

## **Psychotherapie für Menschen mit geistiger Behinderung – ist dies eine Selbstverständlichkeit?**

### **An den Anfang stelle ich die Geschichte von Bernhard M.**

Mitte 2008 kommt er, 24 Jahre, leicht geistig behindert, verschüchtert, adipös, mit seiner Mutter in meine Sprechstunde. Er werde immer gleich wütend und rege sich auf, vor allem wenn andere ihn hänseln. Mit dem, was jetzt vorgefallen sei, werde er nicht fertig. Dorfjugendliche hatten, so stellt sich im Laufe der Stunde heraus, vor seinen Augen homosexuelle Sexualkontakte im angekleideten Zustand gemimt, dafür auch Geld von ihm genommen, wobei er versucht hatte, sich selbst zu befriedigen. Dies hätten die Dorfjugendlichen und er schon öfters so gemacht. Auf wessen Initiative das angefangen hat und wessen Idee das Ganze war, bleibt unklar. Aufgeflogen ist die Geschichte, als auch ein minderjähriger Dorfjugendlicher an diesen mimischen Darbietungen beteiligt habe und dies später seinen Eltern erzählt habe.

„Was ist so schlimm, wenn Kinder dabei sind“, fragt er. Und gleich danach: „Ich möchte eine Frau, aber mich will ja keine, weil ich zu dick bin.“ Und etwas später: „Wenn mir das einer sagt, kann ich schon böse werden.“ Abgesehen von der Problematik des geschilderten Vorfalles als solchen, bei dem sich natürlich die Frage stellt, wer hat hier eigentlich welche Verantwortung, ging es bei dem Therapiewunsch und bei meinem Antrag im Rahmen des Erstattungsverfahrens darum, eine tiefenpsychologisch fundierte Therapie mit einem leicht geistig behinderten Mann durchzuführen, bei dem, so meine Überzeugung nicht eine sexuelle Delinquenz und erst recht keine Pädophilie im Vordergrund stand, sondern eine persönliche Unreife verbunden mit einem extrem geringen Selbstwertgefühl und Impulsdurchbrüchen, beispielsweise seiner Mutter gegenüber, aber auch in der Werkstatt, wie sich im Erstgespräch ergab.

Interessant ist die Ablehnung des Gutachters: es handele sich um die pädophile homosexuelle Handlung eines Perversen, die eine psychiatrische Behandlung notwendig mache, ggf. in Verbindung mit einer Verhaltenstherapie. Eine tiefenpsychologisch fundierte Behandlung sei keineswegs angezeigt. Bei den übrigen Problembereichen handle sich um „schicksalhafte Lebensprobleme Behinderter“. Es sei unwahrscheinlich, dass mit dem Patienten tiefenpsychologisch begründet gearbeitet werden könnte. Die Botschaft ist: Das, was Menschen mit Behinderung erleben, ist nicht psychotherapiewürdig, im Sinne von aufdeckender Arbeit, sondern muss psychiatrisch, sprich medikamentös behandelt werden, im besten Falle in Kombination mit einer Verhaltenstherapie. Man kann davon ausgehen, dass der Gutachter hier nicht an eine kognitive gedacht hat, sondern im herkömmlichen Sinne an ein Training. Der Vollständigkeit halber sei erwähnt, dass auch ein Widerspruchsverfahren, das der Klient in diesem Falle selber angeregt hatte, nichts an der Sache änderte.

## **Psychotherapie für Menschen mit Behinderung - eine Selbstverständlichkeit?**

Wir haben in der Evangelischen Stiftung Alsterdorf, genauer in der Psychiatrisch Psychotherapeutischen Ambulanz unserer Stiftung, nun seit 10 Jahren mit dem Thema Psychotherapie für Menschen mit geistiger Behinderung Erfahrung. Am Anfang dieser Erfahrung stand bei der Verhandlung um die Zulassung ebenfalls das Argument, dass Menschen mit geistiger Behinderung nicht psychotherapiefähig seien. Erst der Verweis auf die überwältigende internationale Literatur zu diesem Thema und die eigenen, in Alsterdorf seit Jahren schon gemachten Erfahrungen auf der Grundlage von Einzelbewilligungen im Erstattungsverfahren oder von Direktvereinbarungen mit dem Sozialhilfeträger konnten die ärztlichen Vertreter im Zulassungsausschuss dazu bewegen, sich an dieser Stelle etwas zurückzunehmen.

