

Funktionsbeeinträchtigungen und -fähigkeiten bei Menschen mit psychischer Erkrankung und Sucht („Doppeldiagnosen“)

Ansatzpunkt der Leistungen des ambulant Betreuten Wohnens – wie der Hilfe zur sozialen Teilhabe insgesamt – ist nicht die Erkrankung oder Störung, sondern die Behinderung, anders ausgedrückt, die Funktionsbeeinträchtigungen und -fähigkeiten.

Während die „Internationale Klassifikation psychischer Störungen“ (ICD 10) die psychiatrisch relevanten Störungsbilder erfasst, stellt die „Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ (ICF) Einschränkungen und Fähigkeiten in systematischer Form dar.

Von entscheidender Bedeutung ist, dass zwischen beiden ein reziprokes Verhältnis besteht. Psychische Störungen können wesentliche Funktionsbeeinträchtigungen zur Folge haben, diese wirken ihrerseits auf den Krankheitsverlauf zurück.

Diese Wechselbeziehungen können sich unterschiedlich gestalten.

So kann eine Linderung der psychischen Störungen (einschließlich des Substanzmissbrauchs) in Folge einer Behandlung oder in Folge einer Spontanremission zu einer mehr oder weniger starken Rückbildung von Beeinträchtigungen und neuen Ressourcen führen.

Andererseits gibt es bis heute schwer oder nicht zu behandelnde progrediente Krankheitsverläufe. Dies gilt zum Beispiel für schwere hirnorganische Veränderungen (u.a. „Korsakow-Syndrom“) in Folge langen und schweren Alkoholmissbrauchs, aber auch für schwere prozesshaft verlaufende schizophrene Störungen, die zu einem fortschreitenden affektiv-kognitiven Abbau führen. Hier setzt die Krankheit Grenzen und es geht eher um die Verlangsamung des Prozesses und den Erhalt möglichst vieler Fähigkeiten. Dies schließt möglichst viele soziale Eingliederung nicht aus.

Die Kenntnis dieser Wechselwirkungen ist der Grund dafür, dass der Faßbacher Hof von jeher, d.h. seit Ende der 80er Jahre, seine Eingliederungshilfeleistungen sehr eng mit den nötigen psychiatrischen und suchtmmedizinischen Hilfen verknüpft. Daher besteht für alle Klient:innen des Betreuten Wohnens die Möglichkeit zur regelmäßigen Teilnahme an Sprechstunden der Suchtfachambulanz der LVR-Klinik Langenfeld, an denen, wenn eine Zustimmung vorliegt, Fachpersonal des Betreuten Wohnens teilnimmt. So sollen Leistungen der sozialen Teilhabe und der psychiatrisch-suchtmmedizinischen Hilfen (darunter der Substitution Opiatabhängiger) fallbezogen möglichst gut aufeinander abgestimmt werden.

Typische Funktionsbeeinträchtigungen bei Menschen mit „Doppeldiagnose“

Die Funktionsbeeinträchtigungen und -fähigkeiten müssen jeweils individuell diagnostiziert werden.

Gleichzeitig erlauben unsere langjährigen Erfahrungen, ebenso wie Forschungsergebnisse, die die Beschreibung von Funktionsbeeinträchtigungen und -fähigkeiten, die typischerweise auftreten können.

Somatische und kognitiv-affektive Faktoren

Die ICF subsumiert psychische Störungen einschließlich des Substanzmissbrauchs unter der Dimension der „Körperfunktionen“. Dies kann krankheitstheoretisch zumindest problematisiert werden, da kein Unterschied zwischen eindeutig organisch verursachten Störungen und psychogenen

Störungen sichtbar wird, auch wenn letztere mit hoher Wahrscheinlichkeit auch organisch, in der Regel in Strukturen des Nervensystems moduliert werden.

Zu eindeutig organischen Verursachungen gehören beispielsweise die organischen, einschließlich der suchtmittelbedingten Psychosen.

Andererseits gibt es eindeutige psychische Verursachungen. Hierzu gehört z.B., dass nach vielen Studien bei bis zu 80% der auf Grund einer Sucht Behandelten sexueller Missbrauch und Gewalterfahrungen vorliegen, die zu verschiedensten Symptomen, wie z.B. posttraumatischen Belastungsstörungen, dissoziativen Störungen Depressionen, Alkohol- und Drogenabhängigkeit führen können. Auch andere psychogene Verursachungen, z.B. durch traumatisierende Familienbeziehungen, sind bekannt.

