



PiD

Psychotherapie im Dialog

Psychoanalyse, Systemische Therapie, Verhaltenstherapie, Humanistische Therapien

Nr. 2 | Juni 2008 | 9. Jahrgang

Geistige Behinderung

Herausgegeben von
Maria Borcsa
Michael Broda
Volker Köllner
Henning Schauenburg
Jochen Schweitzer
Wolfgang Senf
Barbara Stein
Bettina Wilms



Thieme

Geistige Behinderung

Herausgegeben von Wilhelm Rotthaus und Bettina Wilms
Heft 2 · 9. Jahrgang · Juni 2008 · Seite 115 – 204

115 Editorial

Psychotherapie mit geistig Behinderten – eine Herausforderung ·
Bettina Wilms, Wilhelm Rotthaus

117 Standpunkte

Der Versuch einer Bestandsaufnahme · *Frauke Werther, Klaus Hennicke*

125 Aus der Praxis

- 125 Die Sicht auf die ganze Familie – Unterstützung, Beratung und Therapie für Familien mit geistig behinderten Kindern · *Harro Naumann*
- 132 Und es geht doch! Stationäre Psychotherapie bei Menschen mit geistiger Behinderung · *Tatjana Voß, Christoph Schade, Heika Kaiser, Christian Jeschke*
- 138 Psychotherapie mit Bewohnerinnen und Bewohnern stationärer Einrichtungen der Behindertenhilfe · *Michael Seidel*

Anwendungen, Schritte zur Integration, spezielle Settings

- 144 Positive Verhaltensunterstützung · *Georg Theunissen*
- 148 Das TEACCH-Konzept – Zur Therapie bei autistischen Störungen · *Rositta Symalla*
- 152 Sucht und geistige Behinderung – Überlegungen zur Beratung und Therapie von abhängigen oder suchtgefährdeten Menschen mit geistiger Behinderung · *Peter Schinner*
- 157 Psychotherapie und Pharmakotherapie bei Menschen mit Intelligenzminderung · *Christian Schanze*
- 163 Musiktherapie – Mehr als eine heilpädagogische Förderung? · *Lutz Neugebauer*
- 167 Eine (fast) normale Familie – Die Perspektive der Angehörigen · *Christiane Müller-Zurek*
- 171 Wie geht's in der Praxis? – Psychotherapie mit geistig behinderten Kindern und Jugendlichen in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis mit Sozial-Psychiatrischer Versorgung (SPV) · *Gotthard Roosen-Runge*

www.thieme.de/pid

Besuchen Sie die PiD im Internet! Auf der Website sind die Zusammenfassungen aller Beiträge frei zugänglich. Außerdem bieten wir Ihnen dort eine Kommunikationsplattform, auf der sich unsere Leserinnen und Leser untereinander sowie mit Herausgebern, Autoren und Verlag rasch und formlos austauschen können.

Indexiert in PSYNDEX

Forschung aus und für die Praxis

178 Erleben von Psychotherapie aus Sicht von Menschen mit sogenannter geistiger Behinderung · Tobias Buchner

183 Kohärenz und Resilienz – Narrative der Familien von Kindern mit Rett-Syndrom · Rüdiger Retzlaff

187 Interview

„Ich hoffe nun, dass es weiter vorangeht!“ · Anton Došen im Gespräch mit Bettina Wilms und Wilhelm Rotthaus

193 Resümee

Jetzt erst recht · Wilhelm Rotthaus, Bettina Wilms

195 DialogBooks

Buchempfehlungen · Torsten Fries

199 Im Dialog

199 Fälle aus der Praxis · Wolfgang Senf

200 Psychotherapie in China? · Qijia Shim im Gespräch mit Wolfgang Senf

203 Impressum

204 Vorschau

Ehemalige Herausgeber

Steffen Fliegel, Münster
Arist von Schlippe, Witten
Ulrich Streeck, Göttingen

Beiräte

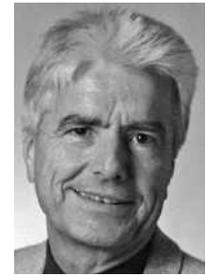
Hansruedi Ambühl, Bern
Brigitte Boothe, Zürich
Michael Buchholz, Göttingen
Manfred Fichter, Prien am Chiemsee
Harald J. Freyberger, Stralsund
Peter Fürstenau, Düsseldorf

Alf Gerlach, Saarbrücken
Stefan Gesenhues, Ochtrup
Michael Geyer, Leipzig
Beate Herpertz-Dahlmann, Aachen
Fritz Hohagen, Lübeck
Peter Joraschky, Dresden
Annette Kämmerer, Heidelberg
Hildegard Katschnig, Wien
Jürgen Kriz, Osnabrück
Friedebert Kröger, Schwäbisch Hall
Marianne Leuzinger-Bohleber, Frankfurt am Main

Hans Lieb, Edenkoben
Frank Nestmann, Dresden
Arndt Michael Oschinsky, Schleswig
Hans Reinecker, Bamberg
Dirk Revenstorf, Tübingen
Wilhelm Rotthaus, Viersen
Günter Schiepek, München
Bernhard Strauß, Jena
Annette Streeck-Fischer, Göttingen
Kirsten von Sydow, Hamburg
Bernhard Trenkle, Rottweil
Rosmarie Welter-Enderlin, Meilen
Jürg Willi, Zürich
Ulrike Willutzki, Dortmund

Psychotherapie mit geistig Behinderten – eine Herausforderung

Bettina Wilms, Wilhelm Rotthaus



Es war Wilhelm Rotthaus, der vor nun schon längerer Zeit den Vorschlag an die Herausgeber von PiD richtete, ein Heft zum Thema „Geistige Behinderung“ zu gestalten. Diese Anregung wurde gern aufgenommen – allerdings frei nach dem „Verursacherprinzip“ mit der Einladung zu einer Gastherausgeberschaft.