Historisch mag dieses tief sitzende Vorurteil gegenüber Menschen mit geistiger Behinderung in der lange geltenden Annahme begründet sein, dass psychische Störungen bei den Betroffenen Ausdruck der geistigen Behinderung seien und von daher nicht psychotherapierbar seien, sondern nur medikamentös zu behandeln und bestenfalls pädagogisch zu modellieren. Die Tatsache, dass die Intelligenzminderung immer noch Bestandteil des ICD's ist, mag ein Beleg für die Langlebigkeit dieser falschen und auch diskriminierenden Annahmen über Menschen mit geistiger Behinderung sein. Der wesentliche Grund für die These der Therapieunfähigkeit geistig Behinderter scheint mir aber der zu sein, dass sie damals vor 10 Jahren in den Hamburger Verhandlungen, wie bedauerlicherweise manchmal bis heute bei bestimmten Gutachtern, als wenig lern- und vor allen Dingen als nicht einsichtsfähig und deshalb auch nicht therapiefähig eingestuft werden.

### **Argumente aus der praktischen Erfahrung**

Definiert man Psychotherapie als vorbehaltlosen interpersonalen Kontakt, in dem auf der Basis einer zumindest minimalen Selbstwahrnehmung und unter Ausnutzung einer ebenfalls zumindest minimalen Motivation zur Veränderung ein neuartiger Selbststeuerungsprozess in Gang gesetzt wird, so hat dies für die Gruppe der Menschen mit geistiger Behinderung folgende Konsequenzen:

1. in der sozial-emotionalen Entwicklung muss die Phase der Wahrnehmung des eigenen Selbst als getrennt vom Anderen erreicht sein, die Subjekt Konstanz und damit die Wahrnehmung eigener Aktivitäten als meine eigenen Handlungen und Handlungen mit Folgen für die Umwelt. Umgekehrt kann man aber sagen, dass eine abgeschlossene Urvertrauensentwicklung oder gar eine abgeschlossene Autonomieentwicklung dagegen nicht zwingend Voraussetzung für eine therapeutische Intervention ist, sondern durchaus Gegenstand der Therapie.
2. Im Bereich der kognitiven Entwicklung liegt die Mindestvoraussetzung im Erreichen anschauungsgebundenen Denkens verbunden mit einem Sprachniveau, bei dem die Sprache vor allen Dingen dem Mitteilen konkreter Botschaften dient, ein Lernen durch konkrete Vorbilder und konkrete Erfahrungen möglich ist und die Möglichkeit des Vorausdenkens, sprich des Antizipierens, besteht. Egozentristische Erklärungen der Welt, ebenso magische Denkinhalte, können zwar ausgesprochen große Schwierigkeiten in der Therapie darstellen, müssen aber nicht bereits überwunden sein. Ein konkret-operationales Denken, wie es Kindern beispielsweise ab 8 Jahren möglich ist, das sich aus der unmittelbaren Anschauung löst und nicht mehr nur

Abbildung einer inneren Handlung ist, sondern angenommene Vorstellung, ist nicht unumgängliche Voraussetzung.

Die Insider werden es gemerkt haben: die Erfahrung, über die ich hier berichte, gehen davon aus, dass auch Menschen mit einer geistigen Behinderung mittlerer Graduierung, d.h. ICD 71, bzw. IQ 35 – 49, mentales Alter 6 – 9 Jahren, prinzipiell einer psychotherapeutischen Behandlung zugänglich sind.

Dies belegen auch unsere Behandlungszahlen in der Psychiatrischen Ambulanz Alsterdorfs.

<b>Eingangsd Diagnosen</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>
F 81/84, Lernbehinderung / Entwicklungsstörungen:	14,8 %	14,0%	14,8 %
F 70, leichte geistige Behinderung:	36,5%	34,9%	32,5 %
F 71, mittlere geistige Behinderung:	20,5%	3,0%	24,0 %
F 72 bis F79, schwere u. schwerste geistige Behinderung:	16,6%	18,4%	17,2 %
Andere Behinderungen	11,6%	9,7%	11,5 %

In diesen Fallzahlen sind auch die Fälle ausschließlich psychiatrischer Behandlung, woraus sich insbesondere die Fälle mit F 72 bis F 79 erklären. Des Weiteren ist bemerkenswert, dass wir eine verhältnismäßig geringe Anzahl von Menschen mit Lernbehinderung behandeln. Dies liegt regional bedingt daran, dass diese Betroffenen durchaus in das Netz der niedergelassenen Psychiater und Psychotherapeuten eher Einlass finden als Menschen mit F-70er Diagnose.

### **Die UN-Konvention über die Rechte der Menschen mit Behinderung: Gleichbehandlung im Gesundheitswesen**

In der heutigen Diskussion ergibt sich die Selbstverständlichkeit psychotherapeutischer Behandlung von Menschen mit Behinderung auch aus der Rechtslage und insbesondere durch die Konvention für die Rechte der Menschen mit Behinderung. Die Konvention setzt bekannterweise an der Menschenwürdegarantie an und sagt, dass diese Menschenwürdegarantie für eine Gruppe von Menschen, wie den Menschen mit Behinderung, die von Marginalisierung bedroht sind, nur einlösbar ist, wenn für sie die Freiheitsrechte, die *autonomy rights*, die Rechte auf Persönlichkeitsentwicklung, auf freie Meinungsäußerung und Selbstbestimmung in gleicher Weise gelten, wie die Rechte auf Schutz und Sorge, die *care rights*, die Rechte auf Schutz und Hilfe bei Erkrankung, bei Schwäche und bei Hilfebedürftigkeit, um an der Gesellschaft teilzuhaben.

