

Sucht – (k)ein Thema für Menschen mit geistiger Behinderung? Pädagogische Sicht

Abstract

Theo Klauß: Sucht – (k)ein Thema für Menschen mit geistiger Behinderung? Pädagogische Sicht.

Ist Sucht ein Thema der Pädagogik, die sich mit Menschen mit geistiger Behinderung beschäftigt? Menschen mit geistiger Behinderung sind auf pädagogische Angebote insofern angewiesen, als es um Entstehungsbedingungen, das Verständnis und die Prophylaxe von Suchtverhalten geht. Ihre spezifische Vulnerabilität in Bezug auf die Suchtentwicklung hat etwas mit eingeschränkten Kompetenzen und deren beschränkter Bildung, aber auch mit ihren konkreten Lebensbedingungen und deren Anforderungen zu tun. Deshalb ist zu fragen, was Pädagogik zum Verständnis der Sucht, ihrer Bedingungen und ihrer subjektiven Logik beitragen und wie sie Handeln begründen kann, pädagogisches, aber auch ein mit anderen Disziplinen kooperierendes.

Der Weinstock hat drei Trauben: die erste bringt die Sinneslust, die zweite den Rausch, die dritte das Verbrechen“ (Epitet, 60-140 n.Ch.).

Sucht = etwas Normales?

Suchtverhalten existiert in westlichen Gesellschaften in sehr verschiedenen Varianten, von der Alkohol-, Medikamenten- und Nikotinabhängigkeit (stofflich) über Spiel- und Erlebnissucht (nicht stofflich) bis zu suchtartigem Essverhalten (vgl. Magersucht und Bulimie). Abhängigkeiten sind in unserer Gesellschaft so verbreitet ist, dass man fragen kann, ob Suchtverhalten nicht fast etwas Normales ist. Dessen Merkmale 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,
- eine Tendenz zur Dosissteigerung und Toleranzentwicklung,
- zunehmende Vernachlässigung anderer Interessen (nach Reker 2003; vgl. ICD 10).

Wie viele Menschen illegale Rauschmittel nutzen würden, wenn dies nicht sanktioniert wäre, ist unbekannt. Mindestens 3% der Bundesbürger gelten als alkoholabhängig, mit deutlich zu-

nehmender Tendenz (RNZ 10.01.14), etwa 11% zeigen „riskanten Gebrauch“, und der Anteil der Raucher an der Bevölkerung Deutschlands liegt bei etwa einem Drittel, Medikamentenabhängigkeit ist vor allem bei älteren Menschen verbreitet. Zu Abhängigkeiten ohne Nutzung von Substanzen fehlen verlässliche Angaben. Auf der Basis der Therapienachfrage in ambulanten Suchtberatungsstellen (2001) werden bis zu 130.000 beratungs- und behandlungsbedürftige SpielerInnen in Deutschland geschätzt (vgl. Meyer 2003), und eine Studie der Humboldt-Universität zu „Stress und Sucht im Internet“ kam „auf etwa 3,5% Süchtige unter allen Nutzern“ des WWW (Kahlweit 2006, 3). Nicht zu übersehen ist, dass auch die Arbeit zu einer Sucht werden kann („Workoholics“).

Zu unterscheiden sind dabei Abhängigkeit, die ich eben definiert habe, und „Missbrauch [...] wenn sich mindestens eines der vier folgenden Kriterien wiederholt in den letzten zwölf Monaten zeigte:

- Erhebliche Probleme bei der Haushaltsführung, in der Familie, am Arbeitsplatz oder in der Schule wegen Suchtmittelgebrauch
- Suchtmittelgebrauch in gefährlichen Situationen (z.B. selbstgefährdendes Verhalten im Straßenverkehr)
- Probleme mit dem Strafgesetz als Folge von Suchtmittelgebrauch
- Soziale und zwischenmenschliche Probleme wegen Suchtmittelgebrauch“ (Heinz 2011, 25).

Sucht von Menschen mit geistiger Behinderung – ein Thema für die Pädagogik?!

Inwiefern ist Sucht ein Thema der Pädagogik, die sich mit Menschen mit geistiger Behinderung beschäftigt? Pädagogik ist die Wissenschaft von der Bildung, von der schulischen Bildung ebenso wie der lebenspraktischen, also der Ausbildung von Kompetenzen zur Lebensbewältigung im weitesten Sinne. Menschen mit geistiger Behinderung sind auf pädagogische Angebote zumindest insofern angewiesen, als es um Entstehungsbedingungen und Prophylaxe von Suchtverhalten geht. Ihre spezifische Vulnerabilität in Bezug auf die Suchtentwicklung hat etwas mit eingeschränkten Kompetenzen und deren beschränkter Bildung, aber auch mit ihren Lebensbedingungen und deren Anforderungen zu tun. Konkret sollte Pädagogik etwas zum Verständnis der Sucht, ihrer Bedingungen und ihrer subjektiven Logik beitragen können: Was haben Bildung(sangebote) und Sucht miteinander zu tun? Und sie sollte Handeln begründen können, pädagogisches, aber auch ein mit anderen Disziplinen kooperierendes.

