚reizvolle‘ Dinge verzichtet, kann man diese wieder besser wahrnehmen. Das Bildungsziel im Bereich der Genussmittel und in Bezug auf die Aktivitäten, die der Unterhaltung, dem Erleben – und auch des körperlich-seelischen Wohlbefindens, der Entspannung – dienen, ist das Entdecken dieser Möglichkeiten, deren Aneignung und der Fähigkeit, diese genießen zu können. Es geht um einen freien, selbstbestimmten Umgang mit diesen Möglichkeiten. Das Gegenteil davon ist ‚Abhängigkeit‘. Wer das Gefühl hat, er muss immer mehr tun, haben, konsumieren, wahrnehmen, der fühlt sich nicht frei, er ist auf dem Weg in die Abhängigkeit.

## **Entwicklungswege zur Sucht**

Wie kommt es zur Sucht? Welche ‚subjektive Logik‘ liegt in der Entwicklung, die damit endet, dass man Dinge tut bzw. Substanzen zu sich nimmt, die einem letztlich schaden. Wie kommt es zu dieser Paradoxie, etwas zu tun, was man eigentlich gar nicht wollen kann?

Was geschieht, wenn ein Mensch eine Möglichkeit gefunden hat, sich in angenehme Stimmung zu bringen oder Spannung, unangenehme Gefühle zu mindern, etwa durch das Spielen am Computer, durch Alkohol und Nikotin oder durch einen Langlauf, bei dem die Endorphine angeblich ‚high‘ machen können? Diese Wirkung lässt mit der Zeit nach, das liegt in der Natur des Genusses. Alles, was man zu lange in gleicher Art und Weise tut wird irgendwann ‚fad‘, und der Körper passt sich an die eingenommenen Substanzen an, reagiert nicht mehr so sehr darauf wie zu Beginn. Der Mensch möchte nun aber den Genuss, den erwünschten Effekt erhalten, weil es ja für ihn (wie für jeden Menschen) wichtig ist, etwas zu erleben, zu genießen, zu fühlen. Er möchte die Wirkung aufrechterhalten, die ihm hilft, (auch bei Problemen) bei guter Stimmung zu bleiben. Angenommen, es fällt ihm aber nichts anderes ein, dann

bleibt ihm nur eine Möglichkeit: Er wirkt der nachlassenden Wirkung entgegen, indem er sein Verhalten intensiviert und es in Häufigkeit und/oder Intensität steigert. Wenn ein Bier nicht mehr zum Wohlgefühl führt, trinkt man weiter. Wenn der Soft-Krimi nicht mehr die Nerven kitzelt, muss es ‚härtere Kost‘ sein. Wenn die Musik in Zimmerlautstärke nicht mehr antönt, dreht man sie bis zum Dröhnen laut. Es kann zu einem Gefühl von Zwang werden: Ich brauche immer mehr, um den Genuss zu erhalten, um die Wirkung wieder und anhaltend zu spüren. Doch das gelingt nicht. Es entsteht eine Dynamik, aus der man kaum rauskommt. Sie wird durch Anpassungen des Körpers unterstützt, der nach der Droge ‚verlangt‘.

Was bedeutet das am Beispiel der Suchtmittel? Sie bieten ihre ‚Effekte‘ an: Viele von ihnen heben die Stimmung, fördern ein sicheres Auftreten, helfen Spannungszustände zu beenden und Belastungen zu ertragen, helfen gegen Langweile und fördern sogar – kurzfristig - die allgemeine Leistungsfähigkeit. Neben legalen und illegalen Drogen bieten auch die Nahrungsaufnahme sowie exzessive Bewegung und das Erzeugen von Effekten (vgl. Spielsucht) diese Möglichkeit (vgl. Klauß 1999, 105ff). Viele Menschen mit geistiger Behinderung können die Nutzung von Suchtmitteln als Möglichkeit erleben, Wohlbefinden herbeizuführen und sie können den Eindruck gewinnen, bspw. durch Alkoholkonsum soziale Anerkennung und Zugehörigkeit zu erreichen und mögliche Kontaktängste zu überwinden sowie angesichts geringen Selbstvertrauens ‚mutiger‘ zu werden.

Der Ausgangspunkt für eine Suchtentwicklung muss also keine Störung, kein besonderes Problem sein. Da ist einfach der Wunsch, die Notwendigkeit für jeden Menschen, etwas zu erleben, für sein Wohlbefinden zu sorgen und Probleme zu bewältigen. Doch weshalb entwickeln Menschen – etwa solche mit geistiger Behinderung – eine Sucht? Weshalb suchen sie sich nicht einfach neue Effekte, wenn der erste in seiner Wirkung nachlässt und entwickeln sich dadurch weiter? Drei Antworten auf diese Frage scheinen mir relevant zu sein:

1. Möglicherweise fallen ihnen keine anderen Möglichkeiten ein, die ihnen gleich gut gefallen. Deshalb bleiben sie bei dieser einen Form. Hier kann eine kognitive Beeinträchtigung eine Rolle spielen, die das Lernen und das Entdecken und Aneignen von Neuem erschwert.
2. Vielleicht zeigen aber auch andere Menschen zu wenig die Chance auf, ihr Repertoire an interessanten, entspannenden, ihnen gefallenden Aktivitäten zu erweitern. Sie bleiben auf sich gestellt und auf das angewiesen, was sie alleine entdecken.
3. Andere Möglichkeiten, eine vergleichbare Wirkung zu erzielen, sind unerreichbar und nicht zugänglich. Ein Kind mit Körperbehinderung könnte vielleicht in einem schönen, geheizten Schwimmbad lernen, sich mit viel Freude auf unterschiedlichste Art zu bewegen – aber es kommt dort nicht hin.