Vor diesem Hintergrund ist Artikel 25, Gesundheit, der Konvention zu verstehen, der die Vertragsstaaten dazu verpflichtet, Menschen mit Behinderung eine Gesundheitsversorgung in der gleichen Bandbreite, der gleichen Qualität und dem gleichen Standard zur Verfügung zu stellen, wie anderen Menschen auch. Aber, und das sagt gleich der nächste Satz in der Konvention, bereitgestellt werden müssen auch speziellen Gesundheitsleistungen, die Menschen mit Behinderung wegen ihrer Behinderung benötigen. Man kann die Konvention an dieser wie an anderen Stellen gegen den Strich lesen, und behaupten, das allgemeine und bestehende Versorgungssystem soll bis auf die behindertenspezifischen Zusatzleistungen

für Menschen mit Behinderung ausreichen, sie sollen dort hingehen, wo alle behandelt werden.

Ein schöner Gedanke an sich, aber angesichts der tatsächlichen Praxis ein grandioses Missverständnis der Konvention. Integration als papierner Appell ohne die Mittel der tatsächlichen guten Versorgung im Regelsystem ist faktisch Unterversorgung und Ausschluss.

Kleine Rückblende auf die Entstehungsgeschichte der Ambulanz in Hamburg: nachdem das Argument der Therapieunfähigkeit von Menschen mit geistiger Behinderung der ärztlichen Vertreter im Zulassungsausschuss vom Tisch war, argumentierten die Kassenvertreter, die Menschen mit geistiger Behinderung müssten im bestehenden System niedergelassener Psychiater und der sich gerade etablierenden niedergelassenen Psychotherapeuten versorgt werden. Klang ganz nach „keine Sonderinstitutionen“, was damals ein durchgehender Slogan war. Sie argumentierten ganz modern, indem sie behaupteten, das allgemeine Versorgungssystem, müsse doch, gerade in einer Metropole wie Hamburg, ausreichen, um die Menschen mit Behinderung aufzunehmen und zu versorgen. Im Fortgang des Zulassungsverfahrens geschah dann das, was dann immer geschieht: die niedergelassenen Psychiater und Psychotherapeuten wurden befragt, ob sie denn die Klientel der geistig Behinderten in ihren Praxen behandeln könnten. Diese aber gaben ehrlicherweise und zu unserer großen Überraschung reihenweise und mehrheitlich an, mit der Behandlung von Menschen mit geistiger Behinderung überfordert zu sein. Sie seien weder fachlich dafür vorbereitet, noch kapazitär dazu fähig. Hinzu käme die bauliche Ungeeignetheit der meisten Praxen. Dieses Ergebnis ist durchaus zwiespältig zu sehen. Zum einen bescherte uns dieses Ergebnis, das soll nicht verschwiegen werden, zu unserem eigenen Vorteil, dann endlich die Zulassung. Die Versorgungslücke war erkannt und empirisch belegt, also bekamen wir die Zulassung. Auf der anderen Seite offenbarten natürlich die Antworten der Kolleginnen und Kollegen aus dem niedergelassenen Bereich, dass hier nicht nur ein Mangel an Expertise, sondern auch eine Verweigerung der Annahme, der Annäherung und der Entgegennahme eines Behandlungsauftrages vorliegt. Diese Haltung herrscht nach unserer Erfahrung in Hamburg bis heute fort. Allenfalls im Bereich der Lernbehinderungen kann man von einer Integration in den allgemeinen Praxenbetrieb sprechen, ansonsten sind alle unsere Bemühungen gerade auch auf Grund der Tatsache, dass wir überlaufen sind, die Kollegen im niedergelassenen Netz davon zu überzeugen, doch Menschen mit geistiger Behinderung in ihre Behandlung aufzunehmen, weitgehend fehlgeschlagen. Konkret haben wir vier Psychiater und drei Psychotherapeuten in Hamburg, mit denen wir in der Form zusammenarbeiten, dass sie uns Patienten abnehmen. Alle anderen Kollegen, die wir durchaus gut kennen, überweisen uns ihre Patienten, sobald sich eine geistige Behinderung herausstellt.