In der gemeinsamen Arbeit zu diesem Heft wurde uns einiges deutlich: Psychotherapie mit geistig behinderten Patienten ist kein exotisches Thema. In Deutschland leben etwa 5 Millionen Menschen, denen eine geistige Behinderung zugeschrieben wird. Von ihnen dürften mindestens 750 000 in ihrem Leben einmal aufgrund psychischer Auffälligkeiten, Störungen und Erkrankungen psychotherapeutisch behandlungsbedürftig sein. Wenn man dieser Zahl den Stellenwert der Psychotherapie mit geistig Behinderten im professionellen Diskurs gegenüberstellt, zeigt sich eine hohe Diskrepanz.

Wir haben uns gefragt, welche Gründe dies haben mag. Ist es die Paarung aus Unerfahrenheit und Hilflosigkeit, die auch die Professionellen befällt, wenn sie geistig behinderten Menschen begegnen? Oder weckt die Vorstellung, ein geistig Behinderter im Wartezimmer könnte andere verschrecken, die Sorge um ein Ausbleiben der „normalen“ Patienten? Liegt es an der vorwiegend sprachlichen Orientierung der meisten Psychotherapeutinnen, die das Gefühl erweckt, Psychotherapie mit geistig Behinderten sei gar nicht möglich? Ist Psychotherapie mit geistig Behinderten also etwas ganz anderes als „normale“ Psychotherapie? Welche Besonderheiten zeichnet die Psychotherapie mit geistig behinderten Menschen überhaupt aus?

Wenn Sie dies Heft nun in Händen halten, werden Sie schon beim Blick ins Inhaltsverzeichnis vergeblich nach verfahrensspezifischen Beiträgen suchen. Stattdessen finden Sie das, wofür PiD steht: einen Dialog psychotherapeutischer Sichtweisen und methodischer Zugangswege. Die Realität der Praxis, die uns begegnete, führte uns dazu, die „Berichte“ aus den unterschiedlichen Therapieschulen zugunsten „großer Themen“ zu verlassen, und bot uns den willkommenen Anlass, themenorientierte Sichtweisen mit der Integration von Vorgehensweisen unterschiedlicher Therapieverfahren vorzustellen.

Dies geschieht in einem gesundheitspolitischen Klima des „störungsspezifischer – schneller – effizienter“ und mit erheblichen Verführungen zu sofortiger Diagnosestellung, im Design randomisierter Studien, überprüfter Kurzzeittherapien, rascher Verordnung möglichst sofort wirkender Psychopharmaka und dem, was in psychiatrischen Krankenhäusern unter den Begriffen von Fallzahlsteigerung und sinkenden Verweildauern verstanden wird. So weit... in aller Regel eben nicht gut, sondern dysfunktional!

Und damit sind wir bei der Frage, ob die Psychotherapie mit geistig behinderten Menschen nicht nur eine ethische Forderung (Darf man einem Teil der Menschheit diese Chance auf mehr Wohlbefinden vorenthalten?) oder eine willkommene Marktlücke für PsychotherapeutInnen ist, sondern ob sie sogar für alle psychotherapeutisch Tätigen als Anregung und Anstoß zu kritischer Selbstreflexion dienen kann. Dieser Aspekt trat uns während des Interviews mit Anton Dosen sehr deutlich vor Augen: Gerade die Psychotherapie mit geistig behinderten Menschen ist eben nicht besser,

wenn die Psychotherapeutin schneller diagnostiziert, die Beschwerden rascher bestimmten singulären Verfahren zuweist und möglichst alle umgebenden „Störfaktoren“, die sonst noch im Leben von Betroffenen bestehen könnten, ausblendet. Und sie wird schon gar nicht dadurch besser, dass professionelle Helfer ausschließlich mit Kindern und Jugendlichen oder mit Erwachsenen arbeiten, statt dem ganzen Menschen in seinen jeweilig aktuellen Entwicklungsständen in den unterschiedlichen Bereichen der Person und mit seinen vielfältigen, möglicherweise auch – wie bei geistig Behinderten häufig – verwirrenden und widersprüchlichen personellen Bezügen zu begegnen. Auch in anderen Aspekten fanden wir, die Herausgeber, wertvolle Anregungen für alle psychotherapeutisch Tätigen. Vielleicht, liebe Leserinnen und Leser, stoßen Sie ja auch auf derartige Fundstellen.