Häufigkeiten und Formen von Suchtverhalten bei Menschen mit geistiger Behinderung

Menschen mit geistiger Behinderung können süchtig werden, denn dies setzt keine besonderen kognitiven Kompetenzen voraus. In einer „repräsentativen Vollerhebung“ in allen Einrichtungen der Behinderten- und Suchthilfe in Sachsen-Anhalt (Theunissen & Schubert 2006, 182) zum Alkoholkonsum von Menschen mit geistiger Behinderung in Wohneinrichtungen wurden von 2560 Nutzern 6,7% als „alkoholgefährdet“ und 4,2% als „alkoholabhängig“ eingestuft. Nach einer Befragung im Jahr 2008 bei der holländischen Einrichtung „Tactus“ (Suchthilfe) mit allen Mitarbeitern in Twente, einem Gebiet mit circa 50.000 Einwohnern berichten die Mitarbeiter“ von 144 Klienten mit Substanzgebrauch und geistiger Behinderung, was ungefähr 6,5% der Gesamtzahl der Klienten in dieser Region entspricht“ (van Dijk, van der Nagel, Ouden 2011)

Nach einer online-Erhebung in NRW (2011) „ist zu vermuten, dass für ganz Deutschland [...] eine „Normalisierung“ der Lebenswelt von Menschen mit geistiger Behinderung im Bereich Substanzmissbrauch und -abhängigkeit erreicht wurde. Die Prävalenzzahlen unterscheiden sich nicht grundlegend von denen der Normalbevölkerung. Dies scheint auch für Cannabis zu gelten“ (Hörning & Kretschmann-Weelink 2011). Diese Daten lassen auch den Schluss zu, „dass nicht nur legale Substanzen von Menschen mit einer geistigen Behinderung konsumiert werden, sondern dass auch im Konsumverhalten eine Angleichung an die Durchschnittsbevölkerung stattgefunden hat. Die Hypothese, dass Menschen mit einer geistigen Behinderung kaum Gelegenheit haben, sich mit illegalen Substanzen zu versorgen, muss offensichtlich verworfen werden.“ (ebd.)

Neben den stoffgebundenen sollten jedoch besonders auch nicht stoffgebundene Formen beachtet werden. Bei einer Onlinebefragung von Einrichtungen der Behindertenhilfe in NRW von 2011 (Hörning & Kretschmann-Weelink 2011) werden bei der Frage, für wie häufig die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die genannten problematischen Verhaltensweisen bei Menschen mit geistiger Behinderung halten, bei etwa einem Drittel zu viel Fernsehen, Koffeinkonsum und auch problematisches Ernährungsverhalten (38%) genannt (siehe Abb. 2). Mit 14,5% wird auch Telefonieren/SMS relativ häufig angegeben.

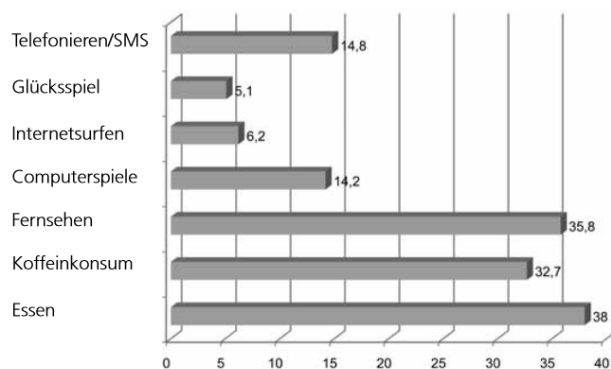


Abb. 2: Nicht stoffgebundenes Problemverhalten (Hörning & Kretschmann-Weelink 2011, 35)

Bedingungen und Folgen

Suchtverhalten hat natürlich Folgen, wobei es sich um einen Teufelskreis aus Bedingung und Folgen handeln dürfte: Nach van Dijk u.a. weisen Sucht-Klienten mit geistiger Behinderung komplexe finanzielle, arbeits- und wohnungsbezogene Probleme auf, außerdem soziale Probleme im zwischenmenschlichen Bereich wie etwa durch beleidigendes Verhalten (van Dijk, van der Nagel, Ouden 2011).

Bemerkenswert ist auch, dass – nach einem Hinweis von Buschkämper (2011, 42) laut „Behandlungsleitlinie zur Behandlung forensischer Patienten mit einer Intelligenzminderung (Stand 15.06.10)“ des nordrhein-westfälischen Maßregelvollzugs (DER LANDESBEAUFTRAGTE FÜR DEN MAßREGELVOLLZUG IN NORDRHEIN-WESTFALEN, 2010) „80% (!) der intelligenzgeminderten Patienten im NRW-Maßregelvollzug auch eine erkennbare Suchtproblematik aufweisen. Das heißt, wenn Personen mit einer Intelligenzminderung mit so schweren Straftaten auffällig werden, dass eine Einweisung in den Maßregelvollzug erfolgt, dann liegt weit überwiegend auch eine Suchtproblematik vor“ (ebd.).

Fragt man nach spezifischen Bedingungen, die zu Suchtverhalten bei Menschen mit geistiger Behinderung führen können, kann man solche unterscheiden, die in der sozialen Umgebung und bei den Personen selbst liegen.

In der Umgebung und in der Person liegende Bedingungen

In verschiedenen Veröffentlichungen wird darauf hingewiesen, dass mit der Zunahme kleiner, ambulanter Wohn- und Betreuungseinheiten das Risiko von Alkohol- und Drogenmissbrauch erheblich zunimmt (vgl. Lottman 1993 nach Beer 2003) und dass dies wegen der größeren Unabhängigkeit der Menschen auch eher unentdeckt bleibe (Degenhardt 2000 nach Beer 2003). Nach verschiedenen Studien ist der Anteil der Personen mit Intelligenzminderung, die

Alkohol oder Drogen nehmen, in offenen Wohnformen größer ist als in geschlossenen. Das könnte dadurch erklärt werden, dass Menschen mit Behinderungen „intensiver sozialisiert“ wurden und sich stärker durch abschreckende Folgen des Substanzmissbrauchs zurückhalten lassen, und dass ihnen der Zugang bspw. durch die hohen Kosten erschwert ist (Edgerton 1986 nach Beer 2003).

