

Menschen mit Behinderungen in der ambulanten Psychotherapie

Die Psychiatrisch Psychotherapeutische Ambulanz der Evangelischen Stiftung Alsterdorf ist seit Mitte 2000 zur psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung von Menschen mit schweren und mehrfachen Behinderungen ermächtigt, die anderweitig nicht adäquat versorgt werden können und von Vertragsärzten überwiesen werden. Neben Menschen mit geistiger Behinderung können dies auch Menschen mit Sinnes und Körperbehinderung sein.

Das Behandlungsteam besteht aus einem Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie und 4 Psychologen und Psychologinnen, die in den Richtlinienverfahren „Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie“ oder „Verhaltenstherapie“ zugelassen sind.

Die Ermächtigung zur ambulanten Behandlung erfolgte, weil in den üblichen psychotherapeutischen und psychiatrischen Settings Menschen mit Behinderung häufig nicht adäquat behandelt werden können. Die Arbeit in unserer Ambulanz weist deshalb einige Besonderheiten auf, die im Folgenden dargestellt werden sollen. Dabei werden hier die Erfahrungen im psychotherapeutischen Behandlungsbereich dargestellt, die Erfahrungen im psychiatrischen Behandlungsbereich werden gesondert berichtet.

Voraussetzungen der Behandlung

Die Voraussetzung der psychotherapeutischen Behandlung in der Psychiatrisch Psychotherapeutischen Ambulanz Alsterdorf besteht abgesehen von dem formalen Erfordernis der Überweisung durch einen Vertragsarzt und dem Vorliegen eines Krankenscheines in der Diagnose einer krankheitswertigen Störung gemäß den Psychotherapierichtlinien.

Die Entscheidung für oder gegen eine Psychotherapie vor allem bei geistig behinderten Menschen wird dabei im Unterschied zur Behandlung nicht behinderter Klienten häufig erst im Laufe der ersten Behandlungssitzungen getroffen, da sie erst durch die konkrete Erfahrung ermessen können, wie eine psychotherapeutische Behandlung abläuft.

Der Erstkontakt kommt oft über Betreuungspersonen oder Eltern zustande. Um die Therapie angemessen gestalten zu können, ist es bei den geistig behinderten Klienten wichtig, zu Beginn das kognitive Niveau zu erfassen. Meistens geschieht dies innerhalb der Gespräche selbst. Bei Bedarf werden auch Testverfahren angewendet. (z.B. Raven, Diagnostischer Fragebogen Alsterdorf). Für die weitere Gestaltung der Therapie ist es entscheidend, inwieweit die Klientin in der Lage ist den Konjunktiv,

d.h. Möglichkeiten zu begreifen, welche Einsichtsfähigkeit und welche Möglichkeiten zur Selbstreflexion bestehen, oder auch welche Formen des Zeitbegriffs entwickelt wurden.

Eine Klientin fragte, ob wir uns „für immer wöchentlich“ treffen könnten. Ich war ziemlich erfolglos damit, ihr zwar zu sagen, dass wir uns schon über längere Zeit treffen würden, dass aber auch diese Zeit begrenzt sei, bis sie selbst eine geradezu poetische Lösung fand, in dem sie meinte: "Dann treffen wir uns also erstmal für immer."

Grundsätzlich ist für die psychotherapeutische Behandlung in unserer Ambulanz eine gewisse sprachliche Ausdrucksfähigkeit Voraussetzung, d.h. mit Klienten, die aufgrund ihrer schweren geistigen Behinderung keine Sprache erwerben konnten, arbeiten wir nicht.

Therapeutisches Setting

Bei der Behandlung behinderter Klientinnen und Klienten ist eine große Variabilität des Settings notwendig.