Dass wir es mit einer großen, noch weitgehend unvollendeten Aufgabe zu tun haben, wenn wir über die psychotherapeutische Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung nachdenken, dürfte in allen Beiträgen dieses Heftes deutlich werden. Auch hier zeigen die dargestellten Lösungsideen viele grundsätzliche Anregungen – nicht nur bei der Adaptation bekannter psychotherapeutischer Methoden an die Bedürfnisse geistig Behinderter: ein Prozess, der Lust auf Weiterentwicklungen weckt. Besonders eindrücklich war für uns das Spannungsfeld zwischen dem Einbezug des Umfeldes einerseits und der Wahrung und dem Respekt gegenüber der Schweigepflicht andererseits, die auch für geistig behinderte Menschen wesentlich ist – und, wie Tobias Buchner in seinen Interviews erfuhr, von den Betroffenen kei-

neswegs selbstverständlich erwartet wird.

Psychotherapeutische Zugangswege für Menschen mit geistiger Behinderung erfordern andere Lösungsmuster als die, die wir sonst nahezu selbstverständlich aktivieren und deshalb, liebe Leser, war es für uns eine Herausforderung, dieses Heft zu gestalten, und ist es möglicherweise für Sie eine Herausforderung, sich schon beim Blättern in diesem Heft vielleicht das eine oder andere Mal zu fragen, wann Sie zuletzt einem Menschen mit einer geistigen Behinderung eine Psychotherapie empfohlen oder sie selbst durchgeführt haben – oder ob Sie doch den kleinen Mann im Ohr hörten, der sagte, dass das sowieso kein Gutachter positiv entscheidet, dass Sie dafür nicht zuständig sind oder dass es dafür doch spezielle Einrichtungen gibt (wo, fällt Ihnen nur gerade eben nicht ein...). Aber keine Sorge. Was jetzt wie ein erhobener Zeigefinger klingen mag, ist uns selbst auch nicht fremd: So mussten wir die Frage, wie Gutachter mit Psychotherapieanträgen für einen geistig behinderten Menschen umgehen, erst selbst einmal durch eine kleine Umfrage klären. Und so sehr viele Personen, die Erfahrungen in der Psychotherapie mit geistig behinderten Menschen haben und bereit sind, als AutorInnen darüber zu schreiben, fanden wir auch nicht.

Ihnen und uns wünschen wir, dass dieses Heft Ihr Interesse weckt und der eine oder andere Beitrag die Reflexion Ihrer eigenen Arbeit bereichert. Wenn es zudem noch dazu beitragen könnte, auf Anfragen nach Psychotherapie mit einem als geistig behindert diagnostizierten Patienten nicht sofort ein „Geht nicht“ oder „Bringt nichts“ zu denken, sondern konkrete Fragen nach dem Lebensumfeld des oder der Betroffenen und nach dem Auftrag an eine Psychotherapie zu stellen – halt so, wie es bei Anfragen „normaler“ Menschen auch geschieht –, wäre der Zweck dieses Heftes mehr als erfüllt.

Zum Gastherausgeber

Wilhelm Rotthaus

Dr. med., Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. Weiterbildung in Klientenzentrierter Psychotherapie und Klientenzentrierter Spieltherapie, Systemischer Familientherapeut (DGSF), Lehrtherapeut (DGSF) und Supervisor (DGSF). Ehem. Fachbereichsarzt der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Rheinischen Kliniken Viersen. 1982 bis 2002 Veranstalter der Viersener Therapietage. Redaktionsmitglied der Zeitschrift für Systemische Therapie und Beratung. Von 2000 bis 2007 1. Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Systemische Therapie und Familientherapie (DGSF).

Buchveröffentlichungen u. a.: Stationäre systemische Kinder- und Jugendpsychiatrie (Dortmund: verlag modernes lernen, 2. Aufl., 1998); Wozu erziehen? Entwurf einer systemischen Erziehung (Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag, 6. Aufl., 2006); Systemische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (Hrsg., Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag, 3. Aufl., 2005); Auffälliges Verhalten im Kindesalter – Handbuch für Eltern und Erzieher, Band 1 (zusammen mit H. Trapmann, Dortmund: verlag modernes lernen, 12. Aufl., 2005); Auffälliges Verhalten im Jugendalter – Handbuch für Eltern und Erzieher, Band 2 (zusammen mit H. Trapmann, Dortmund: verlag modernes lernen, 2004).

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Wilhelm Rotthaus
Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie
und Psychotherapie
Commerstraße 1
50126 Bergheim bei Köln
E-mail: trapmann-rotthaus@t-online.de

Liebe Leserinnen und Leser,

seit 2007 hatten Sie die Möglichkeit, mit der PiD Fortbildungspunkte (CPE) zu sammeln. Zu einigen ausgewählten Beiträgen konnten Sie jeweils 10 Fragen beantworten und die Antworten bei uns einsenden.

Inzwischen haben wir festgestellt, dass nur wenige Abonnenten von dieser Möglichkeit Gebrauch gemacht haben. In Gesprächen mit unseren Lesern haben wir erfahren, dass sie über Fortbildungsveranstaltungen so viele Punkte erzielen, dass der Punkteerwerb über die PiD nicht erforderlich ist.

In Abwägung von Aufwand und Nutzen haben Herausgeber und Verlag deshalb beschlossen, das CPE-Verfahren in der PiD mit diesem Heft wieder einzustellen.