An der Frage, Integration in die allgemeinen Versorgungssysteme oder Bereitstellung besonderer Versorgungssysteme und damit Gefahr der Absonderung und Sonderbehandlung ergibt sich heute, gerade in Hamburg, aber sicherlich auch andernorts, noch ein anderer ideologischer Streit. In öffentlichen Diskussionen wird uns immer wieder vorgehalten, eine Art Sonderweg zu gehen und eine Sonderinstitution zu betreiben. Angesichts der tatsächlichen Versorgungslage ein etwas grotesk anmutender Vorwurf, aber er muss natürlich ernst genommen werden, vor allen Dingen, weil er immer wieder vorgetragen wird und das mit großer Vehemenz.

Es stellt sich die Frage, ob sich die Berechtigung einer Ambulanz wie der unsrigen alleine aus der Nicht-Versorgung oder Noch-Nicht-Versorgung durch die anderen ergibt, sprich: wenn diese anderen eines Tages ihre Meinung geändert haben, dann entfällt die Legitimation einer

Spezialambulanz, oder ob die Berechtigung sich darüber hinaus aus der Sache selbst ergibt, beispielsweise Entwicklung von Erfahrung und Wissen, auch Forschung, weil im niedergelassenen Allgemeinbereich kein einzelner Behandler eine solche Anzahl von Menschen mit Behinderung zu Gesicht bekommt, dass er daraus systematisches Wissen über diese Betroffenenengruppe ableiten könnte.

Mit großer Genugtuung haben wir deshalb die Stellungnahme der zentralen Ethikkommission der Bundesärztekammer zur Umsetzung der neuen UN-Konvention in das ärztliche Handeln des Gesundheitswesens vom Februar 2010 zur Kenntnis genommen. Dort wird völlig richtig und sehr klug unterschieden zwischen dem Anspruch auf gleiche Qualität und gleichen Standard der gesundheitlichen Versorgung für Menschen mit Behinderung und der Feststellung, dass dies aber nicht eine identische Behandlung bedeutet. Im Gegenteil: schon der Artikel 25 spricht ja deutlich von der Bereitstellung der Gesundheitsleistungen, die von Menschen mit Behinderung speziell wegen ihrer Behinderung benötigt werden. Weitergehend sprechen sowohl das Inklusionsziel, als auch unsere praktischen Erfahrungen für die Vorhaltung psychiatrischer und psychotherapeutischer Leistungen in einer Ambulanz, die schwerpunktmäßig Menschen mit Behinderung behandelt.

### **Inklusion oder Integration**

Zunächst zum Inklusionsansatz. Interessant ist, dass die Konvention stets den Begriff der Inklusion verwendet, wo in der deutschen Übersetzung noch Integration steht. Es lohnt sich, diesen sprachlichen Widerspruch etwa genauer zu betrachten, da hinter ihm nicht eine Wortersetzung, sondern ein Konzeptwechsel steht.

Integration heißt, hinein Holen in die Gesellschaft. Integration bedeutete und bedeutet in der Behindertenhilfe immer auch Normalisierung, im positiven Sinne sicherlich, der Mensch mit Behinderung soll normale Wohnangebote bekommen, normale Arbeitsmöglichkeiten, normale Bildungsmöglichkeiten, normale Behandlungsangebote im Sinne des gesellschaftlichen Durchschnitts. Dies ist sicherlich ein hohes und ehrenwertes Ziel der Gleichbehandlung, es bedeutet aber gleichzeitig auch die Anpassung an die Mehrheitsnormalität einer Gesellschaft, an eine „Leitkultur“ und die Missachtung der Verschiedenheit und der Besonderheit der Menschen mit Behinderung. Dem Integrationskonzept kann weitergehend auch bescheinigt werden, dass es geradezu zwei Gruppen schafft, nämlich die Integrierer und die zu Integrierenden, also letztlich den Zustand, den es überwinden will, immer wieder von neuem produziert. Letztendlich muss man dem Integrationskonzept auch vorhalten, dass es eine untere Linie schafft, eine untere Grenze, weil zur Integration natürlich bestimmte Fähigkeiten des integriert Werdens oder des integriert werden Könnens hinzukommen, über die nicht jeder Mensch mit Behinderung verfügt. Die, die diese Fähigkeiten nicht haben, fallen heraus.

Im Gegensatz dazu setzt das Inklusionskonzept einen ganz anderen Ausgangspunkt. Inklusion bedeutet vorbehaltloses Dazugehören, dazu gehörig sein und mittendrin sein. Alle in einer Region oder in einer Lokalität gehören dazu in einer vielgestaltigen Gesellschaft. Das Inklusionskonzept eröffnet damit eine ganz andere Perspektive, nämlich die, dass der gesellschaftliche Reichtum, man kann auch sagen die Entwicklungsfähigkeit der Gesellschaft, erst durch die Vielgestaltigkeit, das Zusammentreffen der vielen Verschiedenen zustande kommt. Für den Bereich der Wertschätzung bedeutet das Inklusionskonzept im Gegensatz zur karitativen Hinwendung, dass Du Anderer, der Du so anders bist, dazugehörst, dass Ich Dich brauche, dass Wir Dich brauchen und dass Wir ohne Dich arm wären. Diese Art von

Willkommensein des jeweils Anderen ist das Wesentliche am Inklusionskonzept. Historisch kann man das Konzept in Verbindung setzen mit den Reflektionen über Auschwitz von Adorno, der vor der Gleichheitsbehauptung der Menschen, außer vor dem Gesetz, stets gewarnt hat und gesagt hat, dass diesem ein totalitäres Konzept des Menschseins zugrunde liege. Adorno hat schon damals, 1948, den Begriff des „Miteinanders des Verschiedenen“ geprägt, also das, was dem Inklusionskonzept zugrunde liegt, der moderne englische Begriff der „diversity“.