Solche Umgebungsbedingungen wirken in Verschränkung mit individuellen Faktoren, die charakteristisch sind für eine geistige Behinderung: Die Bemühungen um Deinstitutionalisierung und Inklusion in den letzten Jahrzehnten führt zu mehr persönlicher Freiheit und der größeren Chance der Selbstverwirklichung. Damit werden aber auch die Einschränkungen relevanter, die zu einer Suchtgefährdung beitragen und bei intensiverer Betreuung und Begleitung von anderen stärker kompensiert werden. Diese spezifische Vulnerabilität hat wohl zu tun mit:

- größere Probleme, mit Rausch, Intoxikationsfolgen und Craving umzugehen und können ihr
- unzureichenden Problemlösungsstrategien
- mangelnden Fähigkeiten einer Selbstkontrolle
- fehlendem Vertrauen in eigene Ressourcen
- Schwierigkeiten, die Folgen übermäßigen Suchtmittelkonsums vorzusehen und ihr Verhalten an langfristigen Konsequenzen zu orientieren
- unzureichenden sozialen Kompetenzen wie z.B. fehlende Verweigerungsfähigkeiten
- fehlendes Wissen zu Substanzgebrauch und den damit verbundenen Risiken (nach van Dijk et. al 2011 und Heinz 2011).

Besondere Bedeutung dürften dabei die Beeinflussbarkeit und die soziale Isolation haben. Auf letztere weist zu Recht die BRK (UN 2008) hin. Wer in einer ganz ‚normalen‘ Umgebung lebt, kann erheblich exkludiert, also von sozialen und kommunikativen Beziehungen ausgeschlossen und nicht wertgeschätzt werden, keine wichtige soziale Rolle erleben. Diese würde soziale Vernetzungen erfordern, deren Bildung durch die kognitive Beeinträchtigung (auch eine damit zusammenhängende begrenzte Attraktivität für Sozialkontakte) ebenfalls erschwert ist. Ein geringes Selbstwertgefühl kann zu einem „größeren Einfluss von Peers und zu Substanzgebrauch zur „Selbstmedikation“ führen (van Dijk et al. 2011, 15). Der Wunsch nach Zugehörigkeit kann die Bereitschaft befördern, sich über die Beteiligung am Trinken, Rauchen, Drogenkonsum als zugehörig auszuweisen. Möglicherweise sind vor allem Menschen mit leichter Intelligenzminderung hier sehr suggestibel und bereit, durch Nachahmung zu ler-

nen ohne ausreichende kritische Distanz und Reflexion der Folgen. Wenn dann trotzdem die Erfahrung von sozialer Ausgrenzung und Fremdsein bleiben und wahrgenommen werden, können – so Heinz 2011, „bei entsprechender Disposition reaktive Depressionen resultieren, die mittel- bis langfristig in abhängiges Konsumverhalten übergehen können.“ (Heinz 2011, 25 f.). Sie geben z.B. häufiger als andere Befragte an, zu trinken, weil es die anderen tun oder weil sie nicht ausgelacht werden möchten. (vgl. Beer 2003)

Relevant sind hier aber auch „mangelnde Erfahrung im Umgang mit Suchtmitteln [...] und kaum vorhandene Präventionskonzepte“ (Hörning & Kretschmann-Weelink 2011).

Wenn Inklusion und Deinstitutionalisierung mit einer Reduzierung von Begleitung und Unterstützung einhergehen, dann kann dies zu einer Orientierungslosigkeit führen, die wiederum Suchtverhalten begünstigen kann.

Zusammenhang mit Betreuungsintensität

Insgesamt kann davon ausgegangen werden, dass Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung mehr sozialer Einflussnahme ausgesetzt sind. Dies kann auf die Suchtentwicklung die Auswirkung haben, dass sie sich stärker beeinflussen lassen, sich am Substanzmissbrauch zu beteiligen – sie können offenbar aber auch durch intensivere Begleitung durch die sie Betreuenden stärker beeinflusst werden, z.B. keinen Alkohol zu konsumieren. Einige Studien belegen tatsächlich einen – negativen – Zusammenhang mit der Betreuungsintensität: Zunächst variiert der Konsum in verschiedenen Einrichtungen stark. Nach van Dijk et al. (2011) haben „in einigen kleineren Einrichtungen [...] die Klienten kaum jemals Alkohol konsumiert, wogegen in manchen Einrichtungen bis zu 90% der Klienten Alkohol konsumierten.“ (17). Eine Internetbefragung in NRW 2011 umfasste ca. „4.000 Anschreiben an Träger, Werkstätten, ambulante und stationäre Wohnformen sowie Suchthilfeeinrichtungen und Mails an LWL und LVR, Psychiatriekoordinatoren und Suchthilfeeinrichtungen mit der Bitte um Weiterleitung und Bekanntmachung.“ Der Fragebogen wurde „1.129 Mal aufgerufen, 895 Fragebögen konnten ausgewertet 32 werden. 780 wurden von Mitarbeitern der Behinderten- und 115 von Mitarbeitern der Suchthilfe ausgefüllt“ (Hörning & Kretschmann-Weelink 2011). Fast zwei Drittel der Befragten (66,7%) gaben hier an, dass der Substanzgebrauch von Menschen mit einer geistigen Behinderung bereits zu Problemen in der eigenen Einrichtung geführt habe mit deutlichen einrichtungsspezifischen Unterschieden (Abb.1): Vor allem in Werkstätten (ca. 70% hatten bereits solche Probleme) und im ambulant betreuten Wohnen (< 70%), hingegen gibt das nur etwas mehr als der Hälfte der Beschäftigten von Außenwohngruppen und Wohn-

stätten an. Das spricht dafür, „dass mit abnehmender Betreuungsintensität das Risiko für Substanzmissbrauch zunimmt“. (ebd.)