## **Pädagogische Konsequenzen**

Was folgt daraus für die pädagogische Praxis mit Menschen mit geistiger Behinderung? Was ist im Wohnheim, in der Werkstatt, in der Schule zu beachten? Menschen mit Behinderungen können Suchtverhalten ausbilden, weil sie an der Bildung von Kompetenzen im Bereich der Unterhaltung, des Genießens, des körperlich/seelischen Wohlbefindens, der Spannungsreduktion und Problemlösung gehindert sind, durch ihre Behinderung und dadurch, dass sie zu wenig Gelegenheit und Anregung erhalten, entsprechende Möglichkeiten für sich zu entdecken und auszubilden.

Für die Pädagogik stellt sich hier zunächst die Frage, welche Möglichkeiten die Menschen, mit denen wir es zu tun haben, in diesen Bereichen bereits ausgebildet haben, über welche Stärken sie bereits verfügen. Wie viele sind das, wie vielfältig und variantenreich sind sie, und wie verfügbar sind sie, wie steht es also um die Gelegenheiten, diese Kompetenzen auch zu nutzen? Wie groß ist die Chance, nicht nur immer dasselbe zu tun, sondern sich auch etwas Neues einfallen zu lassen?

Wer zeigt ihnen beispielsweise, wie sie sich ‚in ihrem Körper wohl fühlen‘ können? Gibt es Kurse in der Erwachsenenbildung dazu? Wo lernen sie, das Essen zu genießen und dabei ei-

nen eigenen, ganz individuellen Geschmack zu entwickeln? Unterstützen wir sie dabei, ihre Freude an der Bewegung zu entdecken und auszubilden? Haben Sie Gelegenheit dazu? Können Sie tanzen lernen, wandern, schwimmen, Trampolin springen und auf andere Weise ein Gefühl für Bewegung entwickeln? Können sie Vorlieben für ‚ihre‘ Musik entwickeln und diese auch hören, im Radio wie bei Konzerten? Haben sie Zugang zu Instrumenten, erhalten sie Unterricht und Kurse zu ihrer Nutzung? Sitzen sie nur vor der ‚Glotze‘, oder gibt es jemand, der sich mit ihnen über das Gesehene unterhält?

Eine besondere Rolle spielt auch die Frage, welche Möglichkeiten sie finden, mit individuellen und zwischenmenschlichen Konflikten, mit Nöten und Ängsten, mit Stress und Anspannung umzugehen. Können sie diese selbst wahrnehmen und haben sie Gelegenheit, darüber zu kommunizieren? Interessieren wir uns dafür, weshalb jemand im Stress ist? Welche Bildungsangebote können wir ihnen dann machen? Gibt es Gesprächsrunden zu Themen, die belasten können, etwa in der Partnerschaft? Welche Chancen zur Entspannung und zum Umgang mit Schmerzen bieten wir? Hier kann auch die Einbeziehung medizinischer Hilfen eine Rolle spielen – welche Chancen gibt es dazu?

## **Bildung von Kompetenzen**

Der Umgang mit Sucht und Suchtgefährdung sollte von solchen Erkenntnis und Überlegungen ausgehen. Abhängigkeit zu beenden bedeutet immer auch, auf etwas zu verzichten, was man als sehr effektive Möglichkeit erfahren hat, etwas Faszinierendes und Interessantes zu erleben, Gefühlszustände zu beeinflussen, aber auch soziale Konflikte, Probleme etc. selbst zu regulieren. Ziel der Pädagogik und Therapie bei Sucht sollte es immer sein, den selbstbestimmten und damit (selbst)verantwortlichen Umgang mit solchen Wirkungen zu ermöglichen und zu erlernen.

Für die Pädagogik bedeutet dies, sich mit der subjektiven Logik der Suchtentwicklung auseinander zu setzen. Welche Wirkung ist dem Menschen denn wichtig? Geht es eher um Unterhaltung und Erleben, oder eher um den Umgang mit Belastungen und Stress oder um soziale Wirkungen, um Anerkennung oder Bewältigung von Enttäuschungen? Die nächste Frage lautet dann: Wie kann er kompetent werden, diese auch auf einem Weg zu erreichen, auf dem er sich nicht selbst schädigt?

Pädagogische Überlegungen erübrigen natürlich keine therapeutischen Maßnahmen. Bei einer körperlichen Abhängigkeit reicht es in der Regel nicht aus, mit dem betroffenen Menschen nach Alternativen zu suchen und ihm entsprechende pädagogische Angebote zu machen. Aber als Prophylaxe und als Unterstützung nach einer Behandlung sind sie unerlässlich.