Mit einer gehörlosen Frau fand die Kommunikation häufig schriftlich und mit vielen unterstützenden Gesten statt. Außerdem brachte die Klientin ihrer Therapeutin einige Ausdrücke in Gebärdensprache bei. In den Fällen zweier körperlich schwer behinderter Klienten, die nicht sprechen konnten, lief die Verständigung in einem Fall über einen Sprachcomputer und zur Terminabsprache über e-mails, im anderen Fall über einen darin geübten Betreuer als Übersetzer.

Vielfach ist das Setting nicht auf die klassische Einzelsitzung beschränkt, sondern Angehörige oder Wohngruppenmitarbeiter werden in unterschiedlicher Weise einbezogen.

Bei einem geistig behinderten Klienten kam ein Wohngruppenmitarbeiter regelmäßig mit. Der Klient litt unter multiplen Phobien und wäre von sich aus sicherlich nicht gekommen und sprach ganz wenig mit mir. Der Mitarbeiter ergänzte die knappen Schilderungen des Klienten und berichtete von Schwierigkeiten und Erfolgen. Der Klient war aber in der Lage zuzustimmen oder abzulehnen, wenn der Mitarbeiter seine Probleme schilderte. In diesem Fall wurden in den Sitzungen Übungen vereinbart und die Bereitschaft des Klienten eingeholt, diese Übungen gemeinsam mit dem Betreuer durchzuführen (einkaufen, an der Kasse warten). Dies geschah über eine Art Dreieckskommunikation, wo ich z.T. mit dem Klienten selbst redete, z.T. mit dem Mitarbeiter, während der Klient zuhörte, bzw. Betreuer und Klient redeten und ich hörte zu..

In einem anderen Fall war die Klientin durch die Anwesenheit des ihr lange bekannten Wohngruppenmitarbeiters sicher genug, um emotionale Risiken einzugehen und sie belastende Situationen zu beleuchten. Dieses Setting brachte Dinge zur Sprache, die die Klientin nach ihren Aussagen so noch nie ausgesprochen hatte und die sicherlich auch nicht zur Sprache gekommen wären, wenn sie mit mir allein gewesen wäre. Ebenso erhielt der Betreuer ein neues und umfassenderes Verständnis über die Situation der Klientin

Häufig ist eine zusätzliche Beratung von Angehörigen und Wohngruppenmitarbeitern sinnvoll, um ein angemessenes Verständnis der individuellen Dynamik des behinderten Menschen zu erreichen. Oft sind geistig behinderte Klienten überfordert mit den an sie gestellten Ansprüchen an ihr Verständnis und ihre verbale Ausdrucksfähigkeit.

So geht es bei den Beratungen der Betreuungspersonen häufig auch um Verdeutlichung des kognitiven Entwicklungsstandes und der dazugehörigen Möglichkeiten und Grenzen. Manchmal erhält man auch direkt den Auftrag von Klienten, den Angehörigen bestimmte Dinge zu erklären. Es kann dann durchaus sinnvoll sein, diesem Auftrag zu entsprechen, wenn jemand sonst durch die emotional schwierige Situation überfordert ist.

Eine Klientin wünschte, dass ihre Mutter nicht mehr über jede Aktivität Auskunft verlangte, hatte aber die Befürchtung, dass ihre Mutter dann sehr gekränkt reagieren würde. Sie wünschte sich meine Unterstützung, da sie sich von der Situation deutlich überfordert fühlte.

Im Unterschied zu Psychotherapien mit nicht behinderten Menschen beanspruchen Therapien mit behinderten Menschen meist wesentlich mehr Zeit. Die Anfangsphase, in der es um die Klärung der Motivation, der Themen und des therapeutischen Auftrags geht, dauert in der Regel wesentlich länger. Geistig behinderte Menschen brauchen mehr Zeit, um Dinge zu verstehen, umzusetzen und zu verarbeiten.

Häufig lässt eine Reaktion so lange auf sich warten, dass es manchmal unklar ist, ob der Klient die Frage nicht verstanden hat, gedanklich abgedriftet ist, oder wirklich die Zeit zum Nachdenken braucht. Es kann auch vorkommen, dass in einem viel späteren Verlauf der Stunde unvermittelt eine Reaktion auf etwas erfolgt, was am Anfang Thema war.