Der Versuch einer Bestandsaufnahme

Frauke Werther, Klaus Hennicke

Zusammenfassung

Das Risiko für Menschen mit geistiger Behinderung, eine psychische Störung zu entwickeln, ist um das Drei- bis Vierfache erhöht. Psychotherapie bei Menschen mit geistiger Behinderung ist eine selbstverständliche Behandlungsoption. Die allgemeinen Störungs- und Wirkungsmodelle, Fragen der Diagnostik, der Indikation, der Evidenz und der Evaluation gelten ebenso für diese Klientel. Dennoch gibt es einige Besonderheiten, die unter verschiedenen Aspekten diskutiert werden. Die Versorgungssituation ist qualitativ und quantitativ in allen therapeutischen Settings noch erheblich defizitär. Auf dem Hintergrund der Entwicklungen der letzten drei Jahrzehnte zeigt sich jedoch ein zunehmendes Interesse an der Thematik, eine grundlegende Veränderung der überkommenen Sichtweisen, die dem Menschen mit geistiger Behinderung eine menschliche Seele absprechen, sowie eine spürbare Verbesserung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Angebote trotz bedrohlicher Einschnitte in die allgemeine Versorgungslage in der Behindertenhilfe.

Schlüsselwörter

Psychotherapie, geistige Behinderung, Geschichte, Richtlinienverfahren, integrative Modelle und Methoden

Einleitung

Psychotherapie bei Menschen mit geistiger Behinderung unterscheidet sich nicht grundsätzlich von der allgemeinen Psychotherapie. Die dort geltenden begrifflichen Bestimmungen, ihre wissenschaftlichen Grundlagen (Störungs- und Wirkungsmodelle), ihre Indikationsvoraussetzungen sowie natürlich auch der sozialrechtliche Rahmen gelten für alle Menschen, gleich welchen Alters und unabhängig von der Art und vom Ausmaß der Behinderungen. Nur zögerlich setzte und setzt sich hierzulande diese wissenschaftliche Erkenntnis in praktisches psychotherapeutisches Handeln bezogen auf Menschen mit geistiger Behinderung um.

Hier wirken historische Belastungen der deutschen Psychiatrie und Psychotherapie aus den Zeiten des Nationalsozialismus nach, in denen unter aktiver Beteiligung der Psychiatrie Menschen mit geistigen Behinderungen als Menschen mit „minderwertigem Erbgut“ zwangssterilisiert oder als „lebensunwert“ und als „nutzlose Esser“ gar getötet wurden. Nicht zuletzt durch personelle Kontinuitäten fand bis weit in die 1970er-Jahre Psychotherapie eher nur langsam Eingang in die psychiatrische Praxis. Menschen mit geistiger Behinderung fristeten in den großen Oligophrenie-Abteilungen der Landeskrankenhäuser und in den Großeinrichtungen der Behindertenhilfe unter „*elenden und menschenunwürdigen Bedingungen*“ (Psychiatrieenquete 1975) ihr Leben.

In den 1960er- und 1970er-Jahren haben sich die institutionellen und rechtlichen Rahmenbedingungen mit der Einführung u.a. des Bundessozialhilfegesetzes, des Schwerbehindertengesetzes und der Einrichtung von Sonderschulen für

geistig Behinderte maßgeblich zugunsten behinderter Menschen verändert. Hinzu kam die langsame Umsetzung der in Skandinavien bereits Ende der 1950er-Jahre zum Gesetz erhobenen Ideen der Normalisierung (der Lebensbedingungen) und der Integration (in die Gemeinde) von Menschen mit geistiger Behinderung. In den 1980er-Jahren kam es schließlich zu einer grundlegenden Veränderung in den Sichtweisen auf Menschen mit geistiger Behinderung als Menschen mit allen Grundrechten in der modernen Gesellschaft. Die Idee, Psychotherapie auch für Menschen mit geistiger Behinderung hilfreich einzusetzen, entwickelte sich somit im Verlauf der im *historischen Maßstab* rasanten gesellschaftspolitischen Entwicklung seit den 1970er-Jahren.

Die wissenschaftlichen Fortschritte der letzten Jahrzehnte in der Psychotherapie haben schließlich auch dazu beigetragen, indem immer mehr psychische Störungsbilder auch unterschiedlicher Altersgruppen mit psychotherapeutischen Mitteln hilfreich (und häufig in einem multimodalen Konzept) behandelt werden können. Noch vor einigen Jahrzehnten galten heutige Selbstverständlichkeiten wie die psychotherapeutische Behandlung von Menschen mit Psychosen oder auch von bestimmten Altersgruppen, wie z.B. Säuglingen oder alten Menschen, generell als kontraindiziert. Von dieser bemerkenswerten Entwicklung psychotherapeutischer Methodik profitierten auch Menschen mit geistiger Behinderung.

Daher erscheint es angemessen, eine erste historische Bilanz zu ziehen, um ein Stück diese positive Entwicklung nachzuzeichnen. Theorie und Praxis der Psychotherapie für Menschen mit geistiger Behinderung sind nicht nur ein Zei-

chen für ihre Zugehörigkeit zur Gattung Mensch, die ihnen vormals abgesprochen wurde. Gleichzeitig wird auch akzeptiert, dass sie Psychotherapie zur Verbesserung ihrer Lebenssituation und Teilhabemöglichkeiten nutzen können. Demgegenüber werden in den letzten Jahren verschärft radikale Einschnitte in die sozialstaatliche Verfassung unserer Gesellschaft durchgeführt, die durchaus bedrohlich die Lebens- und Betreuungsbedingungen von Menschen mit geistiger Behinderung einschränken. Wird der behinderte Mensch immer nur auf einen kostenverursachenden Faktor reduziert, kommt man der Denkart vom „nutzlosen Esser“ immer näher.