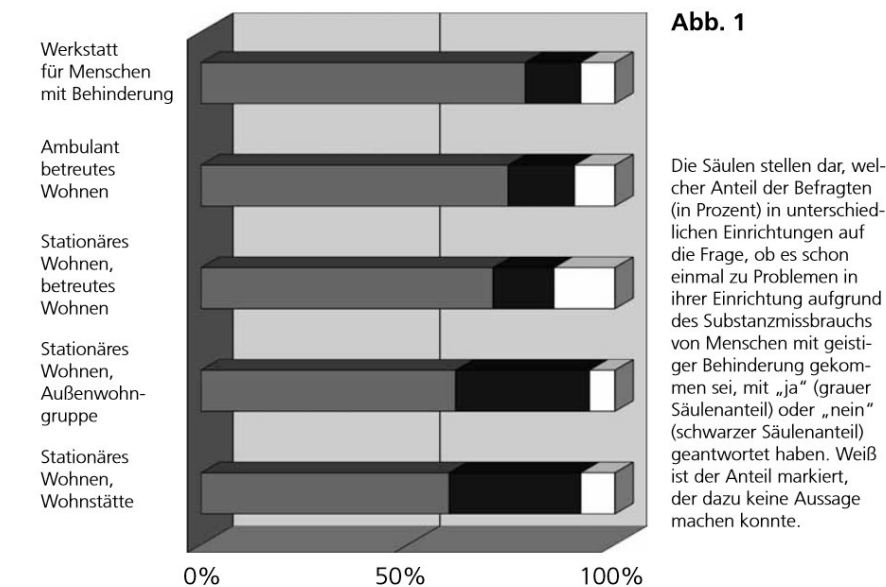


Abb. 1: Probleme durch Substanzmissbrauch in der Einrichtung. (Hörning & Kretschmann-Weelink 2011)

Die subjektive Logik der Suchtentwicklung bei Menschen mit geistiger Behinderung

„Schließlich hat jede Droge etwas zu bieten: Alkohol nimmt dem Schüchternen seine Hemmungen, dem Furchtsamen die Angst. Dem Unglücklichen hebt er die Stimmung und betäubt seinen Schmerz“ (Klein 2008, 76f.)

Versuchen wir nun einmal die Perspektive der Menschen einzunehmen, die zu diesem Mittel ‚greifen‘. Unterstellen wir, dass es so etwas wie eine subjektive Logik dabei gibt. Gehen wir davon aus, dass auch Suchtverhalten einen Versuch darstellt, sein Leben zu leben und zu bewältigen und fragen wir damit nach möglichen Erklärungen. Die bisher 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 begrenzte Voraussetzungen in ihren kognitiven und sozioemotionalen Kompetenzen.
- Andererseits hängt ein möglicher Suchtmittelmissbrauch 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.

Welche pädagogischen Konsequenzen folgen 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, die gerade auch bei offenen Wohn- und Betreuungsformen in ausreichendem Maße bereitgestellt werden müssen.

Suchtverhalten als widersprüchliche Kompetenz?!

"Buchstäblich alles, was Freude macht, eignet sich als Gegenstand einer Abhängigkeit.¹" (Klein 2008, 80).

Bei der Frage nach einem sinnvollen pädagogisch begründeten Umgang mit Menschen mit Suchtverhalten möchte ich gern eine weitere Sichtweise ansprechen. Mir scheint ein Verständnis, das Abhängigkeit vor allem als Folge von Problemen und Störungen sieht, zu eng zu sein. Suchtverhalten kann als eine Art widersprüchlicher Kompetenz verstanden werden, als ein Können, durch das man sich zugleich schadet.

Menschen haben Probleme, erleben Einschränkungen, fühlen sich nicht anerkannt, geraten in Konflikte, und versuchen damit zurechtzukommen. Sie greifen zu den Mitteln, die ihnen verfügbar sind oder die sie bei Vorbildern in ihrer Umwelt, aus Medien etc. sehen. Sie finden Möglichkeiten der Problemlösung, die durchaus – zumindest kurzfristig – effektiv sind. Der Blick auf die ‚Kompetenz-Seite‘ des Suchtverhaltens erklärt teilweise, weshalb es so schwer ist, davon zu lassen: Es hat eine individuelle, subjektive Bedeutung.

In der Studie von Theunissen und Schubert (2006) werden als Konsummotive von Menschen mit geistiger Behinderung einerseits ähnliche Gründe benannt wie in allgemeinen Erhebungen, nämlich Entspannung, Geselligkeit, die Nutzung als „Betäubungsmittel“ und als Antidepressivum. Spezifisch erscheinen hier aber Gründe, die etwas mit der Selbstwahrnehmung des „Andersseins“ zu tun hatten. Alkohol kann beispielsweise als ‚Hilfe‘ erlebt werden bei psychischen Störungen wegen Diskriminierung, eingeschränkter Kommunikation, mangelnder Integration, eingeschränkter Selbstbestimmung (nach Theunissen & Schubert 2006).