## **Beachtung unterschiedlicher Suchtformen**

Bei all dem sollten wir uns nicht auf einzelne Suchtformen beschränken. Das oben Gesagte gilt nicht nur für Alkohol oder ‚harte Drogen‘. Möglicherweise sind andere Suchtformen bei Menschen mit geistiger Behinderung stärker verbreitet, weil der Substanzmissbrauch eher sozial kontrolliert wird. Dafür sprechen einige Ergebnisse einer kleinen Studie in Rheinland-Pfalz (Gärtner 2003). Dabei äußerten sich MitarbeiterInnen in 4 Wohnheimen, 3 Außenwohngruppen, 6 Werkstätten für Behinderte und 5 Tagesförderstätten. Sie wurden in Bezug auf verschiedene mögliche Suchtformen gefragt, wie häufig eine Abhängigkeit oder Gefährdung besteht<sup>8</sup>. Eine Abhängigkeit vom Rauchen (16%) und Fernsehen (13%) wurden am häufigsten genannt. In Bezug auf Alkohol galten 10% als ‚gefährdet‘, aber nur 1% als abhängig, ähnlich war es beim Essen (9% gefährdet, 4% abhängig). Hier zeigt sich vermutlich, dass die soziale Kontrolle bei Alkohol und Essen wirkt, während Rauchen und Fernsehen wohl eher zugelassen und als weniger ‚schlimm‘ eingeschätzt werden.

	Gefährdung	Abhängigkeit
Alkohol	10,0%	1,0%
Essen	8,5%	3,6%

Fernsehen	7,9%	13,0%
Rauchen	6,0%	16,3%
Schmerz-/ Betäubungsmittel	2,0%	0,0%
Entspannungs-, Beruhigungsmittel	0,3%	0,3%

Tab. 1: Suchtabhängigkeit und -gefährdung. N=18

Die Abhängigkeit im Bereich des Fernsehens und des Essens wird in den Einrichtungen mit der geringsten sozialen Kontrolle am höchsten eingeschätzt. Das spricht dafür, dass dort hierzu die geringste Einflussnahme durch andere besteht. Wahrscheinlich werden hier aber auch relativ wenige alternative Angebote gemacht, um sich zu beschäftigen, zu unterhalten und zu entspannen. Bemerkenswerter Weise gelten die BewohnerInnen von Außenwohngruppen deutlich seltener als Nikotin- bzw. Alkoholabhängig und –gefährdet als in anderen Betreuungsformen. Vielleicht spiegelt sich darin ein Selektionsprozess wider: Bei der Entscheidung, ob jemand in einer weniger betreute Wohnform wechselt, dürften solche Suchtformen Berücksichtigung finden, während eine (mögliche) Abhängigkeit im Bereich des Essens oder des TV-Konsums hierfür eher irrelevant erscheinen könnte.

	Nikotin (Abh.)	Nikotin (Gef.)	Alkohol (Abh.)	Alkohol (Gef.)	Fernsehen (Abh.)	Fernsehen (Gef.)	Essen (Abh.)	Essen (Gef.)
Werkstätten	25%	22,3%	0,5%	13%	10%	12,5%	3,3%	6,8%
Wohnheime	26%	0%	2,6%	15,3%	13,6%	5,7%	2,3%	10%
Außenwohngruppen	11,5%	1%	1,2%	10,3%	28,3%	8,3%	5,6%	10,6%
Tagesförderstätten	2,6%	0,3%	0%	1,5%	0%	5%	3,3%	6,6%
Gesamt	16,3%	6%	1%	10%	13%	7,9%	3,6%	8,5%

Tab.2: Suchtabhängigkeit und -gefährdung in verschiedenen Institutionen. N=18

Diese Ergebnisse sprechen dafür, dass neben individuellen Komponenten soziale Bedingungen entscheidend dafür sind, welche Art der Sucht ausgebildet wird. Dabei geht es nicht nur um soziale Kontrolle, sondern auch darum, ob die Entdeckung anderer Formen unterstützt wird, wie man sich ‚wohl fühlen‘ kann. Es geht darum, ‚stark zu werden‘, deshalb reicht Kontrolle alleine nicht. Dies kann nur auf der Grundlage von Kompetenzen geschehen, für deren Ausbildung entsprechende Angebote erforderlich sind. Möglicherweise müssen wir uns hier vor allem um die Menschen kümmern, die in dezentralen, offenen Einrichtungen leben und arbeiten. Ihnen fehlen vermutlich am meisten Anregungen und Angebote, mit ihrer freien Zeit, aber auch mit ihren Problemen anders umzugehen.

### **Können auch Menschen mit schwerer und mehrfacher Behinderung süchtig werden?**

Dass Menschen zu den ihnen zugänglichen Sucht-Möglichkeiten greifen, zeigen Menschen mit schwerer und mehrfacher Behinderung. Sie haben zu stofflichen Suchtformen keinen Zugang. Sie entwickeln am ehesten im Bereich der Nahrungsaufnahme Suchtverhalten, das zeigt sich bei den Menschen in den Tagesförderstätten (3% abhängig, 7% gefährdet). Zu ergänzen ist, dass auch bestimmte Verhaltensweisen wie etwa Selbstschädigungen Suchtcharakter annehmen können (vgl. dazu Klauß 2003). Menschen mit erheblicher kognitiver Beeinträchtigung greifen zu elementareren Formen des Verhaltens im Bereich der Selbstbewegung und der effektgeleiteten Betätigung, um Effekte genießen zu können und Situationen des Unwohlseins, der Anspannung und Belastung zu bewältigen. In ihrem Bedürfnis, etwas zu erleben, sich wohl zu fühlen und körperliches wie seelisches Unwohlsein zu beseitigen, unterscheiden sie sich nicht von allen anderen Menschen. Wenn sie angesichts fehlender Alternativen im Bereich der Bewegung und des Erzeugens einfacher Effekte versuchen, die verblas-

senden positiven Wirkungen ihres Verhaltens durch Steigerung zu erhalten, so kann dies zu suchtartigem Verhalten führen, das sich bis zur Selbstverletzung steigert. Es besteht dann oft der Eindruck, dass sie trotz negativer Auswirkungen nicht davon lassen können (ebd.). Selbstverletzendes Verhalten kann übrigens auch bei Menschen ohne Behinderungen Suchtcharakter haben (vgl. Resch u.a. 1993).