Deutschland nach 1945

Wenn vor 1965 von Psychotherapie gesprochen wurde, war immer ein psychodynamisches Verfahren gemeint, das auf psychoanalytischen Grundannahmen fußte oder mit Psychoanalyse gleichgesetzt wurde. Die Verhaltenstherapie und die humanistischen Therapieformen (Gesprächspsychotherapie, Gestalttherapie) wurden erst nach dem Zweiten Weltkrieg entwickelt und fanden Ende der 1960er-Jahre ihren Weg nach Deutschland. Während die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) die Kosten für psychodynamische Verfahren bereits seit 1967 übernommen hatte, wurde die Verhaltenstherapie erst 1987 als Kassenleistung anerkannt. Der Gesprächspsychotherapie wird dies bis heute verwehrt. Die psychodynamischen Verfahren galten in Deutschland lange Jahre als nicht geeignet für diese Klientel, wie sie überhaupt für Patienten mit psychiatrischen Diagnosen hierzulande kaum Anwendung fanden.

Der Begründer des psychodynamischen Kathymen Bilderlebens, Hanscarl Leuner (1995), beklagte, dass die führenden westdeutschen Psychiater nach 1945 anders als z. B. die Psychiater der Schweiz der Psychotherapie gegenüber gleichgültig bis feindselig eingestellt waren. Die erwähnte ungebrochene personelle Kontinuität zwischen der Nachkriegspsychiatrie und der nationalsozialistischen Psychiatrie spielt hier eine wesentliche Rolle. Eine „aufdeckende“ Psychotherapie war nicht gefragt. In Deutschland gab es auch einen Bruch der psychotherapeutischen Kontinuität: Nach 1945 klappte eine

reale Lücke in den Reihen der Psychiater und Psychotherapeuten. Es waren infolge der nationalsozialistischen Verfolgung viele Verluste durch Berufsverbote, Tod, Verfolgung und Emigration zu beklagen. Nicht zuletzt Sigmund Freud selbst musste sich ins Ausland retten. Die Neuerungen und Möglichkeiten der Entwicklung in den psychodynamischen Verfahren, die erfolgreich in der Behandlung von Menschen mit geistiger Behinderung eingesetzt werden können, stammten überwiegend aus dem Ausland und mussten reimportiert werden (vgl. Werther 2005).

Die Psychotherapie für Menschen mit geistiger Behinderung begann erst zögerlich mit der Psychiatriereform in der Folge der Psychiatrieenquête (1975). Im Rahmen der Auflösung der Großeinrichtungen und der Integration vieler langjährig Hospitalisierter in die Gemeinden in den 1980er-Jahren wurden auch psychotherapeutische, insbesondere verhaltenstherapeutische Möglichkeiten zur Vorbereitung wie auch zur Sicherung und Stabilisierung der radikalen Veränderung der Lebenssituation eingesetzt. Die staatlichen und kommunalen „Verbilligungserwartungen“ der Enthospitalisierung führten auch zu erheblichen Reduzierungen der personellen Betreuungssituation, sodass die möglicherweise dadurch ausgelösten Krisen der Bewohner auch mit verhaltenstherapeutischen Mitteln kompensiert werden mussten. Nicht zuletzt die zunehmende Präsenz von Menschen mit oftmals bizarren, auffälligen und ungewohnten Verhaltensweisen in der Öffentlichkeit erhöhte die Bereitschaft, therapeutisch auf diese Äußerungsformen einzuwirken.

Große Erwartungen und Hoffnungen setzte man in der Psychiatriereform auf die lerntheoretisch begründete Verhaltenstherapie als Alternative zur Pharmakotherapie und Verwahrung. Es herrschte eine Aufbruchstimmung. Die Verhaltenstherapie versprach auch bei Menschen mit geringen intellektuellen Fähigkeiten, die über wenig Störungseinsicht und Eigenmotivation verfügten, erwünschtes Verhalten über operante Verfahren der Belohnung einzuüben und zu festigen oder unerwünschtes Verhalten durch aversive Reize oder Nichtbeachtung zu „löschen“. Dabei wurde als Vorteil betont, dass weder die genetischen Ursachen noch die inneren motivationalen Prozesse des Patienten von Relevanz sei-

en. Die Seele, das „Innenleben“, wurde bewusst als „Blackbox“ angenommen und ausgeblendet. Es wurde auch nicht von Psychotherapie gesprochen, sondern ausdrücklich von der Modifikation des äußerlich sichtbaren Verhaltens. Die therapeutische Beziehung spielte höchstens als „Sozialverstärker“ eine Rolle. In dieser Aufbruchstimmung begannen dann in den 1970ern in Deutschland die ersten Versuche, auch für Menschen mit geistiger Behinderung geeignete Behandlungen zu entwickeln, mit gelegentlich ethisch sehr fragwürdigen aversiven Methoden.

Während nach wie vor die operanten Verfahren bei schwerer Behinderten eine wichtige Rolle spielen, hat die sogenannte kognitive Wende der Verhaltenstherapie erst mit einigen Jahren Verzögerung auch in der Therapie von Menschen mit geistiger Behinderung stattgefunden. Kognitive Behandlungskonzepte werden für Klienten mit leichteren bis mittelschweren Intelligenzminderungen erfolgreich angewandt. Verhaltenstherapeutisch-lerntheoretische Elemente finden sich heute zudem in zahlreichen Trainings-, Förder- und Therapieprogrammen.