Bei den körperbehinderten oder sinnesbehinderten Klientinnen und Klienten dauert es eher lange, bis man sich auf deren spezifische Art der Kommunikation eingestellt hat und therapierelevante Themen zur Sprache kommen können.

Einen spastisch gelähmten Klienten konnte ich lange fast gar nicht verstehen und war auf die Übersetzung durch eine Begleitperson angewiesen, bis ich gelernt hatte, mich auf seine spezifische Ausdrucksweise einzustellen.

Sitzungsfrequenz und Dauer bei der Behandlung der behinderten Klienten entsprechen dem, was in der Psychotherapie üblich ist, d.h. die Sitzungen finden in der Regel einmal wöchentlich statt und dauern ca. 50 Minuten. In Krisenfällen kann die Sitzungsfrequenz vorübergehend erhöht sein. Auch kann die Sitzungsdauer variieren, wenn Klienten die volle Zeit nicht durchhalten können.

Therapeutisches Vorgehen

Auch im therapeutischen Vorgehen ist meistens eine wesentlich größere Flexibilität erforderlich, als bei der Behandlung nicht Behinderter. Die Behandler und

Behandlerinnen sollten deshalb über das therapeutische Richtlinienverfahren hinaus, in dem sie ausgebildet wurden, eine große Bandbreite an Interventionsmöglichkeiten zur Verfügung haben. Dies gilt besonders für die Behandlung geistig behinderter Menschen. Hier ist es ausschlaggebend, inwieweit es gelingt, in der Therapie Worte in konkrete Erfahrungen zu übersetzen und dem kognitiven Niveau anzupassen. Wesentlich ist es, sich dem Sprachniveau in Bezug auf Satzbau, Wortwahl und vor allem Langsamkeit des Sprechens anzupassen.

Eine depressive Klientin, die seit einem Unfall mit einer schweren Hirnschädigung körperbehindert ist, unter Wortfindungsstörungen leidet und darauf angewiesen ist, dass alle Abläufe, auch die sprachlichen, langsam gestaltet werden, konnte sich häufig nicht adäquat sprachlich äußern, und sagte dann gar nichts, blieb im Allgemeinen stecken („Mir geht es irgendwie schlecht“) oder drückte sich missverständlich aus. Sie sagte z.B.: "Wenn meine Mutter mit meiner Betreuerin redet, bin ich abgeschoben." Eigentlich wollte sie ausdrücken, dass sie es als Entlastung erlebte, wenn ihre Wohngruppenbetreuerin mit ihrer Mutter redete, da sie sich dann nicht mehr im Mittelpunkt des Geschehens fühlte. Es dauerte einige Zeit, bis ich den Zusammenhang in ihrem Sinn richtig verstand. In dieser Behandlung ging es vor allem um eine gemeinsame Suche nach Worten, die es ihr erlaubten, sich klar und eindeutig mitzuteilen, was enorm viel Zeit beanspruchte – aber durchaus lohnend war. Von ihr erhielt ich öfter den Auftrag, mit der Mutter und den Wohngruppenmitarbeitern zu sprechen, um Missverständnisse auszuräumen. Z.B. sagte sie über ihren Freund: „Den gibt es zweimal und damit komme ich nicht klar.“ Was zunächst die Vermutung eines wahnhaften Geschehens nahe legte, stellte sich dann als ein Konflikt mit unterschiedlichen Verhaltensweisen ihres Freundes heraus.

Um Therapieinhalte konkret erfahrbar zu machen, gibt es verschiedene Möglichkeiten. So können verschiedene Techniken hilfreich sein, wie beispielsweise Rollenspiele oder eine Verdeutlichung innerer Konflikte mithilfe von zwei Puppen. Manchmal ist die Anwesenheit von Wohngruppenmitarbeitern, Beziehungspartnern oder Eltern günstig, weil sie die konkrete Verbindung zum Leben außerhalb der Therapie herstellen und in der Therapie Konflikte direkt bearbeitbar werden.