Wie lassen sich – vor diesem Hintergrund – manche Formen des Selbstverletzenden Verhaltens (SVV) verstehen? Von den in der Literatur vorfindlichen Erklärungen für SVV beziehen sich vor allem zwei auf diesen Komplex (vgl. Klaufuß 2003a):

- Einmal, dass es sich um eine – autodidaktisch, selbst gefundene Möglichkeit handelt, Langeweile zu vermeiden. Es entwickelt sich in diesem Fall aus Bewegungs- oder Effekts stereotypen.
- Oder: Dass es sich um die Entdeckung handelt, dass man mit SVV Schmerzen selbst bekämpfen, Stress und Angst reduzieren und ein gewisses Maß an Wohlbefinden verschaffen kann, etwa bei Neurodermitis (vgl. Kane 2003).

Die Konsequenzen daraus sind dieselben wie diejenigen, die sich aus den Überlegungen zur Sucht ergeben: Selbstverletzendes Verhalten kann eine Art Sucht darstellen. Der betroffene Mensch hat eine ‚Entdeckung‘ gemacht, etwa die, dass er so etwas fühlen und erleben kann oder dass sich Schmerzen, Spannungszustände etc. damit bekämpfen lassen. Er nutzt diese Möglichkeit – und bleibt dabei, weil ihm Alternativen fehlen. Es geht deshalb auch hier um Bildung, um die Aneignung von Chancen, sich Gutes zu tun, ohne sich dabei zu schädigen.

## **Suchtprophylaxe bei Kindern**

Sucht ist – auch – ein Bildungsproblem. Das zeigt sich u.a. in einer Studie an Heidelberger Schulen, wonach die Suchtprobleme von den Allgemeinen Schulen an den Hauptschulen am größten sind. Das mag damit zu tun haben, dass diese Jugendlichen mehr als andere schulischen Frust erleiden, weil sie auf dieser untersten Stufe der Schulhierarchie ‚gelandet‘ sind. Diese Enttäuschung, ja Kränkung muss irgendwie bewältigt werden, dazu kann Suchtverhalten ‚helfen‘. Auf der anderen Seite haben diese Jugendlichen aber auch ein weniger großes Spektrum an Aktivitäten ausbilden können als solche in anderen Schulformen. Das liegt nicht am ‚schlechten Unterricht‘, sondern eher daran, dass ihre Chancen in diesem Bereich gering sind. In einer öden Wohnblocksiedlung gibt es nur sehr wenige Möglichkeiten, etwas zu erleben, etwas Interessantes zu tun. So wird der Alkohohl oder das Zudröhnen mit Musik häufig zur einzigen Form, sich mal ‚richtig wohl‘ fühlen zu können. Es fehlen Gelegenheiten und Anregungen, sich in diesem Bereich ‚zu bilden‘.

Dass Suchtprophylaxe bereits mit Kindern möglich ist, zeigt ein Beispiel aus dem Grundschulbereich, das sich vermutlich auch für Menschen mit geistiger Behinderung anpassen lässt. Das am weitesten verbreitete Unterrichtsprogramm zur Gesundheitsförderung und Suchtvorbeugung in Deutschland heißt „Klasse2000“ (Kraus u.a. 2002; vgl. auch Bobra 1999). Vom Schuljahr 1991/1992 bis 2001/2002 stieg die Zahl der beteiligten GrundschülerInnen von 6072 auf 116.000 (4700 Klassen). Folgende Ziele werden verfolgt: Förderung der bewussten und akzeptierenden Körperwahrnehmung und einer positiven Einstellung zur Gesundheit, Stärkung des Selbstwertgefühls und der sozialen Kompetenz, kritischer Umgang mit Genussmitteln und Alltagsdrogen, Einbindung der Eltern. Die Kinder sollen ihre „Selbstwirksamkeit“ erfahren. „Die Überzeugung, der eigenen Umwelt nicht hilflos ausgeliefert zu sein, sondern auf diese den eigenen Bedürfnissen gemäß einwirken zu können, gilt als einer der wichtigsten Faktoren seelischer Gesundheit“ (23). Inhalte des Programms: Je Klassenstufe sind ca. 10 Lehrerstunden und 2 bis 3 Stunden mit einem speziellen „Gesundheitsförderer“ eingeplant. In der 1. und 2. Jahrgangsstufe stehen die „Einübung von Entspannungsverfahren und eine erfahrungsnahe Vermittlung von Wissen über die Körperfunktionen im Mittelpunkt. Ein besonderes Gewicht liegt bei der Atmung. In Klasse 3 und 4 gewinnt die Einübung sozialer Kompetenzen an Gewicht. In Rollenspielen und Gemeinschaftsaufgaben wird die Fähig-