Zurück zu unserem Problem der ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung von Menschen mit geistiger Behinderung. Verschiedenheit akzeptieren, willkommen heißen heißt auch, Verschiedenartigkeit von Behandlungsnotwendigkeiten akzeptieren und spezifische Behandlungsdifferenzierungen praktizieren. Praktisch heißt es, dass ich akzeptieren muss, dass nicht jeder alles können muss und dass nicht jede Praxis für alles bereitsteht, sondern dass diese Art von Spezialisierung, wenn sie der Qualitätsverbesserung und dem Zugang zu einer adäquaten Therapiemöglichkeit entspricht, auf jeden Fall die diversity einer Gesellschaft mehr garantiert, als die Zuweisung zu Allgemeinpraxen, wo dann die Behandlung abends um 18:30 Uhr geschieht, verschämt, so dass kein anderer Patient gestört wird und unter qualitativ schlechten Bedingungen, weil die Ärzte und anderen Behandler in diesen Praxen nur selten einen Menschen mit geistiger Behinderung sehen und von daher schon keine ausreichende Expertise in der Behandlung derselben haben können.

## Unsere Erfahrungen

Die Erfahrungen in der Psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung in unserer Ambulanz sind unter dem Gesichtspunkt von Gleichheit und Differenz zu betrachten. Ich gehe im Folgenden nur auf den Bereich der psychotherapeutischen Behandlung ein: Was ist gleich in der psychotherapeutischen Behandlung von Menschen mit geistiger Behinderung mit der Behandlung von Menschen ohne Behinderung? Was ist different?

Zunächst der Bereich der **Entwicklung des Therapiewunschs** des Betroffenen und die **Indikations- und Motivationsprüfung** in einem oder mehreren Erstkontakten.

Viele Menschen mit geistiger Behinderung können sich nach unserer Erfahrung nicht so recht vorstellen, was eine Therapie oder Gespräche beim Psychologen eigentlich genau ist, äußern aber gleichwohl den Wunsch, „Gespräche zu bekommen“ oder zum Psychologen zu gehen oder wünschen sich, dass es ihnen besser geht. Manchmal mag der Wunsch auch darin bestehen, dass sie Aufmerksamkeit haben wollen oder eine Person, die sich um sie kümmert. Selbstverständlich spielt die Fremdmotivation auch eine große Rolle, weil Eltern oder pädagogischen Assistenten sagen, „Du solltest mal“ oder „Du brauchst eine Therapie“.

Für uns gilt deshalb die Faustregel, dass all dies, was in einem Therapieprozess mit nicht behinderten Klienten wünschenswert ist

- ausreichende Motivation, sich einer Therapie zu unterziehen,
- Gewähr, regelmäßig an den Terminen teilzunehmen
- Klarheit über die Notwendigkeit eines Arbeitsbündnisses mit dem Therapeuten
- Vorhandensein oder schnell zu erarbeitende Zielvorstellung, die realistisch ist, und
- Bereitschaft, sich infrage zu stellen und zu verändern

als Anfangsindikation für die Erstgespräche in unserem Bereich zurückgestellt werden muss. Es ist vielmehr so, dass auch sekundäre Anfangsmotivationen, überhaupt ein Gespräch zu

suchen und Unklarheiten, was überhaupt ein therapeutischer Prozess ist und bringen kann, Basis dafür sind, dass ein gemeinsames Arbeitsbündnis, eine gemeinsame Zielsetzung und auch eine Motivation langsam oft über die ersten 10 Stunden erst erarbeitet werden.

Natürlich kann ein solcher Prozess in dieser Phase scheitern, wenn eine reine Fremdmotivation vorliegt. Auf der anderen Seite gibt es die Erfahrung, dass wenn es in dieser Phase gelingt, ein Arbeitsbündnis und eine ausreichende Zielsetzung zu erarbeiten, die Compliance-Probleme im späteren Verlauf der Therapie, beispielsweise bei konfrontativen Situationen oder bei aktuellen Problemausbrüchen nicht schwieriger zu bewältigen oder herausragender sind als bei nicht behinderten Klienten.