Nach Buschkämper (2011) kann der Suchtmittelkonsum kann „sowohl die Funktion einer Selbstmedikation (Spannungslösung, Dämpfung, Stimmungsmodulation) als auch die einer sozialen oder statusbezogenen Bewältigungsstrategie haben (z.B. gemeinsamer Konsum als „Gelegenheit, dazuzugehören“, Substanzwirkung als „Hemmungs-Löser“, zur „Angleichung

des kognitiven Niveaus und der Argumentationsmöglichkeiten“ oder als Erlebensebene (von Autonomie etc.).“

Eine besondere Relevanz kann hier die negative Verstärkung haben, also die Erfahrung, dass sich durch den Substanzmissbrauch negative Zustände, Anforderungen etc. vermeiden lassen. Dies gilt vor allem vor dem Hintergrund, dass ähnliche wirksame Bewältigungskompetenzen nicht ausgebildet werden konnten und verfügbar sind (vgl. ebd.).

Diese subjektive Bedeutung zu realisieren führt zugleich zu einer ersten Antwort auf die Frage, welche pädagogischen Angebote notwendig sind, um Suchtverhalten zu überwinden oder ihm vorzubeugen. Die Sinnzuschreibung meint keine Leugnung der problematischen Folgen. Für den Süchtigen und seine Umgebung kann die Abhängigkeit erhebliches Leid bedeuten, Entwicklung verhindern, sie löst Probleme, indem sie neue schafft und gleicht damit dem Kampf gegen eine Hydra, der immer neue Schlangenköpfe nachwachsen: Das Abschlagen ist kurzfristig effektiv, erzeugt aber ständig neue Probleme.

Genießen können

Möglicherweise geht es bei Suchtverhalten nicht nur um eingeschränkte Kompetenzen zur Bewältigung von Störungen und Problemen. Möglicherweise kann es sich – auch bei Menschen mit geistiger Behinderung – um den Versuch handeln, 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. Die Logik der Sucht kennen wird doch alle zumindest im Ansatz. 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‘. Sie sind unterhaltsam, gut gegen Langeweile und können ein ‚gutes Gefühl‘ vermitteln.

Bei jedem Genussmittel ist eine Suchtentwicklung möglich, vom Alkoholismus über die Spielsucht bis zur Essstörung. Nichts davon ist ‚an sich‘ problematisch, im Gegenteil: Alle diese Möglichkeiten, wie Alkohol trinken, spielen, essen, bereichern das Leben, machen es lebenswert, unterhaltsam. Ohne solche Aktivitäten wäre es trist. Es ist eine anthropologische Notwendigkeit, dass Menschen solche Möglichkeiten finden und nutzen. Neben Genuss und Unterhaltung haben Genussmittel den zusätzlichen Vorteil, dass sie auch Probleme, Anspannung und Belastungen bewältigen helfen.

Wie findet man solche Möglichkeiten? Wie eignet man sich entsprechende Aktivitäten und den Genuss von Substanzen (gutes Essen, guter Wein, eine gute Zigarre) an? Man entdeckt

sie. Teilweise selbst, teilweise weil andere einem den Weg dazu weisen. Genussbildung ist Bildung, Aneignung von Kultur. Jeder Genuss birgt jedoch die Möglichkeit in sich, schal zu werden. Wenn man lange genug dasselbe tut, wird es langweilig und verliert seinen Reiz. Das wird – im positiven Fall – zum Grund dafür, sich etwas Neues zu suchen und sich weiterzuentwickeln. Fehlt einem jedoch diese Möglichkeit (mangels Gelegenheit oder wegen eingeschränkter Fähigkeiten), bleibt zum Erhalt des Genusses nur die Steigerung des Reizes. Das scheint mir eine wichtige ‚Logik‘ der Entwicklung einer Abhängigkeit zu sein: Das Bier verliert seine Wirkung, man braucht mehr davon, und Gleiches gilt für das Spiel, die Arbeit, das Essen, die Droge.

Wir brauchen Kompetenzen vielfältigen und selbstbestimmten Genießens. Vermutlich gibt es hier ‚Bildungsdefizite‘ bei Menschen mit geistiger Behinderung. Wo lernt man das Genießen? Buschkämper (2011) weist darauf hin, dass selbst „so ‚banale Zustände‘ wie regelmäßige Langeweile und die Schwierigkeit, jeden Tag aufs Neue mit sich, seiner Zeit und seinen Sozialpartnern nichts anzufangen zu wissen“ als Bedingung der Suchtentwicklung zu beachten sind (Buschkämper 2011, 45). Möglicherweise spielt die fehlende Bildung im Bereich der Unterhaltung, der Tagesgestaltung, aber auch des Eingehens sozialer Beziehungen eine bedeutende Rolle: Bei der Befragung von Mitarbeitern der niederländischen Suchteinrichtung Tactus gab es „Anmerkungen über soziale Risikofaktoren, die zu Substanzkonsum führen bzw. diesen verschlimmern, wie zum Beispiel das Fehlen von Tagesaktivitäten oder sozialen Beziehungen.“ (van Dijk, van der Nagel, Ouden 2011)

Wenn Menschen mit geistiger Behinderung nicht die Gelegenheit haben und nutzen, sich vielfältige Möglichkeiten der Unterhaltung, der Herstellung von Wohlbefinden und der Bewältigung von Problemen, Anspannung und des Erhalts eines positiven Selbstwertgefühls zu verschaffen, sind sie gefährdet, bei den selbst gefundenen und in der Umgebung vorzufindenden ‚Ersatzmitteln‘ zu bleiben, den Konsum zu steigern und davon abhängig zu werden.