keit zur Abgrenzung und Durchsetzung ebenso erprobt wie die kooperative Problem- und Konfliktlösung. Zunehmend kommen auch substanzspezifische Elemente zum Tragen“ (24). Ein Schwerpunkt des Programms liegt beim Rauchen, da schon ca. 10% der Erstklässler Zigaretten-Erfahrungen machen. Begleituntersuchungen belegen positive Effekte des Programms. Während in der ersten Klasse in den Programm- und Kontrollklassen der Anteil von Kindern, die mindestens einmal geraucht haben, mit je 10% gleich sind, differieren die Angaben bei den 4. Klassen (32% vs. 25,2%). (27). In den Kontrollklassen ist Anteil der Kinder, die nach eigenen Angaben regelmäßig rauchen, deutlich höher: Dies sind 1,5% gg. 3%. Es wäre lohnend, sich auch in schulischen Einrichtungen für Menschen mit geistiger Behinderung darum zu bemühen, die Kinder „gegen die Sucht stark zu machen“ – die Erfolge bei Grundschulern geben hier zur Hoffnung Anlass.

## Fazit

Aus pädagogischer Sicht stellt sich beim Suchtverhalten – auch bei Menschen mit geistiger Behinderung – vor allem die Frage nach Bildungsdefiziten und –möglichkeiten. Menschen können Suchtverhalten entwickeln, wenn sie bei der Ausbildung von Möglichkeiten, eigenes Wohlbefinden herzustellen, interessante Dinge zu erleben oder mit Problemen und Anspannung umzugehen, auf wenige, selbst ‚entdeckte‘ Formen angewiesen bleiben. Wenn ihnen dann irgendwann zur Erhaltung der Wirkung und des Genusses nur die Steigerung bleibt, wird die Nutzung dieser Möglichkeiten zu einer Art Zwang. Bio-chemische Prozesse untermauern diese Abhängigkeit.

Das so bedingte Suchtverhalten tritt in offenen Betreuungsformen nicht nur deshalb häufiger auf, weil dort weniger soziale Kontrolle stattfindet, sondern weil dort vermutlich weniger Angebote zur Bildung alternativer Kompetenzen bestehen. In allen Einrichtungen für Menschen mit geistiger Behinderung ist zur Suchtprophylaxe wie zur Nachsorge nach entsprechenden Behandlungen das wichtigste Ziel die ‚Stärkung‘ der von dieser Abhängigkeit bedrohten Menschen. Dazu gehören vor allem Angebote, wie sie ohne sich selbst zu schädigen Wohlbefinden, Spaß an der Bewegung, interessante Betätigungen und andere Möglichkeiten aneignen können, die auch ihr Selbstwertgefühl heben. Dies gilt auch für Menschen mit schwerer Behinderung, die beispielsweise einen ‚unwiderstehbaren Drang‘ entwickeln, sich selbst zu verletzen. Auch sie benötigen – neben einer möglicherweise notwendigen therapeutischen Intervention - Interaktionsangebote, durch die sie Alternativen ausbilden können.

## Literatur

- Beer, O. (2003): Suchtmittelgebrauch bei Menschen mit geistiger Behinderung – eine Auswertung amerikanischer und australischer Literatur mit dem Schwerpunkt auf Alkoholkonsum. Diplomarbeit Universität Münster, Fachbereich 6 Erziehungswissenschaft und Sozialwissenschaften, 2003 unveröff.
- Behrens, W. (2003): Menschen mit intellektuellen Einschränkungen und Suchtproblemen - Hilfen für den Alltag – In: Klauf; Th. (Hrsg.): Geistige Behinderung und Sucht. Eine Herausforderung im Spannungsfeld von Selbstbestimmung und Fürsorge. Dokumentation der Arbeitstagung der DGSGB am 16.05.2003 in Kassel, 41-51
- Beine, W. (2003): Suchtgefährdete Menschen mit geistiger Behinderung im Betreuungsalltag – ausgewählte Aspekte. In: Klauf; Th. (Hrsg.): Geistige Behinderung und Sucht. Eine Herausforderung im Spannungsfeld von Selbstbestimmung und Fürsorge. Dokumentation der Arbeitstagung der DGSGB am 16.05.2003 in Kassel, 12-19
- Bobra, A. (1999): Das SuchtSpielBuch. Spiele und Übungen zur Suchtprävention in Kindergarten, Schule, Jugendarbeit und Betrieben. Seelze-Velber: Kallmeyer
- Bühringer, G/ Türk, D. (1999): Geldspielautomaten - Freizeitvergnügen oder Krankheitsverursacher? Göttingen
- Bradl, C. (1994): Umgang mit Verhaltensauffälligkeiten - ein Schlüsselproblem. In: Geistige Behinderung, 2, 117-130