### **Exkurs:**

Unser Psychotherapeutenteam hat bezüglich der Erstgespräche innerhalb von mehreren Jahren gezielter Praxisauswertung ein spezielles Setting erarbeitet. Dieses besteht im Unterschied zu einem psychodynamischen Erstgespräch in einem strukturierten Setting mit geleiteten Fragen, weil die ansonsten übliche Überlassung der Strukturierung der Beziehung dem Klienten gegenüber diesen zu stark verunsichern würde.

Eine wichtige Empfehlung ist, zunächst in einer Aufwärmphase, insbesondere bei aufgeregten oder desorientierten Klienten nach gewohnten Dingen aus deren Alltag zu fragen. Damit können auch Leerläufe, wenn es dem Klienten peinlich wird über seine Probleme zu sprechen, vermieden werden.

Eine weitere Empfehlung ist, bei der Anamnese durchaus auch meist anwesende Begleitpersonen mit einzubeziehen, so dass wichtige Informationen auch tatsächlich benannt werden. Themen, die teils durch den Klienten, teils durch die Begleitpersonen dann angesprochen werden, gehören nach den Erfahrungen unseres Teams häufig den Problemkreisen

- Selbstwertproblematik,
- Trauer um die behinderungsbedingten Einschränkungen,
- Traumatisierungen aufgrund von sexualisierter psychischer oder physischer Gewalt
- Partnerschaftsprobleme, Partnerschaftswünsche und
- Ablösung von den Eltern.

Die Erstgespräche werden prinzipiell von zwei Psychologen, meistens, wenn es möglich ist, in einem gemischtgeschlechtlichen Tandem geführt, um die Übertragungsmöglichkeiten zu erhöhen und die Möglichkeiten zu nutzen, bei den entstehenden Gegenübertragungen während des Erstinterviews Schlüsse auf die Behandlungsbedürftigkeit und den Behandlungsplan zu ziehen. Nicht anders als im Bereich der Behandlung nicht behinderter Menschen kann man sagen, dass in solchen Gesprächskonstellationen, insbesondere wenn eine Begleitperson dabei ist, zugrunde liegende Konflikte oft re-inszeniert werden und in einem Auswertungsgespräch der beiden Gespräch führenden Therapeuten später auch dechiffriert werden können.

Im **Therapieprozess** selbst – ich nehme hier den Bereich der tiefenpsychologisch fundierten Therapie – fällt zunächst ein großer Bereich der Gleichheit bezüglich der konzeptionellen und strukturellen Aspekte auf:

- der Aktualkonflikt wird in der Regel regressions-begrenzend und fokussierend bearbeitet,

- erlebnisnahe psychodynamischer Determinanten des Verhaltens werden Schritt für Schritt in die Bearbeitung einbezogen
- psychodynamische Konflikte, wie insbesondere Selbstwertkonflikte und Autonomie-Abhängigkeitskonflikt sind bei Klienten mit und ohne geistige Behinderung weitverbreitet und können auch bei Menschen mit Behinderung erfolgreich bearbeitet werden, wenn es gelingt
  - Affekte zu differenzieren
  - Affekte zu verbalisieren und
  - Affekte in konkrete Erfahrungen zu übersetzen, die dem jeweiligen kognitiven Niveau entsprechen und zu Lernerfolgen führen.

Eine besonders wichtige Erfahrung ist die, dass nicht nur die Erstgespräche und damit der Aufbau einer tragfähigen Beziehung länger dauern, sondern auch der gesamte Prozess der Therapie. Wir nennen das das „Prinzip der Langsamkeit“, dass unsere Arbeit kennzeichnet und alle Kollegen im niedergelassenen Bereich natürlich nachvollziehbar abschreckt. Die meisten unserer Therapien dauern zwischen 6 und 8 Quartalen, also ca. 80 bis 100 Stunden.

Eine Differenz zu den Therapien mit Menschen ohne geistige Behinderung besteht sicherlich im Sprachniveau das in Bezug auf Satzbau, Umfang, Wortwahl und vor allen Dingen Langsamkeit dem jeweiligen Denkniveau und Sprachgebrauch des Klienten anzupassen ist. Ergänzend können, gerade zur Verbesserung von Selbstauskünften, auch Satzergänzungen benutzt werden oder Blätter, in denen Sprechblasen von Personen auszufüllen sind, die bestimmte zum Thema passende Handlungen ausführen. Es können auch Symbole - lächelndes Gesicht, weinendes Gesicht usw. – verwendet werden, die auf Tafeln oder Karteikarten gezeigt werden. Auch die Therapievereinbarung selber muss einfach strukturiert und in einfacher Sprache gemacht werden, so dass sie später immer wiederholbar ist.