Der Ausgangspunkt für eine Abhängigkeitsentwicklung muss also keine Störung, kein Problem sein, sondern die Notwendigkeit für jeden Menschen, etwas zu erleben, für sein Wohlbefinden zu sorgen und Herausforderungen zu bewältigen. Doch weshalb suchen Menschen mit geistiger Behinderung nicht einfach neue Effekte, wenn der erste in seiner Wirkung nachlässt und entwickeln sich dadurch weiter?

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. 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.

3. Vielleicht zeigen andere Menschen zu wenig die Chancen auf, das Repertoire an interessanten, entspannenden, ihnen gefallenden Aktivitäten zu erweitern. Möglicherweise ist auch – wie beim Autismus – der Kontakt zu anderen beeinträchtigt, die das vermitteln könnten. So bleibt man auf sich gestellt und auf das angewiesen, was man alleine entdeckt – und auf dessen Steigerung.

Können auch Menschen mit schwerer und mehrfacher Behinderung süchtig werden?

Diese Frage bleibt meist außen vor. Menschen mit leichter Intelligenzminderung scheinen vor allem suchtgefährdet zu sein, sie verfügen über die Kompetenzen, die auch das Suchtverhalten voraussetzt. Bedeutet dies, dass Menschen mit schwerer und mehrfacher Behinderung keine Sucht entwickeln können? Sucht ist selbstschädigendes Verhalten – im Umgang mit Genussmitteln, die zumindest bedingt positive Wirkungen mit sich bringen. Wie ist das bei schwerer und mehrfacher Behinderung?

Es ist davon auszugehen, dass sie im Bereich der Selbstbewegung und der effektgeleiteten Betätigung (vgl. primäre und sekundäre Kreisreaktionen nach Piaget) Aktivitäten deshalb entfalten, weil sie deren Effekte genießen können und Situationen des Unwohlseins, der Anspannung und Belastung damit bewältigen können. 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, das Verblässen der positiven Wirkungen ihres Verhaltens durch Steigerung zu erhalten, so kann dies zu suchartigem Verhalten führen, das sich bis zur Selbstverletzung steigert. Es ist, wie andere Formen der Abhängigkeit, dadurch charakterisiert, dass der Eindruck besteht, sie könnten nicht davon lassen, selbst wenn es negative Auswirkungen hat (ebd.). Selbstverletzendes Verhalten kann übrigens auch bei Menschen ohne Behinderungen Suchtcharakter haben (vgl. Resch u.a. 1993), und es tritt bei Menschen mit schwerer Behinderung möglicherweise ähnlich häufig auf wie die Abhängigkeit von Suchtmitteln bei Menschen mit geistiger Behinderung insgesamt. Auch bei diesem Personenkreis stellt sich somit die – pädagogische – Frage nach Bil-

dungsmöglichkeiten: Was sollten sie lernen können, um suchtartige Entwicklungen zu vermeiden?

Was tun?

"Der Schlüssel zum Leben ohne Sucht ist, den künstlichen Paradiesen ein farbiges Leben entgegenzusetzen. Viele Betroffene müssen neu lernen, sich etwas Gutes zu tun und dies zu genießen. Zudem gilt es, das von der Drogenkarriere arg ramponierte Selbstwertgefühl zurückzugewinnen. [...] Ein anregendes Leben, Selbstbewusstsein und die Fähigkeit zum Genuss sind entscheidend dafür, dass Menschen nicht wieder oder gar nicht erst abhängig werden" (Klein 2008, 83).

Die allgemeinste Suchtprophylaxe ist die, Dinge und Aktivitäten ‚genießen zu lernen‘. Was folgt daraus für die pädagogische Praxis mit Menschen mit geistiger Behinderung? Sie können Suchtverhalten ausbilden, weil sie an der Bildung von Kompetenzen im Bereich der Alltagsbewältigung und Problemlösung, der Spannungsreduktion und befriedigender sozialer Kontakte und Anerkennung, und auch der Unterhaltung, des Genießens, des körperlich/seelischen Wohlbefindens gehindert sind. Und zwar 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 bereits ausgebildet haben, über welche Stärken sie verfügen. 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, 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 und wie lernen sie, das Essen zu genießen und dabei einen eigenen, ganz individuellen Geschmack zu entwickeln? Dazu gehört beispielsweise auch eine kommunikative Esskultur, eine Mahlzeit, bei der man nicht alles hektisch runter schlingt, sondern sich Zeit nimmt. Wie können sie Freude an der Bewegung entdecken und ausbilden? 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?

Hörning & Kretschmann-Weelink (2011) weisen beispielsweise darauf hin, dass „fehl- und vor allem Überernährung mit allen damit verbundenen gesundheitsgefährdenden Folgen“ ein großes Problem darstellen und andererseits „spezielle Programme zum Erlernen eines gesunden Essverhaltens und auch zur Reduktion von Übergewicht für Menschen mit geistiger Behinderung kaum verbreitet“ sind (ebd.). Andererseits gibt es natürlich viele Programme zur gesundheitlichen Bildung – etwa in der Grundschule –, die man anpassen könnte.