Wie in anderen Therapien auch, zeigen sich viele problematische Verhaltensweisen in der Übertragungsbeziehung zum Therapeuten und werden dort auch sinnvoller Weise bearbeitet.

Eine Klientin beschwerte sich bei einer Kollegin bitter, als die Sitzung fünf Minuten später begann und bestand auch immer darauf, dass eine volle Stunde minutengenau eingehalten wurde. Über die konkrete Ebene hinaus, in der es darum ging, wer entscheidet, wie lange die Sitzung dauert, zeigten sich hier die Kontrollwünsche der Klientin und ihr Gefühl dauernd zu kurz zu kommen.

Häufig wird davon ausgegangen, dass in der Therapie von geistig Behinderten die aktive Hilfe zur Problembewältigung ausschlaggebend ist (z.B. Übungen, Hausaufgaben, Erlernen von Entspannung etc.). Abgesehen davon, dass geistig behinderte Menschen, wie andere Menschen auch, nur dann bereit sind, bestimmte Übungen durchzuführen, wenn sie einen Sinn darin sehen, wird häufig das Bedürfnis auch dieses Klientels nach Sinnsuche und Klärung der Bedeutung und der Ursprünge ihrer Schwierigkeiten unterschätzt

Im Folgenden wird ein Therapieverlauf beschrieben, in dem einige der oben benannten Punkte beispielhaft deutlich werden.

Als sich die leicht geistig behinderte Frau F. in der Ambulanz vorstellte, war sie depressiv und litt unter einem enormen Übergewicht. (ca. 170 Kilo bei ca. 1,65 m). Sie lebte in einer eigenen Wohnung, in der sie pädagogisch betreut wurde und kam auf Betreiben der für sie zuständigen Mitarbeiterin. Zu Anfang hatte sie keine eigene Motivation, die Gespräche bestanden hauptsächlich aus Beschwerden über taktlose Bemerkungen anderer über ihre Fettsucht oder Grenzverletzungen ihrer Familie. So ärgerte sie sich z.B. ständig, dass ihre Mutter ihre Wohnung umräumte und eigenmächtig Möbel entsorgte und neu kaufte. Sie händigte ihr aber immer wieder den Schlüssel aus, so dass solche Situationen sich wiederholten. Sie fühlte sich hilflos und verzweifelt und war wütend auf alle und auch auf mich, weil sich nichts an ihrer Situation änderte.

Vor Beginn der Psychotherapie war Frau F. einige Male zur Gewichtsreduktion in stationärer Behandlung, hatte es auch mehrmals in Eigenregie geschafft 10-20 Kilo abzunehmen, nahm aber bei jeder emotionalen Krise wieder zu. Der Therapieverlauf spitzte sich krisenhaft zu. Die Klientin wollte abbrechen, weil alles nichts nutze. Ich fand keinen rechten Zugang zu ihr und war auch schon kurz davor aufzugeben.

In diesem Fall war die Verwendung einer Metapher ausgesprochen nützlich und brachte den Durchbruch. Ich erklärte ihr den therapeutischen Prozess als eine Form des Bergsteigens. Es sei ihre Entscheidung, ob sie das Unternehmen wagen wolle.. Wenn ja, könne ich als Bergführerin fungieren, die sie unterstützt und aufpasst, dass nichts Gefährliches passiert, aber klettern müsse sie schon selbst. Auf diese Weise gelang es ihr, eine eigene Entscheidung zu treffen, den therapeutischen Prozess zu wagen. Sie zeigte sich dann auch bereit und in der Lage, ihre Anteile an konflikthaften Situationen zu beleuchten und zu überlegen, was sie tun könnte, um ihre Situation zu ändern.