Oft wird beklagt, dass die Sprachdifferenzierung und damit auch die Möglichkeit der Arbeit mit Metaphern eingeschränkt seien. Aber alltagsnahe Bilder, Zeichnungen oder Umsetzungen mit Puppen/Stofftieren können sehr wirksam eingesetzt werden. Bei der Frage der geringen Sprachdifferenzierung, ist aber auch stets die Frage, wie wirksam diese ist und wie unverzichtbar. Wenn wir davon ausgehen, dass die Faktoren der Beziehungsgestaltung und der achtsamen Reaktion auf die gesamte affektive Äußerung des Klienten ist, ist die Differenz in der Sprachdifferenzierung zwar zu beachten, stellt aber keine unüberwindbare Hürde dar.

Eine weitere Differenz besteht sicherlich auch darin, die aufklärenden und festigenden Sequenzen in der Therapie stärker zu betonen. Hierzu gehören Techniken wie Wiederholungen, Zusammenfassungen, sowie das bewusste Einlegen von Pausen und das Unterstreichen des Gesagten durch Gesten und Mimik, was für manchen Psychotherapeuten sicherlich fremd ist, weil solche Methoden in der Psychotherapie oft vorschnell unter dem Stichwort Pädagogik zusammengefasst und verworfen werden.

Anders ausgedrückt: Die supportive Haltung des Therapeuten und die damit verbundene Bereitschaft, Hilfs-Ich-Funktionen für den Klienten zu übernehmen, ist in der Psychotherapie von Menschen mit geistiger Behinderung stärker zu gewichten als in anderen Therapien. Ebenso die Fähigkeit zum Containing, was gerade für Menschen wichtig ist, die Schwierigkeiten im psychosozialen Umfeld haben und ihre Interessen zu vertreten.

Different zur Therapie mit Menschen ohne Behinderung ist die **Arbeit im und mit dem sozialen Netz des Klienten**. Zu Sicherung des Transfers und Nachhaltigkeit von den in der

Therapie erworbenen Erfahrungen und Einsichten sind in vielen Fällen Gespräche mit dem Umfeld (Angehörige, Assistenten der Wohn- und Arbeitsangebote) hilfreich. Voraussetzung ist aber das Einverständnis des Klienten und die Absprache mit ihm, was in einem solchen Gespräch zum Thema wird und was nicht. Die Frage, ob es innerhalb einer Therapie regelmäßige Gespräche dieser Art in einem solchen Dreiersetting (beispielsweise mit einem Angehörigen) geben soll oder nicht, ist von Fall zu Fall verschieden. Klienten, die die Übergriffigkeit des Umfeldes mit Angst erwarten, müssen selbstverständlich vor solchen Gesprächskonstellationen geschützt werden. Andere Klienten wiederum können ein Angebot für solche Dreiergespräche oder auch größere Runden gut annehmen, insbesondere, wenn sie dann Ergebnisse der Therapie, auch was sich zum Beispiel bei Ihnen oder auch bei den anderen ändern müsste, mitteilen und man so ins Gespräch kommt.

Noch ein Blick auf die Diagnosen, die bei uns vorrangig zur Behandlung führen:

<b>Behandlungsdiagnosegruppen</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>
F0, organische, einschl. symptomatischer, psychischer Störungen	2,86 %	4,24 %	10,77 %
F1, psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	0,23 %	0,11 %	0,00 %
F2, Schizophrenie	26,23 %	32,3 %	31,65 %
F3, affektive Störungen	29,67 %	32,07 %	19,82 %
F4, neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	15,23 %	10,77 %	4,12 %
F5, Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren	0,34 %	0,0 %	0,23 %
F6, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	8,02 %	7,56 %	12,49 %
F8, Entwicklungsstörungen	2,75 %	1,15 %	1,15 %
F9, Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	2,86 %	0,46 %	0,69 %
Sonstiges	11,8 %	8,25 %	14,1 %

Zur Einordnung und Interpretation dieser Daten sind zwei Dinge wichtig, die die Aussagekraft dieser Tabelle relativieren:

Zum einen erfassen wir neben der Behinderung nur die Hauptbehandlungsdiagnose, also eine Diagnose pro Klient, weil uns dies von den Kassen in Hamburg bisher vorgegeben wurde. Man wollte einen einfachen Vergleich mit den anderen PIAs. Auswirkungen hat dies natürlich gerade im Bereich Sucht – ein häufigeren Begleitmerkmal, aber eben nicht die Hauptdiagnose, und bei den Verhaltensauffälligkeiten, die selbstverständlich häufige Begleitsymptomatiken sind.

Zum anderen machen sich in den Schwankungen beispielsweise im Bereich der affektiven Störungen bestimmte neue Vorgaben der Kassen bemerkbar, wie die ab 2009 laufenden Regressforderungen der TK und die dann ab Mitte 2010 gültige Rahmenvereinbarung, die beide auf den Ausschluss leichtere Erkrankungen, insbesondere leichte und mittlere depressive Episoden, zielten. Diese sind jetzt in einer PIA nur noch unter sehr erschwerten Bedingungen behandelbar.