Doch welche Möglichkeiten finden Menschen mit geistiger Behinderung, 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?

Hier ist vieles denkbar – und viel zu wenig vorhanden. Die Erwachsenenbildung, aber auch Dienste und Einrichtungen sollten diese Themen angehen und somit Beiträge zur Suchtprophylaxe leisten.

Interventions- und Behandlungsmöglichkeiten bei Menschen mit geistiger Behinderung

Doch natürlich reichten pädagogische Prophylaxe-Maßnahmen nicht aus. Es braucht auch Angebote, die sich direkt auf die Problematik des und den Umgang mit Missbrauch und Abhängigkeit beziehen.

Angaben zur Intervention und Behandlung bei Menschen mit geistiger Behinderung finden sich in der Literatur noch seltener als zur Häufigkeit von Suchtverhalten. Offenbar beschäftigt sich die Suchthilfe durchaus auch mit Menschen mit Intelligenzminderung und akzeptiert sie als Klienten, und es gibt klinische Angebote zur Behandlung. Nach Hörning & Kretschmann-Weelink 2011 gibt es aber – z.B. in NRW –in Bezug auf stoffgebundenen problematischen Konsum gibt es nach Ansicht der Befragten aus Einrichtungen der Behindertenhilfe zu wenig Angebote für die Klientel. „Nur 15 Prozent der Befragten kennen ein Therapieangebot für Menschen mit einer geistigen Behinderung und einem Substanzmissbrauch oder einer Abhängigkeit. Noch weniger – 11 Prozent - kennen ein Präventionsangebot. Knapp zwei Drittel (62,5%) der Befragten sind der Meinung, ein Präventionsangebot müsse sowohl bei der

Sucht- als auch bei der Behindertenhilfe angesiedelt sein. Leider wird die Kooperation zwischen Sucht- und Behindertenhilfe zum heutigen Zeitpunkt als schlecht beurteilt – durchschnittlich wurde dafür die Schulnote 5,5 vergeben. Der Bedarf an Weiterbildungen zum Thema Sucht und geistige Behinderung wird bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Behindertenhilfe als sehr hoch angegeben. Bevorzugt würden Coaching in der eigenen Institution und externe Weiterbildungsseminare.“ (ebd.) Nach der online-Erhebung in NRW (2011) fühlen sich „beide Hilfesysteme [...] offensichtlich bei bestehender Missbrauchs- oder Abhängigkeitsproblematik überfordert [...] die bislang praktizierte Kooperation in diesem Bereich wird allerdings von beiden Seiten als eher mangelhaft eingeschätzt. Es besteht somit ein Bedarf an Angeboten und Kooperationen.“ (Hörning & Kretschmann-Weelink 2011).

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.

Verantwortung übernehmen für die Veränderung des eigenen Verhaltens

Auf einen dabei bedenkenswerten Aspekt weist Buschkämper (2011) hin: Suchtbehandlung erfordert Übernahme von Verantwortung – „für die Veränderung des eigenen Handelns und der eigenen Haltung“. Doch oft übernehmen die „beteiligten Professionellen“ vorrangig Verantwortung – und monieren zugleich „eine zu geringe Veränderungsmotivation“ bei den Klienten. Auch hier ist noch einmal sinnvoll, auf die mögliche ‚Subjektlogik‘ zu achten: „Das problematische Konsumverhalten findet ja im Kontext und unter den Bedingungen des gegenwärtigen Betreuungsangebotes statt. [...] Möglicherweise ist es im gegebenen Kontext sogar funktional und rational und wird durch das umgebende Hilfesystem – im Sinne einer „institutionellen Co-Abhängigkeit“ begünstigt und mit aufrechterhalten.“ (ebd.). Wie, so ist zu fragen, kann das Verantwortungsbewusstsein der Menschen selbst gestärkt werden? Ist es z.B. gut, wenn ‚natürliche‘ Folgen des Suchtverhaltens abgedeckt werden und damit nicht erfahren werden können? Natürlich darf man Verwahrlosung und Verelendung nicht zulassen, aber es gehört zum Ernstnehmen der Menschen dazu, sie auch Erfahrungen machen zu lassen, die ihre Kompetenz stärkt, Folgen des eigenen Verhaltens wahrzunehmen und zu beachten. Dieser Erkenntnisgewinn kann ja durchaus durch begleitende Beratung etc. unterstützt werden.

Vielleicht noch wichtiger als die Ermöglichung der Wahrnehmung negativer Konsequenzen ist die Frage nach den erfahrbaren positiven Folgen einer Veränderung. „Welche positiven, und von dem Klienten bzw. der Klientin als relevant erlebten Folgen hätten denn eine zuverlässige Abstinenz bzw. Konsumreduzierung? Was kann der Klient / die Klientin eigentlich durch Abstinenz / Konsumveränderung für sich erreichen?“ (ebd.) Doch selbst wenn man – als Begleiter – solche sieht, bedeutet das noch nicht, dass auch der Klient mit Intelligenzmin- derung diese bereits im Blick hat und sie verhaltenswirksam wird. In vielen Fällen muss der Begleiter hier vermutlich auch Verantwortung übernehmen und die „Eigenmotivation [...] zu Beginn des Veränderungsprozesses bei Menschen mit einer geistigen Behinderung [...] durch eine klare Haltung [...]“ substituieren. Es sind also „alle Möglichkeiten zu eruieren und zu nutzen, die in vertretbarer Weise die Kosten des problematischen Konsums für die Person erfahrbar machen und vice versa gewünschte zukünftige Entwicklungen an eine stabile Absti- nenz oder Konsumveränderung koppeln.“ (Buschkämper 2011, 44)

Fazit

Ich denke, es ist deutlich geworden, dass und inwiefern Sucht bei Menschen mit geistiger Behinderung ein wichtiges Thema ist – mit vielen Möglichkeiten, adäquate Bildungsangebote zu machen, aber auch mit vielen Desideraten, sich um das Verstehen der subjektiven Logik und um die Bildungs- und Veränderungsmöglichkeiten zu kümmern.