Sie berichtete, dass sie als Kind mittags nach der Schule bei ihrer Großmutter aß und dann noch mal bei ihrer Mutter, obwohl sie keinen Hunger mehr hatte, um beide Frauen nicht zu kränken. Sie war schon als Kind stark übergewichtig. Sie schilderte, wie es ihr damals nicht möglich war, die Situation zu benennen und nicht erlaubt war, in Bezug auf das Essen autonome Entscheidungen zu treffen. Als ihr diese Zusammenhänge mit der aktuellen Problematik klar wurden, wirkte sie deutlich erleichtert über das tiefere Verständnis ihres Verhaltens. Das Autonomiethema wurde auch wieder deutlich, als sie einen Vorteil ihres hohen Gewichts benennen konnte und leicht triumphierend sagte: „Durch mein Gewicht bin ich langsam und dann bestimme ich das Tempo.“

Zu ihrer Mutter grenzt sie sich inzwischen deutlicher ab. Sie fährt seltener hin, lehnt es ab, über bestimmte Reizthemen zu diskutieren. Das Schloss in ihrer Wohnung ließ sie auswechseln, ohne den neuen Schlüssel ihrer Mutter auszuhändigen. Der Kontakt zu ihrer Mutter bekam auch positive Seiten, nachdem sie mit ihr besprechen konnte, wie sehr sie sich durch bestimmte Verhaltensweisen gekränkt fühlte und die Mutter ihr sagen konnte, dass das nicht ihre Absicht gewesen sei und ihr leid tue.

Nachdem wir einige der unbewussten Motive für ihr massives Übergewicht näher beleuchtet hatten (Abgrenzung, Autonomie, Schutz), rückte das konkrete Thema „Abnehmen“ wieder in den Vordergrund. Dabei entwickelte sie eine massive Panikstörung, die noch mal deutlich machte, wie ungeschützt sie sich schon bei der Idee abzunehmen fühlte. Nachdem dies anerkannt und gewürdigt war, konnte sie

aktiver mit ihren Ängsten umgehen und war in der Lage, selbstständig angsterregende Situationen aufzusuchen, sich selbst zu beruhigen und die Situationen erfolgreich durchzustehen.

Inzwischen nimmt sie kontinuierlich ab. Ihre Betreuerin informierte sie über ein Ernährungs- und Bewegungsprogramm für übergewichtige geistig behinderte Menschen (Moby Dick). Demnächst will sie einer solchen Gruppe beitreten.

Diese Therapie begann vor drei Jahren. Hier wird der zeitliche Faktor sehr deutlich, es zeigt sich aber auch, dass es sich lohnen kann, diesen hohen zeitlichen Aufwand zu betreiben.

Therapeutische Beziehung

Bei der Psychotherapie mit behinderten Menschen ist wie in jeder anderen Therapie eine gute therapeutische Beziehung ausschlaggebend, d.h. dass der Klient sich vom Therapeuten angenommen und unterstützt fühlt und das Gefühl hat, dass ihm geholfen wird.

Die Gestaltung der therapeutischen Beziehung bei behinderten Menschen kann aber einige Unterschiede aufweisen und ist in einigen Teilen auch erschwert. Dies ist, wie oben beschrieben, beispielsweise der Fall, wenn bei schwer körperbehinderten Menschen einige elementare Ausdrucksmöglichkeiten, wie Sprache, Gesichtsausdruck oder Gestik eingeschränkt sind oder fast ganz ausfallen und die Gestaltung vor allem auf schriftliche Äußerungen reduziert ist.