Während die verhaltenstherapeutischen Konzepte oft und überwiegend aus universitären Projekten hervorgehen und damit auch Wege der Veröffentlichung finden, sind es vor allem Praktiker, die ca. ab den 1990er-Jahren in Deutschland auf Tagungen und Veröffentlichungen zeigen (vgl. Lotz et al. 1994, Hennicke u. Rotthaus 1993), dass sich im psychotherapeutischen Feld auch auf humanistischer und psychodynamischer Grundlage mit Menschen mit geistiger Behinderung arbeiten lässt und dass so gearbeitet wurde. Auf allen diesen Tagungen wurde im Übrigen sehr eindrücklich die Notwendigkeit der schulübergreifenden und methodenintegrierenden Arbeitsweisen hervorgehoben. Allen voran ist sicherlich Christian Gaedt zu nennen, der mit seinen Mitarbeitern in der Ev. Stiftung Neuerkerode mit Veröffentlichungen und Tagungen grundlegende Impulse zur Psychotherapie von Menschen mit geistiger Behinderung in Deutschland gegeben hat (Gaedt 1987, Gaedt et al. 1993).

Als weiterer Strang können familientherapeutisch-systemisch orientierte Therapieansätze ausgemacht werden, die wesentlich dazu beigetragen haben, die Subjekthaftigkeit des Menschen mit

geistiger Behinderung in seinen primären sozialen Systemen zu unterstreichen, seine Fähigkeiten, sich selbst zu organisieren und gestaltend Einfluss zu nehmen, zu betonen und auf die praktischen Folgen dieser Konzepte hinzuweisen.

Den Autoren sind zahlreiche Einzelpersonlichkeiten bekannt, die sich um die Psychotherapie für Menschen mit geistiger Behinderung aus ganz unterschiedlichen Richtungen verdient gemacht haben. Stellvertretend möchten wir Isolde Badelt nennen, die seit den frühen 1970er-Jahren personenzentrierte Psychotherapien mit behinderten Menschen durchführt und darüber berichtet hat (Badelt 2005), und auch Jürgen Müller-Hohagen, der 1987 erstmals ein Buch zum Thema in Deutschland veröffentlicht hat, sowie die Psychologen Wilfried Lotz, Burkhard Stahl, Dieter Irblich, Uwe Koch als Herausgeber wichtiger Kongressbände und Handbücher (1994, 1996, 2003). Nicht zuletzt sei auf die einflussreichen Arbeiten von Marlis Pörtner (Ernstnehmen, Zutrauen, Verstehen 1996) und das zusammen mit Garry Prouty und Dion van Werde herausgegebene Buch „Prä-Therapie“ 1998 hingewiesen.

Epidemiologie und erhöhte Risiken für die Entwicklung psychischer Störungen

Abhängig von den Erfassungs- und Definitionskriterien für geistige Behinderung liegt die Gesamtprävalenz in Deutschland bei ca. 0,6%. Prävalenzangaben in der internationalen Literatur schwanken für die schwere geistige Behinderung (IQ<50) zwischen 0,28 und 0,73% und für die leichte geistige Behinderung (IQ 50–70) zwischen 0,39 und 5,76%, was bei vorsichtiger Hochrechnung einen Durchschnitt von 3% ergibt. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Prävalenzen altersabhängigen Schwankungen unterliegen und im Schulalter (bis 15 Jahre) am höchsten sind. Das Verhältnis von männlichem zu weiblichem Geschlecht beträgt 1,6:1.

Menschen mit geistiger Behinderung haben ein drei- bis viermal höheres Risiko, eine psychische Störung zu entwickeln, als Nichtbehinderte. Es finden sich alle psychischen Krankheitsbilder, wobei eine Häufung sehr schwerer psy-

chischer Erkrankungen z.B. Psychosen angenommen wird. Die Gründe dafür sind vielfältig (vgl. Sarimski 2001). Nach dem heutigen Stand werden die gleichen biologischen und psychosozialen Risiken des Lebens angenommen, die für die Entstehung und Entwicklung psychischer Störungen auch bei Nicht-Behinderten bekannt sind. Es werden grundsätzlich die gleichen ätiopathogenetischen Prozesse zugrunde gelegt, die mit den gleichen Modellen (z.B. Modelle der Entwicklungspsychopathologie) erklärt werden. Dennoch können einige wesentliche **zusätzliche Quellen für ein erhöhtes Risiko** der Entwicklung psychischer Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung ausgemacht werden:

Biologisch-neuropsychologisch begründbare Ungleichzeitigkeiten der Entwicklung

Während im Kindesalter je nach Schweregrad der intellektuellen Beeinträchtigung die individuelle Entwicklung in allen Teilbereichen noch relativ gleichzeitig und harmonisch ist, kommt es bei Menschen mit geistiger Behinderung mit zunehmendem Lebensalter aufgrund der unterschiedlichen Entwicklungsgeschwindigkeiten einzelner Teilbereiche zu mehr oder weniger starken Diskrepanzen zwischen sozioemotionalem Entwicklungsstand, den kognitiven Fähigkeiten, den erworbenen Coping- und Konfliktlösungsstrategien und dem chronologischen Alter, das weitgehend die gesellschaftlichen Erwartungen (Bewältigung von Entwicklungsaufgaben) bestimmt. Daraus können sich eine Fülle von Missverständnissen, Fehlwahrnehmungen, Über- und Unterforderungssituationen ergeben, die den weiteren Entwicklungsprozess wesentlich beeinträchtigen können.