- Degenhardt, L. (2000): Interventions for people with alcohol use disorders and an intellectual disability: A review of the literature. In: *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, Vol. 25, Nr. 2, 135-146
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. – DHS (Hrsg. 2003): *Jahrbuch Sucht*. Geesthacht: Neuland Verlag
- Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg. 1991): *Alkoholismus. Eine Information für Ärzte*. 3. Auflage
- DIMDI Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information (Hrsg. 2002): *IVF Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit*. Stand 24. 09. 2002 (Entwurf zu Korrekturzwecken, Übers. der engl. Version WHO 2001)
- Edgerton, R. B. (1986): Alcohol and drug use by mentally retarded adults. In: *American Journal of Mental Deficiency*, Vol. 90, Nr.6, S. 602-609
- Eisner, M. (1995): Ganz normal süchtig – Überlegungen zur Suchtgefährdung geistig behinderter Menschen. In: *PRO Jugend, Regionalteil Schleswig-Holstein*, Heft 1
- Fachdienst der Lebenshilfe (2000): Alkoholismus bei Menschen mit geistiger Behinderung. In: *Fachdienst der Lebenshilfe*, Nr. 3, 2000, 1-3
- Fachklinik Oldenburger Land (2001): Suchtkranke mit Einschränkungen der intellektuellen Fähigkeiten und/oder mit besonderen Störungen im Kontakt- und Kommunikationsbereich. In: *Fachklinik Oldenburger Land: Konzeption – Abteilung to Hus*, 56-61
- Gärtner, S. (2003): Sucht bei geistig behinderten Menschen. *Wiss. Hausarbeit PH Heidelberg*
- Gerlinghoff, M./ Backmund, H./ Mai, N. (Hrsg. 1993): *Magersucht und Bulimie, Verstehen und bewältigen*, Stuttgart: Beltz Verlag, Ratgeber Psychologie
- Hahn, M.T. (1981): *Behinderung als soziale Abhängigkeit. Zur Situation schwerbehinderter Menschen*. München
- Haisch, W. (1988): Kognition dargestellt an der Entwicklung der sensomotorischen Intelligenz. In: Schermer, F.J. (Hrsg.): *Einführung in Grundlagen der Psychologie*. Würzburg, 13-71
- Haisch, W. (1993): *Pädagogische Grundlagen der Betreuung behinderter Menschen. Skizze qualitativer Standards*. München: Arbeitspapier, unveröff.
- Harsch, H. (1982): *Alkoholismus – Schritte zur Hilfe für Abhängige, Angehörige und Freunde*, München: Gütersloher Verlagshaus
- Hinterhuber, H./ Fleischhacker, W. (1997): *Lehrbuch der Psychiatrie*. Stuttgart: Thieme Verlag
- Kahlweit, Cathrin (2006): Gefangen im Märchenland. Viele Süchtige bestreiten ihre Abhängigkeit vom Computer, Angehörige und Ärzte machen sich umso mehr Sorgen. In: *Süddeutsche Zeitung* (57), 3
- Kane, J.F./Nössner, C. (2003): Selbstverletzendes Verhalten und Juckreiz. Eine Herausforderung für die Kooperation zwischen Pädagogik, Psychologie und Medizin. In: Kane, J.F./ Klauf, Th. (Hrsg.): *Die Bedeutung des Körpers für Menschen mit geistiger Behinderung. Zwischen Pflege und Selbstverletzung*. Heidelberg: Universitätsverlag Winter, 149-176
- Klauf, Th. (2001): *Das GBM-Handbuch zum EDV-gestützten Verfahren zur Gestaltung der Betreuung von Menschen mit Behinderungen*. Hrsg. von Theo Klauf; Hartmut Schumm, Bundesverband Evangelische Behindertenhilfe (BEB). Reutlingen
- Klauf, Th (2003a): Selbstverletzendes Verhalten – weshalb schädigen Menschen ihren Körper? In: Kane, J.F./ Klauf, Th. (Hrsg.): *Die Bedeutung des Körpers für Menschen mit geistiger Behinderung. Zwischen Pflege und Selbstverletzung*. Heidelberg: Universitätsverlag Winter, 177- 243
- Klauf, Th. (2003b): Sucht – (k)ein Thema der Pädagogik für Menschen mit geistiger Behinderung? In: Klauf; Th. (Hrsg.): *Geistige Behinderung und Sucht. Eine Herausforderung im Spannungsfeld von Selbstbestimmung und Fürsorge. Dokumentation der Arbeitstagung der DGSGB am 16.05.2003 in Kassel*, 30-40
- Klauf; Th. (Hrsg. 2003c): *Geistige Behinderung und Sucht. Eine Herausforderung im Spannungsfeld von Selbstbestimmung und Fürsorge. Dokumentation der Arbeitstagung der DGSGB am 16.05.2003 in Kassel*
- Klauf, Th. (2004): Welche Rolle spielt Suchtverhalten für Menschen mit geistiger Behinderung? In: *Behindertenpädagogik* (43) 4, 393-407
- Klauf, Th. (2005<sup>2</sup>): *Ein besonderes Leben. Grundlagen der Pädagogik für Menschen mit geistiger Behinderung*. Heidelberg: Universitätsverlag Winter