Häufig gibt es auch mehr Maßnahmen notwendiger konkreter Fürsorge, wie z.B. jemandem in den Rollstuhl hinein- oder herauszuhelfen etc. Einerseits gibt es hier Möglichkeiten, den Klienten deutlich und konkret zu zeigen, dass sie willkommen sind und man sich um sie kümmert, was sich positiv auf die Beziehung auswirkt. Andererseits wird hierdurch häufig von Anfang an eine größere Nähe hergestellt, als sie zunächst emotional vorhanden ist. Es setzt sich eine häufig vorhandene Ambivalenz fort, die die Beziehungen vor allem körperbehinderter Menschen prägt: eine unangemessen große körperliche Nähe zu einer nicht ganz so nahe stehenden Personen. Solch eine Nähe ist auch für uns als Therapeuten nicht unproblematisch, beispielsweise wenn es darum geht, einem Klienten mit starkem Speichelfluss den Mund abzuwischen und den eigenen Ekel zu bewältigen.

Ein weiteres Merkmal der therapeutischen Beziehung ist wie oben beschrieben, die Erweiterung der therapeutischen Zweierbeziehung durch Kontakte mit Eltern und Betreuern. Es kann vorkommen, dass behinderte Klientinnen sich wünschen, dass Gespräche mit den Betreuern ohne sie stattfinden, weil sie sich davon überfordert fühlen. Um die gebotene Vertraulichkeit nicht zu verletzen, ist es dann äußerst wichtig, dies nur in Absprache mit dem Klienten zu tun und ggf. auch genau zu klären, was besprochen werden darf und was nicht.

Wichtig für die therapeutische Beziehung ist eine angemessene Anrede. Viele der geistig behinderten Klienten sind es häufig gewohnt geduzt zu werden. Trotzdem ist es oft sinnvoll beim „Sie“ zu bleiben, um ihre Autonomie als erwachsene Menschen

deutlich zu markieren. Andererseits erzeugt in einigen Fällen die Anrede mit dem Nachnamen eine so große Distanz (einige geistig behinderte Menschen identifizieren sich nur mit ihrem Vornamen), dass der therapeutische Kontakt dadurch erschwert ist. Dann kann es durchaus sinnvoll sein, sich zu duzen.

Themen

Im Unterschied zu vielen nicht behinderten Klienten verfügen Menschen mit Behinderungen in der Regel über ein brüchiges oder schwer belastetes soziales Netz, das es ihnen erschwert in Krisensituationen die nötige Unterstützung zu finden.

Nach unseren Erfahrungen liegt bei behinderten Menschen häufig eine erhöhte psychische Verletzlichkeit vor. Bei geistig behinderten Menschen sind die kognitiven Verarbeitungsprozesse behinderungsbedingt eingeschränkt, und oft ist nicht nur die kognitive, sondern auch die psychosoziale Entwicklung retardiert. Diese erschwerenden Voraussetzungen haben oft eine Vielfalt von klinischen Symptomen zur Folge, die in einer psychotherapeutischen Behandlung eine Bedeutung erhalten. Hinter diesen Störungen verbergen sich vielfältige Themen, von denen im Folgenden einige exemplarisch vorgestellt werden.

Häufiges Thema ist eine Selbstwertproblematik im Zusammenhang mit Erfahrungen und Einschränkungen als behinderter Mensch. Ebenso geht es oft um das Gefühl der Trauer um die behinderungsbedingten Einschränkungen, die Möglichkeiten, die man nicht mehr oder noch nie hatte.

Für einen jungen behinderten Mann war die Erkenntnis äußerst schmerzlich, dass seine Träume von einer eigenen Wohnung und dem Führerschein nie zu verwirklichen sind. Er meinte: „Das sind doch ganz normale Wünsche oder?“

Häufig zeigt sich ein existenzielles Gefühl eigener Minderwertigkeit und ein Selbstbild, auf Grund der Behinderung nicht liebenswert zu sein.

So antwortete ein geistig behinderter junger Mann, als ich ihm mitteilte ich sei schwanger: "Ich wünsche dir alles Gute und vor allem, dass das Kind nicht behindert wird, nicht so wie ich."