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: 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, 41-51
- Beine, W. (2003): Suchtgefährdete Menschen mit geistiger Behinderung im Betreuungsalltag – ausgewählte Aspekte. 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, 12-19
- Bobra, A. (1999): Das SuchtSpielBuch. Spiele und Übungen zur Suchtprävention in Kindergarten, Schule, Jugendarbeit und Betrieben. Seelze-Velber: Kallmeyer
- 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
- 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
- Kane, J.F./Nössner, C. (2003): Selbstverletzendes Verhalten und Juckreiz. Eine Herausforderung für die Kooperation zwischen Pädagogik, Psychologie und Medizin. In: Kane, J.F./Klauß, Th. (Hrsg.): Die Bedeutung des Körpers für Menschen mit geistiger Behinderung. Zwischen Pflege und Selbstverletzung. Heidelberg: Universitätsverlag Winter, 149-176
- Klauß, Th. (1999): Ein besonderes Leben. Was Eltern und Pädagogen von Menschen mit geistiger Behinderung wissen sollten. Heidelberg: Universitätsverlag Winter
- Klauß, Th. (2003a): Selbstverletzendes Verhalten – weshalb schädigen Menschen ihren Körper? In: Kane, J.F./Klauß, Th. (Hrsg.): Die Bedeutung des Körpers für Menschen mit geistiger Behinderung. Zwischen Pflege und Selbstverletzung. Heidelberg: Universitätsverlag Winter, 177- 243
- Klauß, Th. (2003b): Sucht – (k)ein Thema der Pädagogik für Menschen mit geistiger Behinderung? 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, 30-40
- Klauß; 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
- 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
- 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
- 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. 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
- LWL-Koordinationsstelle Sucht (2011):Normal berauscht? Geistige Behinderung und Sucht / Substanzmissbrauch. Forum Sucht Band 44. URL: http://www.lwl.org/ks-download/downloads/publikationen/FS_44%20Intelligenzminderung_und_Sucht.pdf. Entn. 13.12.2013.
- Jürgen Lamm (2011): Sucht erkennen – konsequent handeln. Welche Kompetenzen brauchen Mitarbeiter in der Behindertenhilfe? In: LWL-Koordinationsstelle Sucht (2011):Normal berauscht? Geistige Behinderung und Sucht / Substanzmissbrauch. Forum Sucht Band 44. URL: http://www.lwl.org/ks-download/downloads/publikationen/FS_44%20Intelligenzminderung_und_Sucht.pdf. Entn. 13.12.2013. 7ff.
- Marika van Dijk, Joanneke van der Nagel, Rianca den Ouden (2011): Ergebnisse der niederländischen SumID-Studie (Substance Use & Misuse in Intellectual Disability) In: LWL-Koordinationsstelle Sucht (2011):Normal berauscht? Geistige Behinderung und Sucht / Substanzmissbrauch. Forum Sucht Band 44. URL: http://www.lwl.org/ks-download/downloads/publikationen/FS_44%20Intelligenzminderung_und_Sucht.pdf. Entn. 13.12.2013. 13ff.
- Thomas W. Heinz (2011): Erfolgreiche Behandlungsansätze für Abhängige mit einer Intelligenzminderung – Erfahrungen aus der medizinischen Rehabilitation In: LWL-Koordinationsstelle Sucht (2011):Normal berauscht? Geistige Behinderung und Sucht / Substanzmissbrauch. Forum Sucht Band 44. URL: http://www.lwl.org/ks-download/downloads/publikationen/FS_44%20Intelligenzminderung_und_Sucht.pdf. Entn. 13.12.2013. 23ff.
- Martin Hörning, Marja Kretschmann-Weelink (2011): Ergebnisse der Vollerhebung NRW „Geistige Behinderung und Sucht“ In: LWL-Koordinationsstelle Sucht (2011):Normal berauscht? Geistige Behinderung und Sucht / Substanzmissbrauch. Forum Sucht Band 44. URL: http://www.lwl.org/ks-download/downloads/publikationen/FS_44%20Intelligenzminderung_und_Sucht.pdf. Entn. 13.12.2013. 30ff.
- Stephan Buschkämper (2011) „Geistige Behinderung und Sucht / Substanzmissbrauch“ – Hilfreiche Interventionsstrategien und Anforderungen an das Betreuungssetting In: LWL-Koordinationsstelle Sucht (2011):Normal berauscht? Geistige Behinderung und Sucht / Substanzmissbrauch. Forum Sucht Band 44. URL: http://www.lwl.org/ks-download/downloads/publikationen/FS_44%20Intelligenzminderung_und_Sucht.pdf. Entn. 13.12.2013. 37ff.

¹ Im Belohnungssystem kommt es nicht darauf an, ob Dopaminstöße chemisch durch eine Zigarette ausgelöst werden oder vom klingenden Geld, das ein Spielautomat ausspuckt