- Klauß, Th. (2006): Menschen mit schweren Behinderungen im Spannungsfeld unterschiedlicher Interessen. In: Geistige Behinderung Heft 1
- Kraus, D./ Duprée, Th./ Bölskei, P.L. (2002): Gesundheitsförderung und Suchtvorbeugung in der Grundschule: Klasse2000 in Baden-Württemberg. In: Informationsschrift des Instituts für Weiterbildung der PH Heidelberg (63) 19-28
- Kretschmann-Weelink, M. (2003): Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Begleitung von Menschen mit geistiger Behinderung und Suchtproblematik - Anforderungen und notwendige Kompetenzen. In: Klauß; Th. (Hrsg.): Geistige Behinderung und Sucht. Eine Herausforderung im Spannungsfeld von Selbstbestimmung und Fürsorge. Dokumentation der Arbeitstagung der DGSGB am 16.05.2003 in Kassel, 20-29
- Landesinstitut für Schule und Weiterbildung (Hrsg. 1988): Sucht- und Drogenvorbeugung in der Schule, Baustein 1: Konzeption zur Suchtvorbeugung in der Schule, Soest
- Lebenshilfe-Zeitung (1998): Alkoholabhängig – und was dann? Zu wenig Hilfe für suchtkranke Menschen mit geistiger Behinderung. Lebenshilfe-Zeitung, Heft 4
- Lingg, A. (1998) Geistig Behinderte in der Valduna 1862.1995. In: Theunissen, G. (Hrsg.): Entospitalisierung ein Etikettenschwindel?. Bad Heilbrunn, 240-260
- Lottman, T. J.(1993): Access to generic substance abuse services for persons with mental retardation In: Journal of alcohol and drug education 39, S. 41-55
- Meyer (2003): Glücksspiel - Zahlen und Fakten, Jahrbuch Sucht
- Otto, M. (1996): Psychotherapie süchtigen Verhaltens bei geistig behinderten Menschen. In: Lotz, W. (Hrsg.): Wege zur seelischen Gesundheit für Menschen mit geistiger Behinderung. Psychotherapie und Persönlichkeitsentwicklung – Arbeiten zur Theorie und Praxis der Rehabilitation in Medizin, Psychologie und Sonderpädagogik, Band 41, 301-317
- Reker, M. (2003): Sucht und Missbrauch – eine kurze Einführung. In: Klauß; Th. (Hrsg.): Geistige Behinderung und Sucht. Eine Herausforderung im Spannungsfeld von Selbstbestimmung und Fürsorge. Dokumentation der Arbeitstagung der DGSGB am 16.05.2003 in Kassel, 3-11
- Resch, F./Kurwautz, A./Schuch, B./Lang, E. (1993): Kann Selbstverletzung als süchtiges Verhalten bei Jugendlichen angesehen werden? In: Z. Kinder-Jugendpsychiat. (25) 253-259
- Schinner, P. (2000): Beratung alkoholgefährdeter Menschen mit geistiger Behinderung. In: Fachdienst der Lebenshilfe, Heft 3
- Schinner, P. (o.J.): Alkoholismus bei Menschen mit geistiger Behinderung [http://www.lebenshilfe.de/fachfragen/fachd/fd3\\_00/Alkoholismus%20bei%20Menschen%20mit.htm](http://www.lebenshilfe.de/fachfragen/fachd/fd3_00/Alkoholismus%20bei%20Menschen%20mit.htm). Unveröff. Vortrag 2000, Internetentnahme 1.5.03
- Schliep, R. (1996): Die Behandlung von Suchtkranken mit intellektuellen Einschränkungen und/ oder Kontakt – u. Kommunikationsschwierigkeiten. Vortrag, unveröffentl.
- Schliep, R (1998). „Alkoholabhängig – und was dann?“ Interview in: Lebenshilfezeitung Heft 4
- Schliep, R. (1999): Flucht in die Sucht. Alkoholtherapie bei Menschen mit einer geistigen Behinderung. In: Zusammen (19) Heft 3, 34-36
- Schliep, R. (2003): Stationäre Alkoholentwöhnung bei Menschen mit intellektuellen Einschränkungen - Vorstellung eines spezialisierten Konzeptes – In: Klauß; Th. (Hrsg.) (2003): Geistige Behinderung und Sucht. Eine Herausforderung im Spannungsfeld von Selbstbestimmung und Fürsorge. Dokumentation der Arbeitstagung der DGSGB am 16.05.2003 in Kassel, 52-58
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2000): Fachserie 12: Gesundheitswesen, Reihe S. 3: Fragen zur Gesundheit 1999. Stuttgart
- Theunissen, T. & Schubert, M. (2006): Alkoholismus und geistige Behinderung. In: Henniscke, K. (Hrsg.): Psychologie und Geistige Behinderung. Dokumentation der Fachtagung der DGSGB vom 29.9. bis 1.10.2005 in der Pädagogischen Hochschule Heidelberg. Materialien der DGSGB Band 12. Berlin

## Anhang

### Interventions- und Behandlungsmöglichkeiten bei Menschen mit geistiger Behinderung

Rita Schliep (1996; 1998), eine Therapeutin an der Fachklinik Oldenburger Land, einer Klinik für Suchterkrankungen<sup>9</sup>, verfügt über Erfahrungen mit Sucht und Suchttherapie bei Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen. Ein Heft des Fachdienstes der Lebenshilfe (2000) befasste sich mit dem Thema, und im Rahmen von Veranstaltungen der Lebenshilfe Berlin befasst sich Schinner (2000) mit Suchtprävention etc. (vgl. Schliep 1998).

Angaben zur Intervention und Behandlung bei Menschen mit geistiger Behinderung finden sich in der Literatur noch seltener als zur Häufigkeit von Suchtverhalten. Nach Schliep (2003) unterscheidet sich ihre Behandlung nicht grundsätzlich vom Vorgehen bei Personen ohne kognitive Beeinträchtigungen. Grundsätze, die beispielsweise bei Alkoholismustherapien anerkannt sind, spielen auch hier eine zentrale Rolle:

- Das Prinzip der Abstinenz,
- die Erhöhung von Kompetenz und Lebensqualität,
- die Notwendigkeit langzeitiger Therapie,
- die Berücksichtigung psychischer Hintergrundfaktoren und von Folgestörungen, und
- das Einbeziehen des sozialen Umfeldes in den Behandlungsprozess (Hinterhuber & Fleischhacker 1997, 206).