Ein weiterer Themenbereich sind Traumatisierungen aufgrund von sexualisierter, psychischer und physischer Gewalt, für die nach unserer Erfahrung für behinderte Menschen eine erhöhte Gefährdung besteht. Einer meiner Kolleginnen fiel z.B. auf, dass viele ihrer geistig behinderten Klientinnen sterilisiert sind und dass fast allen zum Zeitpunkt des Eingriffs die Konsequenzen nicht wirklich klar waren. So wurde die Sterilisation sehr oft im Nachhinein als gewaltsamer Übergriff meist auch noch der engsten Bezugspersonen erlebt, mit allen daraus folgenden psychischen Konsequenzen.

Auch wird die Behinderung an sich häufig als Trauma erlebt, dies vor allem dann, wenn sie Folge eines Unfalls oder einer Krankheit ist.

Ein ebenfalls vielfach auftretendes Thema sind Partnerschaftsprobleme und Partnerschaftswünsche. Es geht dann beispielsweise um die Schwierigkeiten, einen Partner oder eine Partnerin zu finden, häufig um unrealistische Vorstellungen über den Wunschpartner und darum mit den Schwierigkeiten des Alleinlebens fertig zu werden oder auch um Probleme in einer bestehenden Partnerschaft. Auch hier müssen behinderte Menschen meist mit größeren Problemen kämpfen als andere. Sei es, weil die Partnerschaft durch die zunehmende körperliche Hinfälligkeit des einen Partners immer mehr belastet ist, weil ein körperlich oder geistig behinderter Mensch nur eingeschränkte Möglichkeiten hat, einen Partner kennen zu lernen oder, weil es, bedingt durch die geistige Behinderung, schwierig ist, Probleme zu erkennen und zu benennen.

Ein letztes sehr typisches Thema, ist die Ablösung von den Eltern. Durch körperliche oder geistige Behinderungen und die vielen nötigen Hilfen und Unterstützungen, die Angehörige leisten, ist die Bindung oft über lange Jahre intensiv und eng und häufig von gegenseitigen Abhängigkeiten geprägt. Bei geistig behinderten Menschen erfolgen Ablösungsversuche durch die Entwicklungsverzögerung häufig erst sehr spät. Viele Behinderte machen nur halbherzige Versuche mit vielen Rückschlägen, ganz abgesehen davon, sind viele von ihnen auch bei ihrem Wunsch nach mehr Selbständigkeit auf Hilfe angewiesen sind, weil sie sich nicht allein fortbewegen, sich selbständig eine Wohnung suchen können etc. Etliche Eltern sind auch schon alt und die behinderten Menschen haben Schwierigkeiten, den Eltern ihre Suche nach Eigenständigkeit zuzumuten. In einem Gewirr aus Dankbarkeit, Liebe, Verpflichtung und Schuld, ist es sowohl für die Eltern als auch für die Kinder schwierig, eine größere Distanz zuzulassen.

Zusammenfassung

Auf Grund der Erfahrungen der psychotherapeutischen Arbeit in der Psychiatrisch-Psychotherapeutischen Ambulanz lässt sich zusammenfassend feststellen: Die Unterschiede in der Psychotherapie behinderter und nicht behinderter Klienten und Klientinnen zeigen sich am deutlichsten in einer notwendigerweise großen Variabilität des therapeutischen Settings und des Vorgehens und darin, dass der therapeutische Prozess meistens wesentlich mehr Zeit beansprucht. Die therapeutische Beziehung wird über den emotional stützenden Aspekt hinaus um ein deutlich größeres Maß an praktischer Fürsorge erweitert, als es in Psychotherapien normalerweise üblich ist.

Bettina Saathoff

Diplom-Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin
Verhaltenstherapie, Neurolinguistisches Programmieren

Korrespondenzadresse:

Psychiatrisch Psychotherapeutische Ambulanz
Evangelische Stiftung Alsterdorf
Alsterdorfer Markt 8
22292 Hamburg

Tel: 040 – 50773740
Fax: 040 – 50773592
e-mail: b.saathoff@alsterdorf.de