Allgemein lässt sich zu dieser Diagnoseübersicht aber bei aller gebotenen Vorsicht sagen, dass wir in unserer Ambulanz das breite Spektrum der affektiven, psychotischen und Persönlichkeitsstörungen

## Fazit

Ich komme zu meinem Fazit, was nur ein vorläufiges sein kann.

Die psychotherapeutische Behandlung von Menschen mit geistiger Behinderung müsste eine Selbstverständlichkeit sein, wenn man in Betracht zieht:

- die hohe Prävalenz psychischer Störungen bei Menschen mit Behinderung
- die Erfahrung, dass Menschen mit leichter, aber auch mittelgradiger geistiger Behinderung der Psychotherapie zugänglich sind
- die praktischen Erfahrungen, dass mit entsprechender Expertise solche Therapien auch durchaus praktikabel sind, und
- die Position der UN-Konvention bezieht - gleiche Behandlung für Menschen mit Behinderung, gleiche Qualität, aber nicht identische Behandlung.

Praktisch ist aber Psychotherapie bei Menschen mit geistiger Behinderung nicht selbstverständlich. Sie ist für einen weiten Teil der Betroffenen schwer erreichbar. Es gibt nur wenige Einrichtungen in der Bundesrepublik, die dieses Angebot vorhalten. Es gibt nur sehr wenige niedergelassene Ärzte und Psychologen, die behinderte Menschen behandeln. Die Gründe für dieses exkludierende und in der Konsequenz diskriminierende Verhalten des Gesamtsystems gegenüber Menschen mit geistiger Behinderung liegen auf der Hand:

- Langsamkeit, d.h. hoher Zeitaufwand
- Schwierigkeit der Kommunikation, d.h. höherer Aufwand und Erfordernis von Expertise/Weiterbildung

Beides wird nicht ausreichend honoriert.

Besonderheit und zum Teil auch erlebte Fremdartigkeit bedeuten aber nicht nur erhöhten Weiterbildungsbedarf. Fremdheit, Andersartigkeit und Anderssein lösen auch bei Ärzten und Psychologen Ängste aus: in Kontakt zu treten, sich einzulassen, auch die Gefahr, etwas nicht zu können, etwas nicht zu verstehen, führen derzeit im Ergebnis zu Abgrenzung und

Ausgrenzung, bei manchen, wie mein Beispiel zeigt, auch zur Reaktivierung alter Vorurteile der mangelnden Therapiefähigkeit von Menschen mit geistiger Behinderung.

Strukturell bestehen damit immer noch und weiterhin hohe Barrieren für Psychotherapie für Menschen mit geistiger Behinderung, die dadurch noch lange keine Selbstverständlichkeit ist.

**Literatur:**

Gaedt C. (2005): Der Beitrag eines psychodynamischen Konzeptes zum Verständnis und zur Therapie von psychischen Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung. In: Häßler F., Fegert JM. (Hrsg.), Geistige Behinderung und seelische Gesundheit. Stuttgart: Schattauer, 81-115.

Hahlweg K., Keim V., (2010): Erstgespräche mit Menschen mit geistiger Behinderung. In: Eckert J, Barnow S., Richter R. (Hrsg.), Das Erstgespräch in der Klinischen Psychologie. Bern: Hans Huber, 322-338.

Hennicke K. (Hrsg.) (2005): Seelische Gesundheit von Menschen mit geistiger Behinderung. Berlin: DGSGB (Eigenverlag).

Schanze C. (Hrsg.) (2007): Psychiatrische Diagnostik und Therapie bei Menschen mit Intelligenzminderung. Stuttgart: Schattauer.

**Autor:**

Michael Wunder

geb. 1952, Dr. phil., Dipl.-Psychologe und psychologischer Psychotherapeut,

Leiter des Beratungszentrums der Evangelischen Stiftung Alsterdorf in Hamburg, einer Einrichtung für Menschen mit geistiger Behinderung;

Leiter eines Entwicklungshilfe-Projektes der Behindertenhilfe und Psychiatrie in Rumänien;

Autor zahlreicher Beiträge zur Medizin im Nationalsozialismus, Behindertenhilfe, Biomedizin und Bioethik,

Mitglied der Enquete-Kommission "Ethik und Recht der modernen Medizin" in der 14. und 15. Legislaturperiode im Deutschen Bundestag, Mitglied des Deutschen Ethikrats

Korrespondenzadresse:

Evangelische Stiftung Alsterdorf

Beratungszentrum Alsterdorf

Paul-Stritter-Weg 7

22297 Hamburg

Tel: + 49 – 40 – 50773566,

Fax: + 49 – 40 – 50773777,

e -mail: [m.wunder@alsterdorf.de](mailto:m.wunder@alsterdorf.de)