Bei der psychotherapeutischen Behandlung spielen insbesondere die Verbesserung des Realitätsbezugs, eine Korrektur des Selbstbildes, die Analyse von Konflikt- und Problemlösestrategien und das Aneignen alternativer Verhaltensformen eine vorrangige Rolle (ebd. 207). Suchttherapie und -prävention müssen daneben jedoch auf besondere Bedürfnisse, Möglichkeiten des Verstehens und der Kommunikation der kognitiv beeinträchtigten Menschen zugeschnitten sein und mehr Selbstbestimmung zum Ziel haben, vor allem jedoch im Bereich des Gesellschaftlichen und Sozialen ansetzen (Eisner 1995). Die Aneignung von Kompetenzen im Bereich der Interaktion und Kommunikation steht im Mittelpunkt. Es geht darüber hinaus um die Befähigung, Krisen und Wünsche bemerkbar zu machen, Hemmungen, Ängste, und Misstrauen im Kontakt zu abzubauen, eigene Grenzen kennen zu lernen, die eigene Suchtentwicklung zu begreifen und sich damit auseinander zu setzen, seine Frustrationstoleranz zu stärken und eigene Defizite wahrzunehmen und zu akzeptieren. Besonders muss dabei die besondere Kränkbarkeit und oft geringe Frustrationstoleranz vom Menschen mit geistiger Behinderung beachtet werden. Die Fachklinik Oldenburger Land<sup>10</sup> schließt von ihren Angeboten allerdings Patienten mit einer sehr schweren Minderung der intellektuellen Leistungsfähigkeit aus. Ihre PatientInnen weisen folgende Eigenschaften auf:

- Einschränkung der intellektuellen Leistungsfähigkeit,
- erheblich eingeschränkte Kontakt- und Kommunikationsfähigkeit,
- hirnorganische Beeinträchtigung,
- massive Selbstwertproblematik,
- ausgeprägte Hemmungen und/oder Ängste,
- Überforderung,
- mangelhafte Förderung.

Eine wichtige Voraussetzung zur Behandlung dieser Patienten ist, dass sie Leidensdruck verspüren und eine gewisse Eigenmotivation mitbringen. Es sollte sich um rehabilitationsfähige Patienten handeln. Die Behandlung erfolgt in kleinen Gruppen, da sich manche geistig behinderte Menschen vom Niveau und Tempo, in dem vorgegangen wird, überfordert fühlen und dadurch gehemmt sind, sich in der Gruppe zu äußern, wobei die Phasen der Suchtentwicklung und die der Entwöhnung des Stoffes denen nicht geistig behinderter Menschen gleich sind.

---

<sup>1</sup> Quelle: Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 2000, Sucht - Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis, 47, Sonderheft 1

<sup>2</sup> Nach den Ergebnissen des Microzensus 1999 bezeichnen sich fast 20 Mio. der über 15-Jährigen (28,3%) als Raucher, 11,7 Mio. Männer (34,75 %) und 8,0 Mio. Frauen (22,2%). Quelle: Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Fachserie 12: Gesundheitswesen, Reihe S. 3: Fragen zur Gesundheit 1999. Metzler-Poeschel, Stuttgart 2000

<sup>3</sup> „Süchtig mache, sagen Experten, der ‚flow‘, das Gefühl, alles sei im Fluss, Aufgabe um Aufgabe könne gelöst, Sieg um Sieg errungen werden, der Gedanke ans Aufhören werde unterträglich“ (ebd. 3).

<sup>4</sup> Schädlichkeit für den Einzelnen und die Gesellschaft, diese hindert jedoch nicht an der Fortsetzung des Verhaltens.

<sup>5</sup> Alkoholmissbrauch wird beispielsweise auch schon in der Bibel erwähnt („voll des süßen Weins“).

<sup>6</sup> vgl. Edgerton 1986; Christiqn & Poling 1997; Longo 1997, 61; Brennt-Lynch 1997; Lingg 1998; Deb et al. 2001, 83 nach Theunissen & Schubert 2006

<sup>7</sup> Somit kann davon ausgegangen werden, dass nach Ansicht der befragten Mitarbeiter 10,9% der Bewohner einen „riskanten Alkoholkonsum“ aufweisen.

<sup>8</sup> Alkohol, Nikotin, Entspannungs- u. Beruhigungsmittel, Schmerz- u. Betäubungsmittel, Kokain, Heroin, Cannabis, Amphetamine/ Ecstasy, Halluzinogene, Fernsehkonsum, Internetkonsum, Glücksspiel, Extreme Formen von Essen und andere

<sup>9</sup> Infos im Internet: [www.fachklinik-oldenburger-land.de](http://www.fachklinik-oldenburger-land.de)

<sup>10</sup> Sie verfügt über 90 Plätze, die Wartezeit beträgt ungefähr sieben Wochen, der Aufenthalt dauert zwischen vier bis sechs Monaten und das therapeutische Angebot umfasst sowohl Entzugs- und Entwöhnungsbehandlung als auch Elemente der Nachsorge.