Hohes Risiko früher Bindungsstörungen und verletzender Beziehungserfahrungen

Das Grundbedürfnis nach bedingungsloser Annahme und positiver Spiegelung durch die primären Objekte kann bei Kindern mit geistiger Behinderung sehr oft nicht befriedigt werden, weil die Eltern selbst sehr bedürftig, oftmals wie traumatisiert sind. Es fällt ihnen schwer, die emotionalen Bedürfnisse ihrer Kinder zu erkennen. In diesem Zustand kann es zu einer tief greifenden Beeinflussung der

gegenseitigen Beziehungen kommen, die im Sinne einer länger dauernden unsicheren Bindungserfahrung zu Beeinträchtigungen der psychosozialen Entwicklung des Kindes beitragen können.

Lebenslange Abhängigkeiten von anderen Menschen mit Entscheidungsmacht

Die notwendige lebenslange Abhängigkeit von Betreuung und Entscheidungen anderer birgt in sich immanent auch die Gefahr, dass die Autonomie und Subjektivität nicht beachtet und damit die Entwicklung der inneren psychischen Strukturen gehemmt und/oder gestört wird. Darüber hinaus bedeutet die Lebensrealität der Abhängigkeit von den Entscheidungen anderer eine besondere Gefahr für psychotraumatisierende, lebensbedrohlich erlebte Übergriffe. Narzisstische und sexuelle sowie körperliche Misshandlungen sind besonders häufig.

Dysfunktionale familiäre Strukturen und Beziehungen

Es gehört zur Tragik von Familien mit behinderten Kindern, dass die Geburt des behinderten Kindes oftmals als tief greifend verletzender, emotionaler Einschnitt erlebt wird mit allen Risiken für die seelische Gesundheit der Eltern, für ihre Paarbeziehung, für ihre Beziehungen zu den Herkunftsfamilien und zu anderen wichtigen Personen. Die teilweise extremen psychischen, physischen und auch finanziellen Belastungen der Familie, das Ausmaß und die Intensität der ursprünglich funktionalen Versorgungs- und Betreuungsstrategien, die oftmals diskriminierenden sozialen Erfahrungen können zu Veränderungen in der familiären Struktur und Funktionalität führen, die wiederum erhebliche Risiken für die seelische Gesundheit des Kindes in sich bergen.

Misslingende gesellschaftliche Integration: Stigmatisierung und Diskriminierung

Die Erlebnisse der Ausgrenzung und Ablehnung durch Gleichaltrige insbesondere ab dem Jugendalter gehören zu den durchgehenden, derzeit nahezu unvermeidlichen Lebenserfahrungen. Daran ändern auch die intensiven Bemühungen zur Integration, Inklusion und Normalisierung nichts. Solange integrative/inklu-

sive Erziehung, Beschulung und Ausbildung nicht als gesellschaftliche Normalität praktiziert werden, sondern nur auf einigen wenigen „Inseln“, werden Menschen mit geistiger Behinderung ausgegrenzt und dies als lebensbestimmende Wirklichkeit erfahren. Die Folgen für die seelische Gesundheit können sehr bedeutsam werden. Behinderung führt zur „Ausgrenzung vom gesellschaftlichen Erbe“ (Jantzen 1980) mit der Folge zusätzlicher Verschärfung der reduzierten Aneignungsmöglichkeiten. Psychotherapie kann diese Erfahrungen nicht kompensieren, kann aber dazu beitragen, mit der bedingungslosen Akzeptanz der Person ihr ein Stück Geschichte und Identität zurückzugeben.

Besonderheiten der Psychotherapie

Wenn auch Psychotherapie bei Menschen mit geistiger Behinderung grundsätzlich selbstverständlich ist, müssen die angebotenen Störungs- und Wirkungsmodelle, die Fragen der Diagnostik, der Indikation, der Evidenz und der Evaluation der Effekte ebenso wie bei nicht-behinderten Menschen kritisch diskutiert werden. Diese Diskussion allerdings steht erst ganz am Anfang.

Die Ebenen der Evaluation von Psychotherapie sind schwierig zu bestimmen: Neben der Besserung oder Überwindung der Symptomatik können eine Erhöhung der Lebensqualität, eine Verbesserung der gesellschaftlichen Teilhabefähigkeiten, eine größere Zufriedenheit und Ausgeglichenheit aus der Perspektive des Klienten und/oder seiner Betreuungspersonen, die Entwicklung neuer Fähigkeiten und Fertigkeiten u. a. ebenso bedeutend sein.

Psychotherapie bei Menschen mit geistiger Behinderung setzt auf die gleichen Prozesse wie bei Nichtbehinderten. Übereinstimmung herrscht darin, dass sämtliche bekannten Psychotherapieverfahren auch für Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen und geringen Verbalisierungsfähigkeiten ihrer Befindlichkeiten, emotionalen Regungen und Gefühlszustände angeboten werden können, wenn sie eben diesen Voraussetzungen und Möglichkeiten entsprechend – wie in der allgemeinen Psychotherapie auch – den individuellen Potenzialen angepasst werden. Psychotherapie mit Men-

schen mit diesen Einschränkungen ist daher vor allem eine Herausforderung für den Therapeuten.