Zu den Störungen und Beeinträchtigungen, die beobachtet werden können, gehören:

a) Primär organische

- Hirnorganische Beeinträchtigungen durch Alkoholmissbrauch, die zu starken Beeinträchtigungen von Gedächtnis und Orientierung führen können (in extremen Fällen ist hier eine ambulante Betreuung nicht möglich).
- Alkohol- und drogenbedingte innere Erkrankungen (Hepatitis, Leberzirrhose, Magen-Darmerkrankungen u.a.).
- Erkrankungen der Atmungsorgane (COPD) mit starken Einschränkungen der körperlichen Belastbarkeit und Mobilität.
- Durch Gefäßerkrankungen (Durchblutungsstörungen) eingeschränkte Mobilität (Nikotinmissbrauch).
- Polyneuropathien durch Alkoholmissbrauch, teils stark eingeschränkte körperliche Mobilität.
- Erkrankungen durch langfristige Neuroleptika-Behandlung (z.B.: sensomotorische Störungen, Adipositas mit Herz-Kreislaufkrankungen, Diabetes).

b) Kognitiv-affektive

- c) Fortschreitende kognitive und affektive Abbauprozesse bei Menschen mit chronischen Psychosen (nachlassende Hirnleistung, affektive Verflachung). Auch dies kann vermutlich durch langfristige Neuroleptika-Behandlung verstärkt werden.
- Störungen der Wahrnehmung (in akuten schizophrenen und drogeninduzierten Psychosen). Diese können zeitweise bestehen oder sich verfestigen (chronische Halluzinosen).
 - Inhaltliche und formale Denkstörungen bei chronischen Psychosen.
 - Minderbegabungen und erworbene intellektuelle Minderleistungen, Lese-, Rechen- und Rechtschreibschwächen, Analphabetismus).
 - Situativ nicht verstehbare Ängste, soziale Phobien, entsprechende Einschränkungen der Kontaktfähigkeit.
 - Depressivität, Antriebsschwäche, entweder primär oder durch Substanzmissbrauch bedingt, geringes Aktivitätsniveau, starke Beeinträchtigung bei alltagspraktischen Verrichtungen und Kontaktfähigkeit.
 - Affektlabilität, geringe Impulskontrolle, Verlust der Kontrolle aggressiver Impulse (z.B. bei akuter Intoxikation oder bei Menschen mit antisozialer Persönlichkeitsstörung), Delinquenz.
 - Anhedonie (Verlust sexuellen Begehrens), sexuelle Funktionsstörungen, teils psychogen, teils auch durch Neuroleptika bedingt.

- Maniforme und manische Zustände, teils psychogen, teils durch Drogenmissbrauch bedingt, damit einhergehende Zerrüttung im sozialen Umfeld. Zyklotymien.

d) Soziale Faktoren

- Eingeschränkte Kontaktfähigkeit.
- Fehlende, problematische oder zerstörte Familienbeziehungen, die im Verlauf der Betreuung normalisiert werden können.
- Fehlende oder ambivalente Intimbeziehungen.
- Geringe allgemeine Sozialkontakte, insbesondere im Wohnumfeld.
- Langfristige Arbeitslosigkeit, dauerhafte Erwerbsminderung, häufig lebensgeschichtlich nie Erwerbsarbeit, damit einhergehende Sinnkrisen.
- Mangelnde Tagesstruktur.
- Finanzielle Notlagen, Armut, Beschaffungsdruck, hierdurch bedingte Teilhabeeinschränkungen.
- Gesellschaftliche Stigmatisierung von psychisch Erkrankten und Suchtkranken.

Insbesondere bei letzterem wird deutlich, dass Beeinträchtigungen nicht nur in der Person des Betroffenen, sondern auch im Umfeld begründet sein können, häufig liegen beide Faktoren vor. Nicht wenige Betroffene fühlen sich durch Kontakte in der „Normalgesellschaft“ und deren Anforderungen überfordert, diese können auch angstbesetzt sein. Sie benötigen dann zunächst „Schutzräume“, in denen sie so sein können, wie sie sind. Dem dienen neben unserer stationären Einrichtung auch unsere Betreuten Wohnhäuser. Sie sollen Integrations**druck** vermeiden, um auf dieser Grundklage in kleinen Schritten Teilhabe zu ermöglichen.

e) Fähigkeiten

Trotz der hier beschriebenen teils massiven Einschränkungen gehen wir vom Postulat individueller Entwicklungsmöglichkeiten auf lange Sicht aus. Zu typischen Stärken unserer Klientel gehören u.a.:

- Eine hohe Sensibilität, die als übermäßige Sensibilität aber auch Krisen auslösen kann.
- Oft funktionierende Kontakte in der eigenen Peer-Group.
- Große Erfahrungen mit krisenhaften Situationen und Lebenslagen (suizidale Krisen, vielfältige Psychiatrieaufenthalte, Zwangsbehandlungen, Obdachlosigkeit, Prostitution, Haftstrafen u.ä.). Dies kann zu einer für „Normale“ schwer nachvollziehbaren Resilienz in Krisen und Überlebensfähigkeit führen.

Schlussfolgerung

Die Eingliederungshilfe ist nicht kurativ, sondern setzt an Fähigkeiten und Beeinträchtigungen an. Dabei muss sie andererseits die Verwurzelung in den psychischen Faktoren berücksichtigen. Bezogen auf die Anforderungen an das Personal heißt dies: Es sind keine im engen Sinne therapeutischen Qualifikationen nötig, aber ein Grundverständnis der zu Grunde liegenden psychischen Störung(en), das in regelmäßiger Fortbildung und Supervision sichergestellt werden muss.