Der Psychotherapieforscher Klaus Grawe (2005) nennt zusammenfassend fünf wesentliche Wirkfaktoren in der Psychotherapie: **Ressourcenaktivierung, Problemaktualisierung, Problembewältigung, motivationale Klärung** und vor allem **die Qualität der therapeutischen Beziehung**, die „**signifikant zu einem besseren oder schlechteren Therapieergebnis**“ beitrage. Insbesondere die Vertreter der humanistischen und psychodynamischen Verfahren betonen die Bedeutung der therapeutischen Beziehung und der „Therapeutenvariablen“ Achtung, Empathie, Echtheit und Kongruenz. Patienten mit geistiger Behinderung sind Meister der atmosphärischen nonverbalen Wahrnehmung. Die Verschwiegenheit und Zuverlässigkeit sowie die ungeteilte Aufmerksamkeit des Therapeuten erscheinen in der Praxis als wesentliche zusätzliche Wirkfaktoren. Vielen Klienten sind diese Erfahrungen neu, weil Grenzüberschreitungen auf allen Ebenen eine häufige und bestimmende Lebensrealität von Menschen mit geistiger Behinderung sind. Es wird Aufgabe der kommenden Forschungsarbeit sein, den bisher vorliegenden Therapieberichten weitere folgen zu lassen und diese auf die darin angegebenen Wirkfaktoren zu untersuchen.

Ein besonderes Problem stellt das Erkennen bzw. die Entwicklung der Motivation des Klienten zur Veränderung dar, da dieser selten aus eigenem Antrieb in die Psychotherapie kommt. Die Vorstellungen der Bezugspersonen müssen sich nicht unbedingt mit denen des Klienten decken. Es ist sinnvoll, dass der Therapeut bereits beim ersten Kontakt mit dem Klienten anspricht, wer ihn angerufen hat und warum. Es bereitet immer wieder Erstaunen, wie sehr auch schwer und mehrfach behinderte Menschen auf diese Ansprache aufmerksam und positiv reagieren. Der Therapeut muss mit möglichen Zielkonflikten der Beteiligten ethisch angemessen und therapeutisch sinnvoll umgehen können. Hier liegt noch sehr wenig an veröffentlichten Erfahrungen vor. Es ist aber anzunehmen, dass auch hier wie zu fast allen anderen Fragen die Erfahrungen der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie hilfreich sind.

Die Rolle des Therapeuten wird übereinstimmend als aktiver und gestalten-

der als in der üblichen Psychotherapie eingeschätzt. Dem Klienten sollten konkrete und äußerlich sichtbare Alternativen und Wahlmöglichkeiten vorgegeben werden. Soziale Situationen und emotionale Befindlichkeiten können anhand von Figuren, Bildern, formbaren Materialien, Rollenspielen, Szenen o.Ä. visualisiert werden und damit der verbesserten Selbstwahrnehmung dienen. Die Beherrschung vielfältiger, auch nonverbaler Interventionsmethoden ist erforderlich. Allgemein wird die Notwendigkeit der Ressourcenorientierung betont. Eine besondere Herausforderung für den Therapeuten besteht in der Findung und Entwicklung der geeigneten Kommunikationsebene (z.B. Musik, Bewegung) und Sprache, die anschaulich, verständnisvoll, verstehbar, konkret, nachvollziehbar sein muss. Häufig erscheint es sinnvoll, gemeinsame Begriffe zu finden und dafür bestimmte Gesten, Symbole oder Handlungen zu vereinbaren. Insbesondere ständiges Fragen wird von Klienten mit geistiger Behinderung als beschämend erlebt. Sie sind hierin gebrannte Kinder, weil sie in ihrer Biografie oft demütigenden Vorführfragen ausgesetzt waren, die ihren begrenzten kognitiven Horizont und ihr langsames Denktempo bloßlegen.

Die Langsamkeit der Prozesse sowie die hohe Störanfälligkeit verlangen viel Geduld und Zeit, ein häufig geäußertes, nicht zuletzt auch finanzielles Hindernis für Psychotherapeuten. Kooperative Fähigkeiten und Bereitschaft zur Kooperation mit Angehörigen, Helfern und anderen Fachleuten sind unabdingbare Voraussetzungen.

Familientherapeutische, systemische Behandlungsstrategien akzeptieren das geistig behinderte Familienmitglied als tätiges Subjekt, das auf seine Art, nach seinen Interessen und mit seinen Möglichkeiten gestaltend Einfluss auf sein Primärsystem nimmt und deren „Opfer“ es gleichzeitig ist. Die enormen Wirkungen, die Menschen mit Behinderungen auf die Gestaltung der konkreten Lebensumstände und emotionalen Beziehungen ihrer primären sozialen Gruppen nehmen, können mit Methoden und Techniken systemischer Konzepte, insbesondere mit solchen, die vom behinderten Mitglied keine verbale Kommunikation verlangen, verstehbar gemacht werden. Auch systemische Therapie braucht im Kern keine Modifikationen, um mit die-